

Troppe analisi (e poca sintesi)?

Ho seguito con interesse il dibattito sull'uso dei test rapidi ambulatoriali (POCT) fra Lamberto Reggiani¹ e Costantino Panza e coll².

Per il primo c'è indicazione ("regolata") all'uso dei POCT nell'ambulatorio del pediatra di famiglia, per i secondi l'indicazione sarebbe più pertinente al contesto ospedaliero, e comunque ponendo interrogativi generali sull'utilità dei POCT, che a mio avviso centrano il problema. Anche *Choosing wisely* (iniziativa alla quale risultano aderire in teoria tutte le Società Scientifiche italiane di Pediatria) a proposito di POCT, invita a "non richiedere di *routine* test nasofaringei per infezioni virali, a meno che i risultati non abbiano un qualche impatto".

Secondo me la domanda chiave è proprio sull'impatto dei risultati dei POCT, e la esprimo con dei casi pratici, scusandomi se sono troppo scolastico: se il bambino ha segni clinici di sospetta polmonite, per esempio tachipnea, un reperto auscultatorio dubbio, febbre alta, che il tampone sia positivo o negativo cosa cambia? Se ha il tampone positivo per un virus possiamo escludere la polmonite? Mentre il tampone negativo sarebbe una conferma del sospetto clinico, il segno di una polmonite batterica? Qualcuno riesce a spiegare perché? E nel caso di un bambino nel quale clinicamente si ipotizza una virosi delle vie aeree superiori, in che modo il tampone nasale cambierebbe l'ipotesi diagnostica e perché?

Si sostiene che si possa ridurre con i POCT l'abuso di antibiotici, ma il nesso fra le due cose resta enigmatico. Dopo decennali inutili ricerche, con Rx, ecografia o antigeni urinari, ora pensiamo di potere distinguere fra polmoniti batteriche e virali grazie a un tampone nasale che rileva un po' di virus e, qualche volta, alcuni ceppi di pneumococco, a prescindere dalla clinica? Ci stiamo affidando a un atto di fede più che alla razionalità? Forse sì, e la fede più che la razionalità, può avere beneficio da una fascinazione, molto evidente nella nostra società verso la tecnologia.

Oggi sembra davvero che la mera esistenza della tecnologia ne implichi

necessariamente l'acquisto e l'uso, mentre poi ci si arrabatterà per cercarne l'utilità. La fascinazione è tale per cui gli esiti delle indagini invece di rappresentare dati da interpretare, sembrano spesso assunti come verità scolpite nella pietra, non essendo più contemplati falsi negativi e falsi positivi (d'altra parte, se per esempio si fa l'ecografia polmonare a tutti i toraci "un po' così", in epoca di vaccinazione anti-pneumococco, si sarà indotti a prescrivere antibiotici per una miriade di polmoniti virali).

Così è frequente vedere bambini ricoverati, i quali anche per un accesso asmatico ricevono POCT, ecografia e Rx polmonari. Alla fine quasi si fosse travolti dai dati, per l'incertezza diagnostica che ne risulta, vengono loro prescritti macrolide e amoxicillina + acido clavulanico. In modo simile l'uso del tampone per SBEGA, che ormai non si nega nemmeno a bambini di 18-20 mesi, per trovarsi "costretti" poi a trattare dei falsi positivi.

Sembra insomma che, invece di ottenere diagnosi più accurate, il dispiegamento di un "apparato" sempre più complesso di indagini (paradossale se si considera la continua riduzione negli ultimi decenni dei casi di acuzie grave), finisca per ridurre l'autonomia di gestione e interpretazione da parte del medico. Per cui "il medico sempre più affida le decisioni a una tecnologia (...) di cui ormai poco capisce"³. E anche nella relazione con il malato, "l'interventismo diagnostico" non aiuta a promuovere fiducia, e spesso favorisce ansia ingiustificata, alla quale si finisce col rispondere con altri esami⁴.

