

“ *I bambini sono i messaggi viventi
che inviamo a un tempo che non vedremo* ”

Neil Postman



Fresche di stampa



Nuove linee guida sul trauma cranico severo

Kochanek PM, Tasker RC, Carney N, et al. Guidelines for the management of pediatric severe traumatic brain injury, third edition. Update of the Brain Trauma Foundation Guidelines. *Pediatr Crit Care Med* 2019;20: 280-9.

Segnaliamo che a marzo 2019 su “Pediatric Critical Care Medicine” è stata pubblicata la terza edizione delle linee guida per la gestione del trauma cranico severo in età pediatrica, revisione alla seconda edizione pubblicata nel 2012. Le nuove linee guida comprendono 22 raccomandazioni sul monitoraggio, sulle soglie di pressione endocranica e di perfusione cerebrale e sul trattamento, di cui 9 raccomandazioni sono nuove o modificate rispetto alle precedenti linee guida. Complessivamente il livello di evidenza alla base anche di queste nuove linee guida rimane piuttosto basso, in quanto mancano studi randomizzati di alta qualità su tale argomento. Per una trattazione completa vi consigliamo di visionare l'articolo sovrariportato, mentre su “Guidelines for the Management of Pediatric Severe Traumatic Brain Injury, Third Edition: Update of the Brain Trauma Foundation Guidelines, Executive Summary” si possono trovare in maniera schematica tutte le raccomandazioni.



Inibitori del TNF α e incidenza di infezioni nei bambini con AIG

Nagy A, Mátrai P, Hegyi P, et al. The effects of TNF-alpha inhibitor therapy on the incidence of infection in JIA children: a meta-analysis. *Pediatr Rheumatol* 2019;17:4.

La terapia con farmaci biologici, tra cui in particolare gli inibitori del TNF α , viene sempre maggiormente utilizzata nell'ambito dei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) per il trattamento dell'artrite idiopatica giovanile (AIG), che rappresenta la patologia reumatica cronica più frequente in età pediatrica. Su “Pediatric Rheumatology” di febbraio è stata pubblicata questa metanalisi, con una popolazione complessiva di 2130 pazienti, eseguita allo scopo di valutare se i bambini con AIG trattati con anti-TNF α presentassero un rischio maggiore di infezioni rispetto a quelli cui veniva somministrato placebo o altri DMARDs. Dall'analisi dei dati è emerso che la terapia con inibitori del TNF α aumenta lievemente ma non significativamente l'incidenza di infezioni nei pazienti con AIG, e che le più comuni infezioni riportate sono flogosi lievi del tratto respiratorio superiore. Ulteriori studi saranno necessari per confermare questi dati e rispondere a questo importante quesito.

Il palivizumab nella terapia della bronchiolite da RSV

Alansari K, Toaimah FH, Almatar DH, et al. Monoclonal antibody treatment of RSV bronchiolitis in young infants: a randomized trial. *Pediatrics* 2019;143: pii: e20182308.

Il palivizumab, anticorpo monoclonale diretto contro il virus respiratorio sinciziale (RSV), è raccomandato per la profilassi della bronchiolite da RSV nei bambini ad alto rischio ma attualmente non è indicato per il trattamento. “Pediatrics” ci propone questo trial clinico randomizzato doppio-cieco eseguito con l'obiettivo di valutare se il palivizumab possa essere utile nel trattamento della bronchiolite acuta. Sono stati arruolati 420 lattanti di età inferiore a 3 mesi condotti in Pronto soccorso e ricoverati per bronchiolite da RSV, dei quali la metà è stata sottoposta alla somministrazione di una singola dose endovenosa di palivizumab (15 mg/kg) e l'altra metà a placebo. L'outcome primario considerato è stato la necessità di nuovo ricovero nelle 3 settimane dopo la dimissione, gli outcome secondari il tempo dopo il quale il bambino era pronto alla dimissione, la necessità di cure intensive e la necessità di rivalutazione medica (senza ricovero) nelle 3 settimane di follow-up. Dall'analisi non sono emerse differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi in relazione a tali outcome, pertanto si conferma che il palivizumab non sembra essere utile nel trattamento della bronchiolite acuta da RSV.





