

BUON CAPODANNO, MONDO

Incauto, no? Augurare un buon Capodanno in un Mondo così sconvolto, così fragile, così in pericolo, con l'ombra della nube opaca che toglie il sole a metà Asia, con il buco dell'ozono di cui tutti ci si dimentica, con, alle porte, la minaccia incombente del "riscaldamento globale" che cambierà ogni cosa, col mare che non dà più pesce, coi pozzi in alto mare che sgorgano petrolio a non finire. E con la CRISI, sulle nostre spalle, sul nostro avvenire, sul nostro presente. Eppure, buon Capodanno da tutti, lo stesso. E anche buone notizie. Buone, anche se sembrano lontane.

Ci vengono dal Rapporto dell'ONU sullo Sviluppo Umano. Nel 1950, il 63% della popolazione mondiale viveva in condizioni di povertà estrema; nel 1980 questa proporzione è scesa al 35% e nel 1999 è arrivata al 12%. Tra il 1990 e il 2010 la maggior parte della popolazione mondiale ha registrato un miglioramento significativo della propria condizione, riguardo a durata di vita, livello di vita, grado di istruzione, accesso ai servizi: il livello più alto mai raggiunto (da quando si è cominciato a misurarlo).

Allora, qualcosa cammina. Può essere frutto, anzi è frutto anche dello smodato consumo di energia, dunque di risorse, che ha reso ricchissimi quelli che erano già molto ricchi e che ha lasciato comunque qualche briciola parzialmente combusta ai più poveri. È vero, ed è infame, che le distanze tra i più ricchi e i più poveri, Persone e Paesi, siano cresciute a dismisura; e questo non va dimenticato, perché non è sulla disparità, e sull'ingiustizia (perché di ingiustizia si tratta) che possiamo costruire quello che da sempre dichiariamo di volere: un mondo migliore. Tuttavia è vero anche che il livello del mondo è cresciuto, nella direzione in cui volevamo che crescesse. Anche sul versante dell'istruzione, del sapere, dunque dell'essere uomini... Volevamo davvero? Oppure volevamo (Noi, dei Paesi Privilegiati) continuare a essere "Noi dei Paesi Privilegiati"? Certo, la riduzione dei privilegi, la riduzione della povertà, l'equità tra le persone e tra i popoli, è quello che chiedevamo, quello in cui speravamo senza avere il coraggio di sperarci, o in cui facevamo finta di sperare; ed è quello, guarda un po', che sembra stia succedendo. Un Mondo con meno povertà e con più istruzione. Non è ancora il Mondo ideale: ma è un Mondo in cammino. Un Mondo pericoloso per il Potere. Un Mondo che ha cominciato, che comincia, inevitabilmente, ad avere percezione dei propri diritti e della propria capacità di critica.

Questo vorrà dire, vorrebbe dire, per forza, per noi, "Essere meno Privilegiati". Avremo il coraggio di accettarlo? Avremo il coraggio? Poiché non sembra che si possa davvero, tutti gli 8 miliardi che siamo, o i 12 miliardi che saremo, vivere come stiamo vivendo, oggi, noi europei: con due automobili per famiglia, con non so quanti milioni di tonnellate di rifiuti ogni giorno, andando a buttare i rifiuti più tossici il più lontano possibile dal nostro cortile. Avremo il coraggio, il sapere, la saggezza, di vivere con meno sprechi, con meno lusso, con meno energia, con meno sporco, con meno carne da macello, con meno sushi, con meno fertilizzanti, con più intelligenza, con più simpatia, con più solidarietà, con più serietà, con più impegno? Se sì, se daremo meno peso al benessere materiale, e un peso maggiore al nostro benessere interiore, al nostro livello di coscienza/conoscenza, alla nostra capacità di fratellanza, vorrà dire che l'umanità ha iniziato davvero, spinta dal bisogno e

dalle sue stesse contraddizioni, il suo "secondo salto" (il primo è quello iniziato 35.000 anni fa, con il linguaggio, con l'arte, con le migrazioni); o almeno, che sta facendo le prime prove, le prove per diventare, consapevolmente, migliore. Buon Capodanno.

