

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Obesità: nuovi rischi

Esercito la mia attività di pediatra libero professionista a Mendicino, una cittadina a poca distanza da Cosenza, dove ho lavorato per oltre trent'anni nell'UO di terapia intensiva neonatale. Ormai da molti anni stiamo assistendo all'aumento dell'obesità, che nella mia regione, sicuramente, ha un incremento vertiginoso. La Calabria, infatti, col suo 15,6% è seconda nella negativa classifica di tale patologia, posizionandosi subito dopo la Campania.

I timidi e maldestri tentativi socio-politici non sono andati oltre alle solite chimeriche enunciazioni, senza il minimo riscontro pratico.

La globalizzazione alimentare per l'estremo sud è, ed è stata, devastante: dieta mediterranea? Neanche a parlarne. Essa si è dissolta nelle numerose offerte familiari ed extrafamiliari, dei nuovi modelli consumistici, dei pasti veloci senza i momenti di convivialità educativa che tanto incideva sulla nostra formazione, non solo alimentare. Oggi, nella fretta sociale che corre sui vari siti, c'è poco tempo per il dialogo "de visu". La prima linea di argine è sicuramente compito di noi pediatri, a iniziare dalle fasi iniziali della vita. Come neonatologo ricordo i lunghi dialoghi con le neomamme sempre timorose per una scarsa produzione di latte; ricordo la loro gioia quando, dopo quattro-cinque giorni dal parto, mi riferivano che "u latte è scisu". Latte materno quindi, per quanto possibile.

Il secondo momento importante è lo svezzamento. I piccoli divezzi non sempre vengono abituati ai sapori "aspri". I genitori, anche se consigliati diversamente, preferiscono offrire ai loro piccoli cibi tendenti al dolce, quindi di più facile accettazione. Inizia così un percorso alimentare errato, selettivo per alcuni tipi di cibo, ad alto contenuto calorico, sempre sbilanciato in rapporto al contenuto di lipidi e protidi, pressoché privo di fibre. Con stupore sento ancora le madri e ancor più le nonne dire: "il mio bimbo è il più magro della classe, gli altri sono tutti belli 'grossi' ". Quindi il concetto popolare di normalità, percepita come indice di maggiore frequenza, si sta invertendo. In diversi nuclei familiari che curo da decenni, in cui l'obesità è altamente rappresentata, accade che non si riconosce - o non si vuole? - il bam-

bino obeso, patologico, e lo si accetta come normale.

È questa una pericolosa tendenza sociale a cui bisogna porre attenzione e rimedio, coinvolgendo, oltre alle famiglie, la scuola che sicuramente non è più "palestra" di vita - attività fisica - né di "virtù" - alimentari.

Edison Licursi

Pediatra libero professionista, Cosenza

Ha perfettamente ragione nella consapevolezza che la "cura" dell'obesità non può essere più immaginata come un percorso individuale ("ti propongo la dieta ora che sei obeso e devi fare anche attività fisica"), in quanto destinato inevitabilmente a fallire nella maggioranza dei casi. Gli unici interventi efficaci nella cura dell'obesità del bambino sono quelli che prevedono un approccio sugli stili di vita, di tipo comportamentale (e quindi di tipo familiare)¹.

Medico e Bambino ha richiamato più volte il senso di responsabilità collettivo che dovrebbe porre il problema del sovrappeso come un DOVERE educativo del pediatra, della collettività dei pediatri, che deve partire da molto presto, dalle prime fasi della vita^{2,3}. Un richiamo che è stato posto recentemente, con questa logica, dalla stessa Società Italiana di Pediatria (Stati generali della Pediatria, novembre 2011)⁴. Come Lei chiaramente dice, un eccesso di peso a 4 anni è già tardi come possibilità sicuramente efficace di "cura".