Italia in sovrappeso

Il 46% degli adulti (<18 anni e più) e il 24,2% tra bambini e adolescenti italiani (6-17 anni) sono in sovrappeso. I più colpiti i bambini e gli adolescenti del Sud (31,9%). Sono alcuni dei dati (preoccupanti) dell'Italian Obesity Barometer Report realizzato dall'IBDO Foundation in collaborazione con l'Istat. Nelle due fasce di età le donne hanno un tasso di obesità inferiore (9,4%) rispetto agli uomini (11,8%). Ancora più marcata la differenza tra i bambini e adolescenti, di cui il 20,8% delle femmine è in eccesso di peso rispetto al 27,3% dei maschi.

Lattante febbrile: quando a basso rischio di infezione batterica severa?

Kuppermann N, Dayan PS, Levine DA, et al. A clinical prediction rule to identify febrile infants 60 days and younger at low risk for serious bacterial infections. *JAMA Pediatr* 2019;173:342-51.

La febbre è uno tra i più comuni motivi di accesso al Pronto soccorso. Tra i più piccoli (<60 giorni di vita), l'8-13% ha un'infezione batterica severa IBS (infezione delle vie urinarie, batteriemia, meningite batterica) la cui diagnosi tempestiva è fondamentale per prevenire serie complicanze. Parallelamente l'identificazione precoce di quei pazienti con basso rischio di IBS riduce il prezzo dell'"overtreatment" (rischio procedurale, antibiotico-resistenza, ospedalizzazione, costi, ecc.). Diversi studi recenti hanno dimostrato che la valutazione clinica da sola non è sufficiente a discriminare tra basso e alto rischio di IBS. Gli autori questo ampio studio prospettico e multicentrico hanno colto la sfida di definire pochi e chiari parametri di laboratorio predittivi di basso rischio per IBS nel paziente febbrile con meno di 60 giorni di vita. In una coorte di 1821 pazienti (<60 giorni di vita, età media 36 giorni) con incidenza di IBS pari a 9,3%, l'esame urine negativo, la neutrofilia $\leq 4,09 \times 10^9/L$ e il valore di procalcitonina $\leq 1,71$ ng/ml identificano i casi a basso rischio di IBS con alta sensibilità (97,7%, 95% CI 91,3-99,6%) e basso valore predittivo negativo (99,6%, 95% CI 98,4-99,9%), mantenendo una moderata specificità (60%, 95% CI 56,6-63,3%). Questi tre parametri di laboratorio insieme alla valutazione clinica sono un valido strumento per identificare precocemente i pazienti a basso rischio di IBS che richiedono un approccio di cure "meno invasivo", con margine di errore pressoché nullo.



La cistografia minzionale non è per tutti

Alberici I, La Manna A, Pennesi M, et al. First urinary tract infections in children: the role of the risk factors proposed by the Italian recommendations. *Acta Paediatrica* 2019;108:544-50.