Medico e Bambino

LE NUOVE LINEE GUIDA SULLA POLMONITE DI COMUNITÀ: EVIDENZE A SOSTEGNO DI UNA ULTERIORE ESSENZIALITÀ DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA

Il "Digest" di questo numero di *Medico e Bambino* è dedicato alle recenti linee guida (LG) statunitensi¹ sul trattamento, domiciliare e in regime di ricovero, delle broncopolmoniti di comunità (CAP). Nel frattempo sono uscite anche le LG della Società di Medicina Toracica inglese (BTS)², a distanza di 10 anni dalle precedenti. Che cosa abbiamo imparato in questo periodo?

L'ultimo decennio ha portato a nuove metodiche diagnostiche per la definizione della possibile eziologia delle CAP, alla introduzione della vaccinazione pneumococcica per i bambini e a nuove informazioni sull'uso corretto degli antibiotici. Detta così sembrerebbe che le novità possano essere tante, ma in realtà il percorso, basato sulla ricerca di evidenze, arriva a messaggi pratici (*summary points*) di una estrema ulteriore semplificazione, con qualche piccola differenza tra le due LG, ma crediamo non di rilevante sostanza, almeno per un approccio al bambino con sospetta o documentata CAP, in un contesto di pediatria ambulatoriale o di Pronto Soccorso (PS).

Vediamo alcuni punti delle LG che ci sembrano rilevanti, con particolare riferimento alle LG della BTS. Nella precedente LG della BTS sulla CAP del 2002 i medici venivano in qualche modo incoraggiati a cercare un agente patogeno in tutti i casi di polmonite, ma questa indicazione è stata rivista e le indagini eziologiche dovrebbero essere limitate ai casi con malattia più grave o complicata. La nuova LG suggerisce che non sono necessari test diagnostici nelle CAP, ma sottolinea invece l'importanza di fornire alle famiglie informazioni per cercare di individuare eventuali segni e sintomi di deterioramento clinico e l'importanza della rivalutazione. Noi sottolineeremo, su questo punto, l'importanza della conta sistematica della frequenza respiratoria, cosa facilmente fattibile dai genitori e comunicabile anche al telefono (vedasi le LG americane).

Nel definire l'eziologia (il patogeno responsabile), le nuove metodiche (le tecniche di PCR) hanno migliorato la resa diagnostica a tal punto che un agente patogeno può essere rilevato nel 65-86% dei casi (ci si riferisce ai laboratori più attrezzati). In merito alle infezioni batteriche lo *Streptococcus pneumoniae* rimane di gran lunga la causa più comune e si trova nel 30-40% dei casi come agente singolo o co-patogeno. *Mycoplasma* e *Chlamydia pneumoniae* si trovano con frequenza variabile e non sono rari nel bambino in età prescolare. Le infezioni da *Haemophilus influenzae* tipizzabile sono praticamente scomparse con l'introduzione della vaccinazione. Una co-infezione virale-batterica è riscontrabile nel 23-33% dei casi di CAP. Ma alla fine, nel processo decisionale terapeutico, il riscontro non è di rilevante utilità pratica (vedi dopo). Le caratteristiche cliniche della polmonite non sono specifiche per ciascuno dei diversi agenti eziologici, e neppure i risultati

della radiografia del torace sono dirimenti in questo senso. Certo la radiografia del torace rimane il *gold standard* per la diagnosi di polmonite (soprattutto nei casi dubbi) così come per l'individuazione delle complicanze (versamento pleurico, insieme con l'ecografia), ma non è un esame obbligatorio in presenza di una clinica e di una obiettività fortemente indicative e soprattutto per l'individuazione della possibile causa eziologica o per definire la gravità del caso.