Oltre alla fascinazione e alla sudditanza che la tecnologia ci suscita, a quanto pare molto più potenti di qualsiasi Linea Guida, credo che occorra spostare lo sguardo su chi ha interesse "all'interventismo medico", cioè le Aziende produttrici. In pratica i "gioielli tecnologici" continuamente migliorati e venduti a prezzi ormai relativamente contenuti, hanno evidentemente bisogno di un mercato.

Così per esempio vengono proposti anche a non specialisti, insieme ai relativi corsi di formazione (anche questa merce ben vendibile). E sicuramente c'è un interesse della Sanità privata che, come la suddetta lettera

di Chiara Fochi⁴ testimonia, spinge per l'uso indiscriminato di questi strumenti, essendo in chiaro conflitto d'interessi.

Ovviamente non si nega *tout court* l'utilità della tecnologia, ma forse bisognerebbe prendere atto che il sistema, traendone profitto, tende a determinarne l'uso. La pubblicità è l'anima del commercio, e il *marketing* delle Aziende, particolarmente nel settore dei prodotti tecnologici, è incalzante come del resto accade per tutti gli oggetti di consumo (o i farmaci); la fascinazione "lavora" in questo senso molto meglio dell'approccio critico.

Forse per comprendere quanto accade alla Medicina è utile allargare lo sguardo alla vita di tutti i giorni, nella quale l'essere "attaccato alla macchina", *iPhone* o PC che sia, è la costante che caratterizza il nostro tempo ben oltre l'attività professionale, coinvolgendo ormai anche le sfere sentimentale, amicale, del tempo libero, e anche dell'ozio⁵.

E che ne siamo o meno coscienti, "attaccati alla macchina" delle piattaforme digitali, diventiamo non più semplici consumatori, ma anche produttori instancabili di dati, che vengono poi venduti per indagini di mercato, per condizionare i nostri consumi, per creare una rete di pubblicità quanto mai pervasiva e "personalizzata"⁶. Siamo praticamente operai non pagati (purtroppo bambini compresi) di queste catene di montaggio virtuali, nelle quali cioè, nel momento stesso in cui siamo indotti a consumare informazioni, anche le più inutili e improbabili, stiamo producendo dati, che vengono utilizzati in fondo da poche megaziende.

Credo che ormai anche per fare i medici abbiamo bisogno di sollevare lo sguardo dagli aspetti tecnici, per cercare di capire quanto stia accadendo nella società. È un buono strumento, utile a tale scopo, penso sia ancora una volta "seguire i soldi".

Bibliografia

1. Reggiani L. Diagnostica ambulatoriale nella gestione delle infezioni respiratorie acute nelle cure primarie pediatriche. *Medico e Bambino* 2025;44(9):573-82 doi: 10.53126/MEB44573.

2. Panza C, Malventano M, Corbelli E, et al. I test rapidi ambulatoriali (POCT): tra epidemiologia e decisione clinica. *Medico e Bambino* 2026;45(5):284-6 doi: 10.53126/MEB45284.
3. Brancaccio E. Libercomunismo. Scienza dell'utopia. Feltrinelli editore. 2026, pag. 121.
4. Fochi C, Marchetti F. Quando l'incertezza non è più tollerata. *Medico e Bambino* 2026;45(5):284-6 doi: 10.53126/MEB45286.
5. Fumagalli A. Il capitalismo delle piattaforme come modello organizzativo del capitalismo bio-cognitivo: caratteristiche, novità, elementi critici. Università Milano-Bicocca, 12 marzo 2025. www.youtube.com.
6. Srnicek N. Platform Capitalism. Polity Pr, 2017

Alberto Neri

Pediatra di famiglia, Ferrara
nerial58@gmail.com

Gentile dott. Neri, la sua lettera ha il merito di riportare al centro una domanda fondamentale: un test diagnostico ha senso solo se il suo risultato modifica una decisione clinica. È un principio condiviso della buona pratica medica.