Gli interventi di popolazione andrebbero attuati quindi dai primi mesi di vita o, come alcuni Autori sostengono, già in utero attraverso alcune regole e raccomandazioni che consisterebbero: nell'evitare il fumo e l'uso di sostanze tossiche per il feto in gravidanza; nel favorire l'allattamento materno (riduzione del rischio in età scolare di circa il 20%); nell'evitare l'eccesso proteico e l'esagerata introduzione di zuccheri nelle prime età della vita; nel disincentivare l'utilizzo del biberon dopo che il bambino è svezzato (20% di eccesso di calorie per ogni pasto somministrato con biberon). Tuttavia quello che è ancora poco noto è "il come" attuare questi programmi, al di là di un doveroso impegno serio e prioritario da parte di ciascun pediatra e operatore sanitario, soprattutto nei casi che sono a rischio di obesità. Gli studi clinici randomizzati (RCT) che sono stati condotti con l'obiettivo di valutare l'efficacia degli interventi precoci (<5 anni)

per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità sono pochi e deludenti nei risultati. Le motivazioni possono essere riferite alla scelta delle misure di esito, alla qualità degli RCT, alla scarsa implementazione degli interventi e alla mancata attenzione ai determinanti sociali e comportamentali⁵. Quest'ultimo aspetto è di assoluto rilievo. La prospettiva (sociologica) che andrebbe modificata è quella di favorire la consapevolezza che "grasso da piccoli non è bello", ma gli strumenti per farlo sono ancora oggetto di studio e valutazioni.

Bibliografia

1. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, et al. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev 2009;(1):CD001872.
2. Panizon F. Prevenzione dell'obesità e della sindrome metabolica. Medico e Bambino 2010; 29:116-8.
3. Tanas R, Panizon F. Obesità (Lettere). Medico e Bambino 2010;29:151-2.
4. Società Italiana di Pediatria (comunicato stampa). La salute a lungo termine si programma nell'infanzia: dai pediatri ecco le regole per contrastare l'obesità, vivere bene e più a lungo. http://sip.it/wp-content/uploads/2012/11/comunicato_stamp_a_nutrizione_bambino.pdf.
5. Monasta L, Batty GD, Macaluso A, et al. Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. Obes Rev 2011;12(5):e107-18.

Federico Marchetti

La Pediatria di famiglia alla ricerca di nuovi modelli assistenziali

Cari amici,

continuo a leggere con interesse le lettere e gli articoli che parlano della Pediatria di famiglia, ma mi ero riproposto di non intervenire, dato che la mia prospettiva di lavoro è ormai piuttosto breve. Dopo le ultime lettere sul numero di settembre della rivista ho cambiato idea. Mi sembra che accada spesso - e sta accadendo anche a molti pediatri - che nei momenti di transizione prevalga una sorta di *cupio dissolvi*: nulla si riesce più a salvare.

Addirittura Daniela Lizzi chiude la sua lettera dicendo: "se ci sono delle esperienze concrete, se ne parli, si raccontino, possono servire da modello". Ma come! Sono

almeno trent'anni che ci scambiamo esperienze, che giudichiamo il nostro lavoro, che ci diciamo "fare meglio con meno", che facciamo proposte organizzative serie e fattibili. Abbiamo fatto un grossissimo lavoro sulle malattie croniche e predisposto percorsi integrati fra i Pediatri di famiglia (PdF), i servizi territoriali e i professionisti di 2° e 3° livello. Questo in molti luoghi, non solo a Cesena, che non voglio riproporre come modello, perché ogni volta ci è stato ripetuto - non sappiamo perché - che la nostra esperienza non è esportabile.

Non si costruisce nulla di nuovo se si effettua una *damnatio memoriae* e se non si parte dal cammino già fatto con la fatica e il contributo di molti.

Oggi l'ACP si sta impegnando per proporre una riforma che salvi l'area pediatrica e il rapporto di fiducia fondamentale fra PdF, famiglia e bambino. È stato prodotto un documento che propone cose ragionevoli e che ancora non è molto conosciuto, ma che M&B dovrebbe diffondere.