Lo stesso vale per la ricerca delle proteine della fase acuta. Ci sono state numerose pubblicazioni su questo argomento ma la sensibilità e la specificità di indagini quali la conta dei leucociti, la proteina C reattiva, la VES (e la recente procalcitonina) rimangono basse e in pratica non sono strumenti sicuri e soprattutto utili per differenziare una causa batterica da una virale o da *Mycoplasma* e/o per capire la gravità della CAP. Il risultato finale è semplicemente quello di rafforzare il sospetto clinico e pertanto gli esami di laboratorio non dovrebbero essere considerati come "sempre" necessari di fronte a una possibile CAP.

La saturazione di ossigeno < 92% è un indicatore di gravità e di necessità di ossigenoterapia (e quindi di ospedalizzazione), ma non è in grado di potere rafforzare o negare la diagnosi di CAP in presenza di valori nella norma o poco al di sotto. La domanda finale, quella che davvero interessa, è se queste evidenze prodotte e riportate nelle LG possano essere davvero utili per decidere quale deve essere la strategia migliore per la gestione di un bambino con CAP, in un ambito di gestione ambulatoriale o di PS. Al momento ci dicono che di fronte a un sospetto clinico molto forte di CAP non è necessario eseguire in 1° istanza la radiografia del torace e gli esami di laboratorio e che deve essere iniziato un trattamento antibiotico.

Quali antibiotici devono essere utilizzati? Sulla base di quelli che sono i patogeni noti più comuni nei bambini con CAP e sulla base dei risultati di RCT disponibili, l'amoxicillina risulta essere l'antibiotico più efficace, ben tollerato ed economico. Si è molto discusso sulla opportunità di "coprire" anche il *Mycoplasma pneumoniae*, e nella pratica alcuni pediatri utilizzano i macrolidi, a volte in associazione con l'amoxicillina. Una revisione della *Cochrane* non ha trovato prove sufficienti per indicare in modo inequivocabile se i comuni antibiotici utilizzati per le infezioni da *Mycoplasma* o *Chlamydia* siano più efficaci rispetto al placebo o ad altre classi di antibiotici nel migliorare le misure di esito che sono state considerate nei pazienti con infezione delle basse vie respiratorie³. Si tratta tuttavia di una revisione tutt'altro che chiarificatrice che sottolinea più i limiti metodologici degli studi che una reale inefficacia dei macrolidi nel trattamento dell'infezione da *Mycoplasma* e, a leggerla bene, l'unico studio che ha trattato solamente casi certi di infezione da *Mycoplasma* ha avuto la risposta nel 100% dei casi.

Nella sostanza delle cose i macrolidi non dovrebbero essere utilizzati come antibiotici di 1° scelta nei casi di CAP, ma possono essere considerati a qualsiasi età se non c'è una chiara risposta alla terapia di 1° linea empirica con amoxicillina o quando si ha una ragionevole certezza (per età, caratteristiche epidemiologiche o cliniche) che si tratti di una infezione da *Mycoplasma*, come la LG americana sembra suggerire.

Un ultimo aspetto riguarda la via di somministrazione della penicillina. Il RCT PIVOT, condotto in bambini di età superiore ai 6 mesi e che ha previsto due braccia di trattamento (amoxicillina per via orale ad alta dose vs la penicillina per via ev),

evidenzia l'equivalenza delle due modalità di somministrazione (con una minore durata della degenza nel gruppo orale)⁴. Risultati simili sono stati riportati in diversi RCT condotti nei Paesi in via di sviluppo. L'amoxicillina per via orale è quindi l'antibiotico di scelta, sia a livello territoriale che in PS, nei casi di CAP non complicati.

