



MORIRE DI PERTOSSE

A cura di Giorgio Conforti

“Padova 30 ottobre 2024: neonato di 24 giorni muore di pertosse”. Così aprivano le testate nazionali e locali dei giornali di massima tiratura, seguite ovviamente dall’intervista a questo o quell’esperto sul “come mai” oggi giorno si possa morire di una malattia infettiva.

Certamente qualche pediatra, specie se attivo in quella zona, sarà stato interpellato dai propri assistiti in merito: le risposte saranno state certamente adeguate, ma lo saranno ancor più se il pediatra sarà stato informato dagli articoli di letteratura sullo “stato (deprimente) dell’arte”, cioè se si fosse trattato di un caso isolato o meno.

In effetti Eurosurveillance, nel giugno 2024, (in fondo il link al fulltext) ha pubblicato una multicentrica di 11 ospedali italiani, relativa alle ospedalizzazioni per pertosse da gennaio a maggio 2024: quindi casi gravi, soprattutto in lattanti.

I risultati: 108 ricoverati under 12 mesi, con un aumento dell’80 % rispetto all’anno precedente, età media di 3 mesi, 2 decessi per complicanze.

La presentazione clinica in PS più frequente, oltre alla tosse, era la cianosi (60%) e la dispnea (26,7%), mentre mancava quasi sempre la febbre, presente solo nel 17,3%. Il 27% ha necessitato di ossigenoterapia, di cui il 4% con alti flussi, mentre il 5% è stato intubato.

Ricovero medio di 7 giorni, più lungo nei piccoli.

Il “compito” del setting di noi pediatri è quello della **diagnosi precoce** e, soprattutto, della **prevenzione**.

Il 40% dei bambini dello studio era troppo piccolo per essere eleggibile per la vaccinazione, il 13% vaccinato con una sola dose, mentre oltre il 30% aveva l'età per essere vaccinato, ma non lo era stato.

Infine, il dato della vaccinazione della madre in gravidanza dimostrava che solo il **5% era protetta**, mentre oltre l'80% non era stata raggiunta **nemmeno dalla raccomandazione** alla stessa.

Le conclusioni dell'articolo sono facilmente intuibili: la necessità di "dare in mano" al pediatra di famiglia il tampone per la PCR necessaria alla diagnosi (in qualche realtà regionale questo è possibile perché concordato istituzionalmente), non ritardare l'inizio del ciclo primario vaccinale e soprattutto raccomandare fortemente la vaccinazione in gravidanza.

Certamente il ruolo del pediatra in questo è più difficile se non è a conoscenza di un secondogenito in arrivo in una famiglia di cui già segue un grandicello e "vede" la mamma incinta, altrimenti spetta essenzialmente al MMG e al ginecologo raccomandare.

Un'altra possibilità di informazione sono i corsi di accompagnamento alla nascita, dove la presenza del pediatra di famiglia sarebbe fondamentale, fra l'altro, anche per rafforzare le raccomandazioni date da altri professionisti della salute o per darle "di prima mano" se mancanti fino ad allora. Insomma: volendo, **"si può fare"**.

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/15607917.ES.2024.29.23.2400301?crawler=true>