Le linee guida per la gestione del primo episodio di infezione delle vie urinarie (IVU) nei bambini di età 2 mesi-3 anni, pubblicate nel 2009 dalla Società Italiana di Nefrologia Pediatrica, suggeriscono la necessità di esecuzione di cistografia minzionale solo per quei pazienti con alto rischio di reflusso vescicoureterale (RVU), in particolare: tutti i pazienti di sesso maschile con età <6 mesi, tutti i casi di ecografia renale patologica, familiarità per RVU, infezione severa con scarsa risposta a terapia antibiotica orale o nei casi in cui il patogeno coinvolto è differente da *Escherichia coli*. Sull'ultimo numero di "Acta Paediatrica" è stato pubblicato questo studio tutto italiano che retrospettivamente analizza i dati di 414 bambini (2-36 mesi) con primo episodio di IVU con l'obiettivo di valutare l'accuratezza diagnostica dei suddetti fattori di rischio. Il 65% presenta almeno un fattore di rischio e di questi il 44% ha un RVU. Quando l'IVU è causata da un patogeno diverso da *Escherichia coli* la probabilità di trovarsi di fronte ad un RVU di alto grado aumenta significativamente (OR 2,52, 95% CI 1,32-4,81, $p < 0,005$). Tra i 145 bambini senza alcun fattore di rischio, solo 26 hanno presentato un secondo episodio di IVU, di cui in solo 11 è stato diagnosticato un RVU. Si conferma pertanto valida la raccomandazione di non eseguire la cistografia minzionale in prima battuta in caso di primo episodio di IVU.



Utilizzo di antibiotici e sviluppo di allergie, che relazione?

Metzler S, Frei R, Schmaußer-Hechfellner E, et al. Association between antibiotic treatment during pregnancy & infancy and the development of allergic diseases. *Pediatr Allergy Immunol* 2019; doi:10.1111/pai.13039.

Negli ultimi due o tre decenni, immunologi e allergologi hanno notato un notevole aumento nella prevalenza delle allergie. Parallelamente i pediatri e gli infettivologi denunciano un sempre più scorretto e spropositato utilizzo di antibiotici. Che i due fenomeni possano poi essere uno la causa dell'altro ancora non è chiarito, anche se sempre più studi recenti mostrano che essi possono essere collegati. Alla base di tale relazione si ipotizza uno switch di pathway immunologici e l'alterazione del nostro microbiota. Metzler et al. analizzano una coorte prospettica di 1133 bambini che seguono periodicamente per 6 anni, con obiettivo di identificare una possibile associazione tra la precoce esposizione ad antibiotico (in gravidanza e/o nel primo anno di vita) e lo sviluppo di allergia o sensibilizzazione. L'esposizione prenatale ad antibiotico sembrerebbe esporre il bambino a maggior rischio di sviluppo combinato di dermatite atopica (prevalenza 39,9% vs 29,8%) e allergia alimentare (prevalenza 13,2% vs 7,7%) rispetto ai non

esposti, mentre non aumenterebbe il rischio di rinite né di asma. Per i bambini che assumono un antibiotico nel primo anno di vita, sembra confermarsi un maggior rischio di sviluppo di dermatite atopica, con aumento fino a 7 volte se sottoposti a 3 o più cicli di terapia mentre non vi è nessuna correlazione con allergia alimentare o rinite. Ulteriori e più ampi studi dovranno essere condotti per dimostrare se tale relazione è reale; ma nell'immediato questi risultati potrebbero essere ulteriori stimolo all'appropriatezza prescrittiva.





Fibrosi cistica: vita più lunga, vita migliore

Tra il 2014 e il 2016 si è allungata l'aspettativa di vita per i malati di fibrosi cistica passando da 35,3 a 37,2 anni. Un dato ancora più significativo rispetto al periodo immediatamente precedente l'entrata in vigore della Legge 548/93 sulle Disposizioni per la Prevenzione e la Cura della Fibrosi Cistica. È il momento di impegnarsi a fondo per migliorare anche la qualità di vita di questi pazienti: questo l'appello, ad aprile scorso, dalla Lega Italiana Fibrosi Cistica durante l'evento "25 anni di tutele e diritti dalla Legge 548/93", presso il Senato della Repubblica a Roma.

Nei prossimi 6 anni mancheranno almeno 16.500 medici specialisti. La Pediatria con 3394 pediatri in meno sarà la specialità che registrerà la maggiore carenza di professionisti, preceduta solo dalla Medicina dell'Emergenza. Il deficit di professionisti riguarderà tutte le Regioni ad eccezione del Lazio.