In Emilia-Romagna come ACP abbiamo avviato un processo di coinvolgimento di tutte le sigle pediatriche, sindacali e scientifiche, per una interlocuzione più incisiva con l'Assessorato alla Sanità. Qualcosa si è mosso ed è stato costituito un tavolo di lavoro comune, non solo con i sindacati, per fare proposte operative.

Stiamo promuovendo una presenza dell'ACP nelle scuole di specializzazione con l'accordo dei Direttori, perché gli specializzandi possano conoscere l'area pediatrica e le diverse possibilità di lavoro. Siamo convinti che la cosiddetta proposta H24 di cui si discute non sia importante in pediatria. I dati ci dicono che - dove non c'è un PS pediatrico - il numero di accessi al PS corrisponde a una visita in più al giorno per ogni pediatra. Non vedo la necessità di scardinare l'assistenza pediatrica di base per migliorare questo dato. Per non peggiorarlo è sufficiente non costituire nuovi PS pediatrici.

In conclusione, è necessario che concordiamo su alcuni pilastri dell'assistenza pediatrica (ad esempio vedere se condividiamo il documento ACP) e poi metterci a lavorare dove si è in rapporto con i colleghi e con le istituzioni.

Arturo Alberti
Pediatra di famiglia, Cesena

Quanto ci scrive Alberti mette in luce le due facce della stessa medaglia: che dove ci sono professionisti bravi e motivati e manager attenti, qualsiasi sistema (o quasi) può funzionare, e migliorarsi continuamente; e viceversa. E quindi che occorre individuare

quali siano i sistemi che consentono, "come regola e non come eccezione", lavorando con gli operatori "che ci sono", di ottenere risultati migliori e di contenere i costi. Ha ancora ragione Alberti a ricordarci che esiste un documento ACP che affronta il tema dell'organizzazione delle cure pediatriche. È stato menzionato nell'articolo che Medico e Bambino ha pubblicato a commento del "Libro Bianco" della SIP sull'assistenza pediatrica (Medico e Bambino 2012;31:178-84). Personalmente ne condivido i contenuti, anche se accentuerei ulteriormente la necessità di investire, gradualmente, anche su operatori non medici. Invito quindi i lettori a leggerlo con attenzione (lo si trova sul sito dell'ACP, dove si possono anche fare dei commenti). Quel documento, tuttavia, nasce da un territorio dove le cose funzionano, e meriterebbe di essere integrato con una serie di opzioni che adattino le indicazioni di fondo ai diversi contesti regionali del nostro SSN, affinché quelle indicazioni non appaiano impossibili ad attuarsi in tanta parte del territorio italiano.

Giorgio Tamburlini

Nefrite focale e tomografia computerizzata

Ho letto il poster sulla nefrite focale acuta non ascessualizzata (S. Lega, M. Pavan. Quando l'apparenza inganna. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2012;15(6) http://www.medicoebambino.com/?id=P_SRI206_30.html).

Esso, a mio parere, contiene una informazione fuorviante. Affermare che nel caso di sospetta pielonefrite o nefrite focale acuta "l'indagine più accurata è la tomografia computerizzata (TC)" non trova riscontro nella letteratura scientifica moderna. È noto infatti da molti anni che l'indagine più accurata a tale scopo è la scintigrafia renale statica con DMSA, come dimostrato dal lavoro sperimentale comparativo di Fahey pubblicato su *Radiology* nel 2001, e confermato dall'uso estensivo di questa metodica come standard di riferimento nei lavori in doppio cieco sull'efficacia della terapia antibiotica, ad esempio pubblicato su *NEJM* da Hoberman o dal gruppo del prof. Montini.

Della TC si parla solo come metodica di terzo livello per la diagnosi di ascesso renale, quando l'ecografia non è dimostrativa.

Tali concetti sono ampiamente ripresi dalle linee guida dell'*American Academy of Pediatrics*.