In Italia, una ricerca condotta nel 1999 in 103 pediatrie ospedaliere su 1212 casi ricoverati per broncopolmonite⁵ ha evidenziato diversi aspetti critici nella gestione: meno del 10% dei bambini ricoverati aveva una complicanza (versamento pleurico); il 50% era trattato con antibiotici per via parenterale (35% per via intramuscolare!); gli antibiotici di gran lunga più prescritti erano i macrolidi (seguiti dalle cefalosporine) prima del ricovero e le cefalosporine (seguite dai macrolidi, spesso in associazione tra loro) durante la degenza. L'amoxicillina era prescritta solo nel 10-20% dei casi, sia a domicilio che in ospedale. La durata media del ricovero risultava essere per i casi non complicati di ben 10 giorni. Una sorveglianza condotta più recentemente sui casi di CAP in Friuli Venezia Giulia evidenzia che molto è cambiato in senso positivo nella gestione, anche se ulteriormente ottimizzabile, in modo particolare con riferimento a una auspicabile riorganizzazione dei servizi pediatrici⁶. Il problema della gestione dei casi di CAP "distante" da quelle che sono le LG proposte non è solo un problema italiano. Nonostante le prime LG della BTS suggerissero, come indicatori di gravità delle polmoniti e quindi della conseguente necessità del ricovero, la saturazione di O₂ < 92%, la tachipnea, la dispnea, la difficoltà di assunzione dei liquidi e le motivazioni sociali, uno studio inglese⁷ ha evidenziato che la decisione di ricoverare è influenzata anche dalla febbre e dal riscontro radiologico di una forma lobare, fattori che non sono risultati essere associati con le forme più severe. Oltre a ricoveri inappropriati questo fatto comporta anche un eccesso di terapie antibiotiche per via endovenosa.

Crediamo che le due nuove LG "evidence based" possano rappresentare un ulteriore impulso per "fare bene" la propria professione di fronte a un bambino con CAP non complicata. Queste raccomandazioni dovrebbero comportare modifiche significative nella pratica ed essere accolte favorevolmente dalla comunità dei pediatri italiani, in un momento in cui (anche) la Sanità deve potere fornire esempi virtuosi che, senza cambiare l'efficacia dei trattamenti, riescano a ridurre i costi.

Bibliografia

1. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age; clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2011;53:e25-76.
2. Harris M, Clark J, Coote N, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax* 2011;66(Suppl. 2):ii1-23.
3. Mulholland S, Gavranich JB, Chang AB. Antibiotics for community-acquired lower respiratory tract infections secondary to *Mycoplasma pneumoniae* in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD004875.
4. Atkinson M, Lakhnampaul M, Smyth A, et al. Comparison of oral amoxicillin and intravenous benzyl penicillin for community acquired pneumonia in children (PIVOT trial): a multicentre pragmatic randomised controlled equivalence trial. *Thorax* 2007;62:1102-6.
5. Boschi G, Marchetti F, Mercuri B, La Gamba G. La broncopolmonite. *Medico e Bambino* 1999;18:236-41.
6. Milocco C, Ronfani L, Faraguna D. La gestione della broncopolmo-

nite nel Friuli Venezia Giulia. *Medico e Bambino* 2008;27:244-50
7. Clark JE, Hammal D, Spencer D, Hampton F. Children with pneumonia: how do they present and how are they managed? *Arch Dis Child* 2007;92:394-8.