È altrettanto condivisibile la preoccupazione per l'uso indiscriminato della diagnostica e per il rischio che la semplice disponibilità di una tecnologia finisca per giustificarne automaticamente l'impiego. È un fenomeno reale, ben documentato in molti ambiti della medicina. Tuttavia la discussione rischia di diventare troppo polarizzata.

I POCT non sono né la soluzione delle infezioni respiratorie né il simbolo di una medicina dominata dalla tecnolo-

gia o dal mercato. Sono strumenti il cui valore dipende dal contesto clinico e dalla domanda a cui il pediatra cerca di rispondere.

Nel bambino con febbre elevata, tachipnea e reperti auscultatori del torace suggestivi di polmonite, un tampone virale positivo non esclude una possibile coinfezione batterica (circa 30% dei casi). Il quadro clinico e obiettivo descritto non richiederebbe necessariamente neanche una diagnostica di immagine per la conferma della diagnosi.

Esistono però anche situazioni in cui i test rapidi possono essere di aiuto. Nel bambino con febbre e tosse, obiettività respiratoria sostanzialmente negativa e circolazione epidemica di influenza, un test positivo può aumentare la probabilità che il quadro sia realmente virale, sostenere una strategia di attesa vigile, evitare ulteriori accertamenti e facilitare il dialogo con la famiglia. Il test non sostituisce il ragionamento clinico, ma può rafforzarlo.

*Anche l'esempio del tampone per *Streptococcus pyogenes* nei bambini di 18-20 mesi è pertinente. Se il test viene eseguito al di fuori delle indicazioni raccomandate aumenta inevitabilmente il rischio di identificare semplici portatori e di prescrivere antibiotici inutili. Ma, anche in questo caso, il problema non è il test: è l'appropriatezza della sua indicazione.*

Attribuire invece ai POCT la responsabilità dell'eccesso prescrittivo (dovrebbe essere l'esatto contrario) rischia forse di semplificare un fenomeno più complesso, nel quale intervengono l'incertezza diagnostica, la medicina difensiva, le aspettative delle famiglie, l'orga-

nizzazione dei servizi e la necessità di condividere percorsi assistenziali coerenti con le linee guida.

La storia della medicina insegna che ogni nuova tecnologia attraversa una fase iniziale di entusiasmo, cui segue spesso un fisiologico ridimensionamento delle aspettative. È accaduto con la radiografia del torace, con l'ecografia polmonare e, per certi aspetti, anche con biomarcatori come la PCR, il cui valore, se interpretato isolatamente, non consente di distinguere con affidabilità un'infezione batterica da una virale. È verosimile che un percorso analogo riguardi anche molti test rapidi ambulatoriali.

Da questa constatazione, tuttavia, non deriva il rifiuto della tecnologia. Al contrario, deriva la necessità di conoscere punti di forza e limiti, di interpretarne i risultati alla luce dell'epidemiologia delle infezioni e delle caratteristiche del test, compresi i valori predittivi positivo e negativo, e soprattutto di inserirli nel contesto clinico del singolo paziente.

L'obiettivo non dovrebbe essere utilizzare un test perché disponibile, ma ricorrervi quando è in grado di aggiungere un'informazione che modifichi o rafforzi una decisione clinica. In questo senso, la vera contrapposizione non è tra tecnologia e clinica, bensì tra un uso critico e appropriato degli strumenti diagnostici e un loro impiego acritico. È probabilmente su questo terreno che il confronto può risultare più utile e costruttivo.

Federico Marchetti

ERRATA CORRIGE

Segnaliamo che sui "Binomi e diagnosi a colpo d'occhio in Pediatria" del numero di giugno, nella descrizione del caso, è stato riportato erroneamente "[...] a fronte di una frequenza respiratoria di 35 atti al minuto e di una franca tachicardia [...]". La frase corretta è invece "[...] a fronte di una frequenza respiratoria di 55 atti al minuto e di una franca tachicardia [...]" come riportato sul file scaricabile online. Ci scusiamo con i lettori per l'errore.

La redazione