Non bisogna infatti dimenticare che una TC con mdc espone il bambino a una

dose radiogena di circa 7-15 mSv, secondo la tecnica, che è sicuramente elevata, e superiore di circa 10-20 volte rispetto a quella legata all'uso della scintigrafia.

Diego De Palma
UO di Medicina Nucleare
Ospedale di Varese

Nel caso descritto, il quadro clinico e laboratoristico (persistenza della febbre nonostante la terapia antibiotica in atto da più di 72 ore, stato settico, indici di flogosi persistentemente elevati) erano indicativi di un'infezione severa di cui l'origine non era chiaramente definibile.

L'ipotesi principale formulata è stata quella di un ascesso addominale e in tal senso è stata inizialmente eseguita l'ecografia che ha messo in evidenza come unico reperto una iperecogenicità diffusa del rene di destra, non consentendo di escludere la presenza di colliquazione iniziale nella stessa sede.

La metodica scelta come secondo livello è stata quindi la TC. Tale indagine viene di fatto indicata in letteratura come la metodica più accurata nella diagnosi di nefrite lobare, in particolare per escludere la presenza di colliquazione, qualora la clinica lo suggerisca (come in questo caso la mancata risposta alla terapia antibiotica) e l'ecografia non sia dirimente.

Nel testo del poster a cui si fa riferimento la TC non viene suggerita come metodica di scelta nella pielonefrite ma come metodica più sensibile e specifica per la diagnosi di nefrite lobare acuta, intendendo come tale un processo infettivo-inflammatorio più severo rispetto alla pielonefrite, diverso da essa per la possibilità di evoluzione verso l'ascesso e per la quale l'atteggiamento terapeutico è più aggressivo (terapia antibiotica endovenosa quindi per os per tre settimane nella nefrite lobare contro dieci giorni di terapia per os nella pielonefrite).

Bibliografia di riferimento

- Cheng CH, Tsau YK, Lin TY. Effective duration of antimicrobial therapy for the treatment of acute lobar nephronia. *Pediatrics* 2006;117:84-9.
- Seidel T, Kuwertz-Bröking E, Kaczmarek S, et al. Acute focal bacterial nephritis in 25 children. *Pediatr Nephrol* 2007;22(11):1897-901.
- Vourganti S, Agarwal PK, Bodner DR, Dogra VS. Ultrasonographic evaluation of renal infections. *Radiol Clin North Am* 2006;44(6):763-75.

Sara Lega, Matteo Pavan
Scuola di Specializzazione in Pediatria
Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo,
Trieste

LA DIAGNOSI DI MALATTIA CELIACA

Un approccio semplificato conforme alle Linee Guida ESPGHAN

La pubblicazione delle Linee Guida sulla malattia celiaca da parte dell'ESPGHAN nel 2012 riporta alcuni aspetti di assoluta novità che devono trovare una immediata applicabilità nella pratica clinica, attraverso percorsi uniformi di condivisione tra Centri di riferimento e Pediatria di famiglia. Abbiamo ritenuto utile portare all'attenzione di *Medico e Bambino* quanto è stato condiviso e reso applicativo presso l'AUSL di Ravenna. Si tratta di una sintesi operativa che riporta fedelmente i messaggi chiave che emergono dalle Linee Guida.

Il percorso diagnostico e di follow-up del bambino e dell'adolescente con sospetta o confermata malattia celiaca risponde ai seguenti quesiti: 1) *quali indagini per lo screening?*; 2) *quali indagini nel bambino per la conferma della celiachia?*; 3) *quando si può evitare la biopsia?*; 4) *quali indagini nel follow-up?*

1. Quali indagini per lo screening

- Per lo screening vanno eseguiti gli anticorpi anti-transglutaminasi IgA + dosaggio di IgA totali (per escludere deficit di IgA, presente in circa il 2% dei pazienti celiaci).
- Nei soggetti con deficit di IgA andranno dosati anticorpi di classe IgG: anticorpi anti-peptide deamidato della gliadina IgG (anti-DGP IgG).