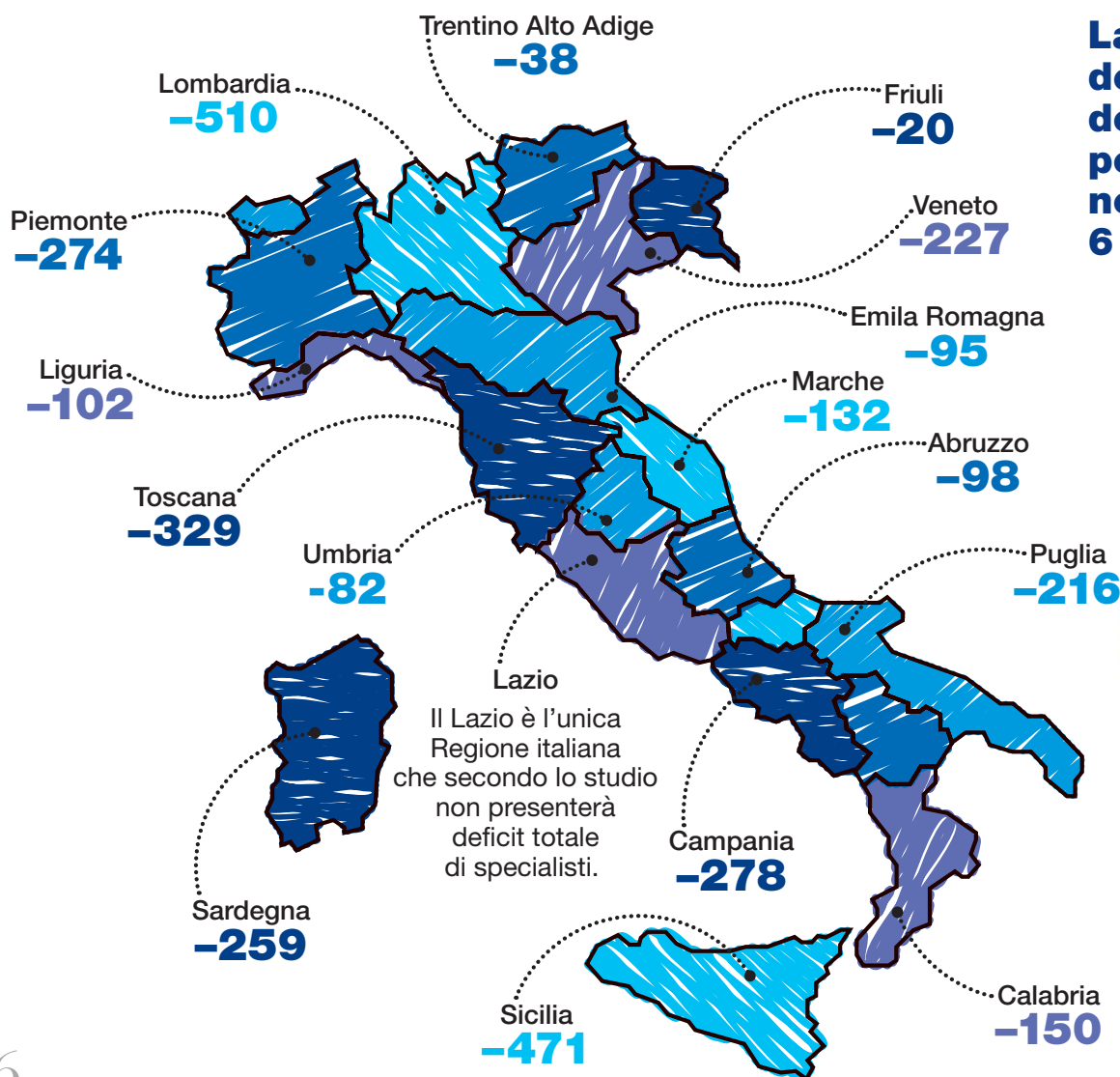
A rilevarlo è uno studio dall'ANAOO, nel quale si osserva che la carenza di personale medico nelle corsie ospedaliere e nei servizi territoriali rischia di subire una ulteriore brusca accelerazione con l'introduzione della "Quota 100" prevista nella Legge di Bilancio 2019 e in via di definizione con il cosiddetto "Decretonone" (con l'obiettivo politico del superamento dell'articolo 24 del DL n. 201 del 6 dicembre del 2011, la cosiddetta "Riforma Fornero").