Federico Marchetti

DIETA IPOCALORICA A BASSO INDICE GLICEMICO

Dunque, la metà dei bambini nati al Sud dell'Italia sono obesi o almeno sovrappeso, e, nell'insieme, lo è un terzo dei bambini italiani. Un piccolo default della pediatria di famiglia. O no? Che davvero non sia possibile mettere sull'avviso le famiglie, quando ancora non è necessario intervenire negando la merendina o la pastasciutta, o comunque la dieta ipercalorica ai nostri bambini, o meglio, ai bambini predestinati, un terzo, o la metà dei nati, un terzo, o la metà degli assistiti, riconoscibili già nella seconda infanzia. PRIMA che questa, di mangiare "più del giusto", sia diventata un'abitudine, PRIMA che sia necessario intervenire con le proibizioni, così difficili da imporre, così difficili da attuare, in un mondo non più poverissimo, in un mondo dove ci si muove poco, in un mondo dove la televisione occupa gli spazi liberi, in un mondo assediato; PRIMA, cioè già a due anni, già a tre, quando il pediatra sufficientemente buono dovrebbe saper vedere, sui percentili del BMI, ma anche su quelli antichi, correnti, la risalita del peso sulla statura, segnale certo della crescita, di numero e di dimensioni, degli adipociti. Sembra di parlare di fantascienza: "l'invasione degli ULTRACORPI".

E viene un po' il magone: una battaglia persa senza che la si sia voluta combattere. Ma c'è ancora tempo, per gli uomini di buona volontà, per i pediatri di buona volontà, per i nuovi bambini, per quelli che continuano a nascere. Chissà!

Intanto, il lavoro di Licenziati e collaboratori, su questo numero, ci è sembrato importante, almeno per quel 10% di pediatri che volesse prendersi cura di quel 12,3% di bambini per i quali la prevenzione non è servita, o non si è messa nemmeno in moto, circa 840.000, se non ho fatto male i conti (ma quanti si sottoporranno a un tentativo dietetico VERO? forse 84.000? il 10%? ma mi sembrano tanti; e quanti riusciranno ad averla vinta DAVVERO? forse 8.400? o magari solo 10 volte di meno?).

Importante, comunque. Importante perché dimostra che si può, e dunque si deve. Certo, sarebbe strano che un regime dimagrante non dimagrisse. Tuttavia non si può non sottolineare che la ricerca non segnala nessun caso "perduto per strada". Dunque, chi ha cominciato, è andato avanti per sei mesi, e certamente, ormai, non lascerà più: e non smetterà di badare alla sua dieta. Dunque si può, e si deve. E, mi tocca aggiungere, che non lo si può fare dilettantesamente.

Il secondo punto riguarda la qualità della dieta. I due gruppi messi in comparazione ricevono diete eguali, sia per l'apporto calorico, sia per la quantità dei carboidrati e degli altri componenti. Le differenze sono sottili, e riguardano la qualità dei cibi vettori di carboidrati: con carboidrati tendenzialmente "puri", pane, riso, patate (definiti "ad alto indice glicemico, per l'effetto diretto sulla glicemia post-prandiale), e con carboidrati "impuri", pasta, legumi, verdure ("a basso indice glicemico"). Malgrado la differenza così sottile, gli effetti biologici, e quello sulla circonferenza addominale (marker di "sindrome metabolica") sono molto significativi, con netto vantaggio per il secondo gruppo di alimenti.

Ma mi sembra di dover riaggiungere, la lingua batte dove il dente duole, che il lavoro di cui stiamo parlando ci mette anche di fronte alle difficoltà d'impresa di una terapia dell'obesità e ci fa tornare alla necessità di un maggiore impegno sulla prevenzione. Mi attenderei, mi piacerebbe potermi attendere, tra un anno, o tra due, una ricerca di popolazione condotta da gruppi di lavoro sul campo dei medici di famiglia, con un confronto "storico" o con un confronto tra famiglie che accettino e che non accettino l'impresa, un'impresa che inizi già nel secondo o nel terzo anno di vita (perché già a quell'età il rischio di sovrappeso è chiaramente misurabile).

Ma di più, e meglio, mi attenderei, mi piacerebbe sognare, che ogni singolo pediatra sentisse la propria PERSONALE responsabilità nei riguardi di OGNI suo assistito ricercando già a quell'età una devianza del BMI dalla norma. E intervenendo con (affettuosi) consigli e controlli, non diversamente da quanto fa con la prescrizione sistematica della vitamina D, o con la ricerca dell'ambliopia, o della sordità, o del ritardo psicomotorio.

Franco Panizon