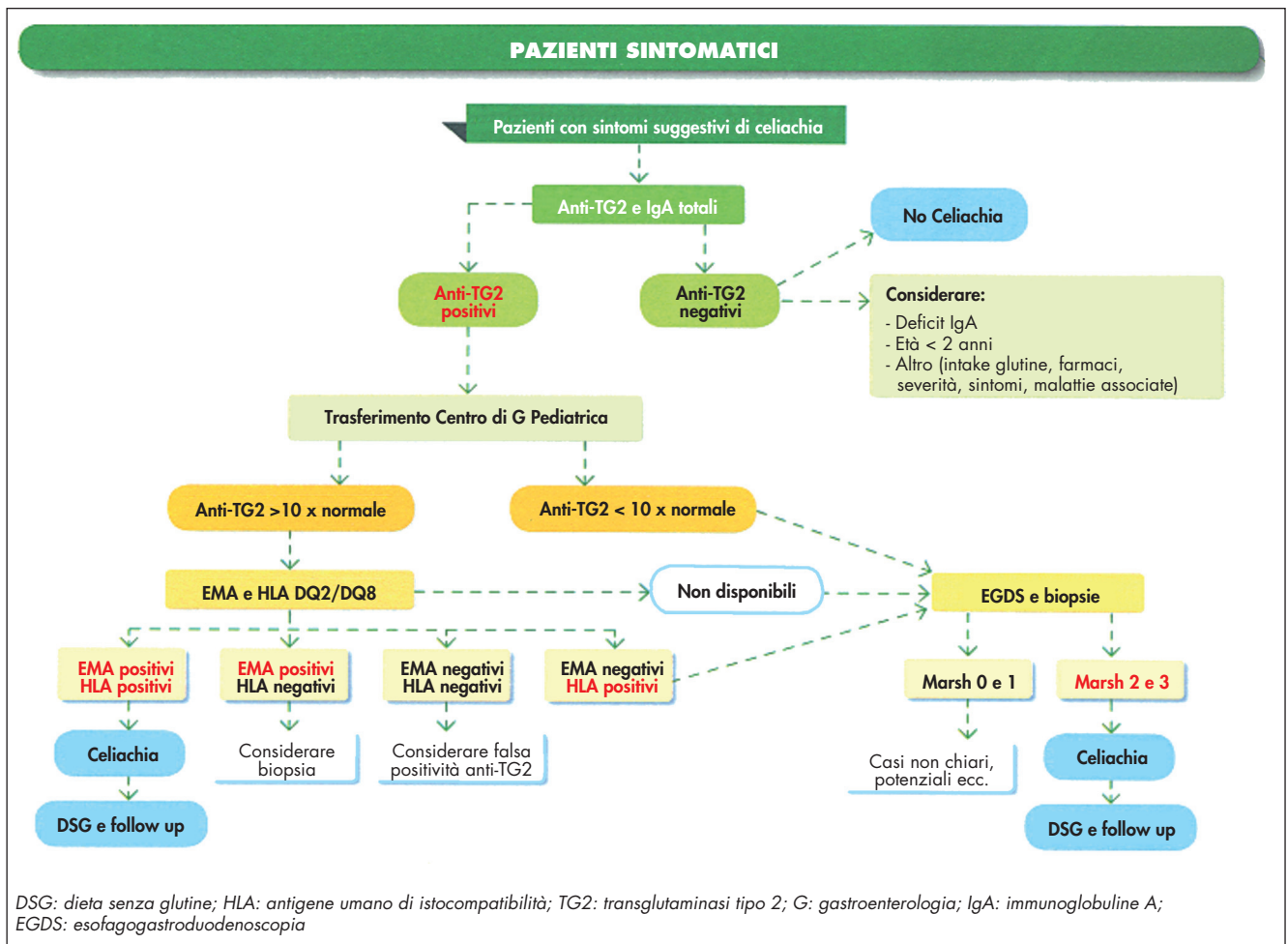
- Nei pazienti *sotto i 2 anni* vanno dosati, oltre agli **anti-transglutaminasi IgA, anche gli anti-DGP IgG** (gli anticorpi anti-peptide deamidato della gliadina sono più specifici degli AGA).