Lo studio cerca di fornire una stima di quanto impatterà quest'esodo, legato anche al pensionamento anticipato, sulle diverse specialità nelle diverse Regioni italiane. La stima è stata realizzata incrociando la proiezione del numero di specialisti uscenti dalle Scuole universitarie nel periodo 2018/2025, con la previsione dei possibili pensionamenti di specialisti attivi nel Servizio Sanitario Nazionale nelle Regioni italiane (margine di errore stimato 5%). Anche questa analisi, come tante precedenti, dimostra

AAA pediatra cercasi disperatamente

come sia urgente affrontare il problema della carenza di specialisti. Recenti dati Eurostat evidenziano che in Italia negli ospedali, nel 2016, operavano circa 213 medici ogni 100.000 abitanti, mentre in Francia erano 264, in Germania 237 e in Spagna 227. Senza interventi in Italia nel 2025 si rischia di passare a 181 medici ogni 100.000 abitanti.

"La carenza è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti 'medici a gettone' nella chiusura di servizi sanitari", rileva l'ANAOO. "Gli organici ridotti obbligano i medici a turni gravosi, surplus di orario, ferie non godute e in questa situazione di disagio crescente, la pensione diventa sempre più un traguardo agognato. Così 'Quota 100', nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante, anche per chi ha sempre vissuto la professione con passione e ragione di realizzazione personale". ■



La mappa della carenza dei pediatri per Regione nei prossimi 6 anni





Depressione: diagnosi e cure adeguate per pochi

In Italia la depressione colpisce 3,5 milioni di persone, meno della metà di chi ne soffre riceve diagnosi tempestiva e trattamento corretto. Presentato ad aprile alla Camera, da Fondazione Onda, il Manifesto "Uscire dall'ombra della depressione" con il patrocinio di Cittadinanzattiva, Progetto Itaca, Società Italiana di Psichiatria e Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, una call to action collettiva per promuovere prevenzione, accesso alla diagnosi e cura, anche attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio.

Zuccheri aggiunti? Pochi!

Obesità infantile e in adolescenza, carie, patologie cardiovascolari, ipertensione, dislipidemia, insulino-resistenza, diabete mellito di tipo 2, patologia del fegato grasso. Questi, e altri, i rischi di salute insiti nell'uso eccessivo di zuccheri aggiunti. Le linee guida americane sulla dieta raccomandano di non superare il 10% del totale delle calorie attribuibile agli zuccheri aggiunti. Attualmente, negli States, bambini e adolescenti ricevono ben il 17% delle calorie proprio dagli zuccheri aggiunti, e quasi la metà deriva dalle bevande zuccherate. Oltre ad essere fonte principale di zuccheri aggiunti nella dieta americana, le bevande zuccherate hanno un scarso valore nutrizionale, un'alta densità energetica e agiscono poco sul senso di sazietà: va da sé, pertanto, che mettere in atto ogni

strategia utile per ridurre il consumo tra i più giovani è una priorità cui chi ha a cuore la salute di bambini e adolescenti, anche in quanto futuri adulti, non può sottrarsi. E laddove si tratta di priorità di salute in ambito pediatrico l'American Academy of Pediatrics (AAP) si pronuncia, e lo fa spesso attraverso linee guida, statement e raccomandazioni pubbliche. E proprio le ultime recenti raccomandazioni riguardano alcune strategie pubbliche di politica sanitaria per ridurre il consumo di bevande zuccherate nei bambini e negli adolescenti, e sono firmate appunto AAP (Section on Obesity, Committee on Nutrition) insieme all'American Heart Association (AHA). Relativamente al tema del sovrappeso infantile (cui solide evidenze associano quello del consumo eccessivo di zuccheri aggiunti), l'AAP si era già chiaramente espressa in altri documenti e statement, nei quali ribadiva inoltre il ruolo fondamentale che i pediatri ricoprono nell'identificazione precoce, nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità. In questo senso l'AAP aveva già sottolineato quanto sia rilevante per tutti coloro coinvolti nella salute di bambini e adolescenti raggiungere prima di tutto le scuole per promuovere un'alimentazione sana e una sufficiente attività fisica.

Nel 2017 l'AAP pubblicò lo statement "Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations" nel quale invitava i pediatri a mettere in atto ogni azione finalizzata a limitare il consumo di succhi di frutta (nessun consumo sotto 1 anno, non più di 4 once al giorno tra 1 e 3 anni, non più di 4-6 al giorno tra i 4 e i 6 anni, e non più di 8 once al giorno tra i 7-18 anni, considerando che 1 oncia equivale a 0,029 litri). Ancora prima, nel 2011, nello statement su sport e bevande energetiche l'Academy aveva raccomandato che venisse evitato il consumo di queste ultime in bambini e in adolescenti e venisse promosso invece il consumo di acqua. Nel 2019, sulla base dell'esperienza maturata nelle azioni pubbliche per il controllo del tabacco (tra i maggiori successi in ambito di salute pubblica negli States), AAP e AHA pubblicano queste nuove raccomandazioni integrative finalizzate a migliorare l'alimentazione e la nutrizione dei bambini riducendo il consumo di bevande zuccherate. Destinatari: i decisori politici locali, statali e federali. Si tratta

tra l'altro di azioni di salute la cui migliore implementazione è garantita da atti concreti di supporto da parte dei pediatri del territorio: è grazie a questi ultimi infatti che si può rispondere efficacemente alla necessità urgente di ridurre il consumo di zuccheri aggiunti nella popolazione più giovane.

Ecco in sintesi le ultime raccomandazioni di AAP e AHA:

1. politiche locali e/o nazionali per ridurre il consumo di zuccheri aggiunti dovrebbero includere anche azioni volte ad incrementare il prezzo di bevande zuccherate, tipo le accise. Tali azioni di tipo economico dovrebbero sempre essere accompagnate da campagne educative sui rischi delle bevande zuccherate e sugli effetti benefici dell'accisa stabilita;
2. i governi locali e centrali dovrebbero supportare l'impegno e gli sforzi per ridurre il marketing legato ai marchi di bevande zuccherate per bambini e adolescenti;
3. i programmi nazionali di supporto alla nutrizione dovrebbero assicurare l'accesso a cibi e bevande salutari e scoraggiare quello alle bevande zuccherate;
4. bambini, adolescenti e le loro famiglie dovrebbero avere accesso a informazioni nutrizionali corrette e credibili, sia quelle sulle etichette dei prodotti, sia sui menu dei ristoranti, sia nelle pubblicità;
5. dovrebbero essere adottate e seguite politiche atte a fare delle bevande salutari una scelta obbligata;
6. gli ospedali dovrebbero essere da modello e implementare per primi politiche che limitino o disincentivino l'acquisto di bevande zuccherate. ■

▼ Public Policies to Reduce Sugary Drink Consumption in Children and Adolescents
Natalie D. Muth, William H. Dietz, Sheela N. Magge, Rachel K. Johnson, American Academy of Pediatrics, Section on Obesity, Committee on Nutrition, American Heart Association.

▼ Heyman MB, Abrams SA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; Committee on Nutrition. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. *Pediatrics*. 2017;139:e20170967pmid:28562300.

▼ Committee on Nutrition Council on Sports Medicine and Fitness. Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: are they appropriate? *Pediatrics*. 2011;127:1182-9.