2. Quali indagini per la conferma della celiachia

- Una volta che la celiachia è sospettata (pazienti con *anti-transglutaminasi IgA e/o anti-peptide deamidato della gliadina IgG - anti-DGP IgG* - positivi) vanno eseguiti gli **EMA**: sono più specifici degli anti-transglutaminasi IgA (in laboratori con esperienza nella loro esecuzione la specificità arriva al 98-100%). Sono tuttavia operatore-dipendente e sono più costosi; per tali ragioni non vanno usati nello screening iniziale ma solo in seconda battuta, a supporto diagnostico, nei casi già sospetti (quelli con anti-transglutaminasi positivi).

La genetica (ricerca **HLA DQ2 e DQ8**) può essere riservata ai seguenti casi:

- pazienti in cui si pensa che la biopsia possa essere evitata e per cui occorre la conferma della genetica positiva (*vedi punto 3*);
- se gli anticorpi sono poco elevati o borderline (per avere supporto diagnostico maggiore);



- come screening iniziale insieme agli anti-transglutaminasi nei pazienti asintomatici appartenenti a gruppi a rischio*, dove trovare la genetica negativa chiude il problema e permette di evitare controlli inutili.

*Gruppi a rischio per celiachia: *diabete mellito tipo 1, sindrome di Down, Williams e Turner, tiroidite autoimmune, malattie autoimmuni del fegato, familiarità di I grado per celiachia, deficit selettivo di IgA.*

3. Quando evitare la biopsia

Secondo le Linee Guida ESPGHAN è possibile porre diagnosi di celiachia senza la biopsia se il paziente presenta contemporaneamente i seguenti 3 criteri:

- **sintomi** (che devono essere evidenti: arresto/deflessione della crescita staturale e ponderale, diarrea, anemia sideropenica, abbondante meteorismo, dermatite di Dering, ritardo puberale);
- **anti-transglutaminasi IgA > 10 volte la norma ed EMA positivi;**
- **HLA predisponente**

In questi casi, in cui la diagnosi può essere posta senza biopsia, vanno verificate la negativizzazione anticorpale e la risoluzione dei sintomi con la dieta.

4. Quali indagini di follow up

La valutazione degli esami ematici può ragionevolmente esse-

re eseguita ogni 6 mesi fino a negativizzazione degli anticorpi (che di solito avviene nell'arco del primo anno dall'inizio della dieta), poi annualmente.

Gli esami annuali devono comprendere: *anti-transglutaminasi IgA e/o anticorpi anti-peptide deamidato della gliadina IgG (anti-DGP IgG)*; emocromo, glicemia, transaminasi, funzione tiroidea con autoanticorpi (anti-tireoglobulina e anti-perossidasi), colesterolo totale (la dieta senza glutine può dare raramente una ipercolesterolemia, anche se più frequentemente nel paziente adulto).

Martina Mainetti, Iole Venturi, Annamaria Magistà, Miris Marani, Andrea Zucchini, Federico Marchetti
UOC di Pediatria e Neonatologia, Ravenna
e i Pediatri di Famiglia, AUSL di Ravenna

Bibliografia di riferimento

- Benelli E, Ronfani L, Radillo O, Martellosi S, Ventura A. Diagnosi di celiachia: basta con la biopsia? *Medico e Bambino* 2011;30(8):493-8.
- Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al.; ESPGHAN Working Group on Coeliac disease Diagnosis; ESPGHAN Gastroenterology Committee. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of Coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54(1):136-60.
- Troncone R. Diagnosi di celiachia senza la biopsia: tra evidenze consolidate e nuovi interrogativi. *Medico e Bambino* 2011;30:483-4.

