

Aquaderni

bimestrale di informazione politico culturale e di Ausili Didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri



il prezzo è giusto?



Anno III n° 2 - marzo aprile 1996 - sped. abb. postale 50% Aut. Trib. Oristano 308/89

Adotta un pediatra

Istruzioni per non vedere più i "no" nell'etichetta di "Quaderni"...

Istruzioni per regalare "Quaderni" ad un amico ...



Una buona notizia! Nonostante le difficoltà della borsa, il calo della lira sui mercati internazionali e la diminuzione del suo potere d'acquisto, nel tentativo di non favorire un ulteriore aumento dell'inflazione, la quota di rinnovo alla Associazione Culturale Pediatri per il '96 è rimasta invariata (£ 50.000).

Anche le **modalità d'invio** sono le stesse:

- 1) versamento al c/c postale n.17010091 intestato alla ACP Sez. Sarda (il bollettino di c/c postale viene allegato a "Quaderni");
- 2) bonifico bancario al c/c 15621/9 - ABI 1015 - CAB 17201 intestato alla ACP presso il Banco di Sardegna Ag n.1 di Sassari;
- 3) assegno non trasferibile inviato al tesoriere: Franco Dessì via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR) mediante assicurata convenzionale.

Versando la quota '96 all'ACP anche quest'anno avrete diritto a ricevere Quaderni

Qualora non abbiate gli spiccioli e vogliate regalare "Quaderni" a due amici, *solo* per il '96 è in atto la promozione:

"ADOTTA UN PEDIATRA"

Inviando £ 100.000, oltre all'iscrizione ACP, invieremo a vostro nome "Quaderni" a due persone che indicherete (ricordatevi di specificare il nome e l'indirizzo preciso di costoro.). Se viceversa tenete agli spiccioli potrete versare £ 80.000 ma farete contento solo un vostro amico. Questa promozione non ha certo motivi economici (i giornali prodotti in piccola tiratura non sono remunerativi) né vogliamo aumentare il numero degli iscritti (non abbiamo mai portato avanti nessuna iniziativa con questo scopo), ma è pur vero che molti colleghi che magari ci sono vicini nelle idee e nei sentimenti, non conoscono la nostra associazione; inoltre, peccando un poco di immodestia, siamo convinti che valga la pena di divulgare, anche oltre i confini della pediatria, i contenuti della nostra rivista.

quaderni ACP

bimestrale di informazione politico culturale
e di Ausili Didattici

a cura della

Associazione Culturale Pediatri

Direttore: Giancarlo Biasini

Corso U. Comandini, 10 - 47023 Cesena

Responsabile: Franco Dessì

Redazione: Dante Baronciani, Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Salvo Fedele, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Lucio Piermarini, Paolo Siani,

c/o Salvo Fedele, Via Galileo Galilei, 99 - 90145 Palermo

Tel (091) 20.15.53 - Fax (091) 673.27.54

E-mail: sfedele@mbox.vol.it

P. R.: Ester Prina

Le illustrazioni di questo numero sono tratte da " In principio era il prodotto" di Alessandro Mendini, Francesco Moschini, Emanuele Pirella - Istituto Europeo di Design - Peliti Associati. La foto di copertina è di Giulia D'Anna e Vincenzo Piscitello Istituto Europeo di Design, 1995

Progetto Grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta

Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c.

via Maqueda, 110 - 90134 (PA)

Stampa: Editoriale Antiterra s.n.c.

via Mogadiscio, 2/c - 90135 Palermo - Tel. 091/224847

Pubblicità: Comunicazione P.R. Viale Boezio, 4 - 20145 Milano - Tel. 02/33604500

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Rivista bimestrale Anno III - n° 2 - Marzo Aprile 1996

L'editore riconosce i diritti ai legali aventi diritto.

Spedizione in abbonamento postale / 50%

c/c n. 17010091 intestato a:

ACP sez. sarda - via San Francesco, 7 - 09070 Narbolia (OR)

Tariffa di abbonamento per i non soci: £ 40.000

Quaderni ACP è la rivista della
Associazione Culturale Pediatri

È suddivisa in due sezioni: *Quaderni* e *Ausili Didattici*.

La sezione *Quaderni* pubblica oltre a notizie sull'ACP e lettere dei lettori, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici e infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti.

Pubblica articoli, notizie, dati statistici e letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica, altresì, brevi ricerche dedicate esclusivamente ai problemi dell'area delle cure primarie.

La sezione *Ausili Didattici* pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.



S O M M A R I O

quaderni

- 4 Editoriale
Giancarlo Biasini
- 6 Congressi controllo
rubrica redazionale
- 8 Qualità delle cure e costi in pediatria
Simona Di Mario e coll.
- 14 World - info
rubrica redazionale
- 16 La storia del latte
Giancarlo Biasini
- 18 La mortalità infantile e alcuni indicatori socio-demografici
Le Statistiche correnti di Carlo Corchia
- 20 Info
rubrica redazionale
- 22 Dickens, i pediatri e l'ospedale pediatrico
Giancarlo Cerasoli
- 26 Libri
Le recensioni a cura di Nicola D'Andrea
- 28 Appuntamenti
- 30 Lettere

ausili didattici

- 32 Leggere & Fare
Informazioni pratiche per persone pratiche
- 38 L'inquinamento atmosferico e i danni alla salute del bambino
L'aggiornamento avanzato di A. Pisanti e L. De Seta
- 41 Linee guida per il controllo del bambino Down
Il saper fare a cura dell'ACP Romagna
- 46 I nuovi "device" in pediatria
ABC in pratica di Michele Gangemi
- 48 Come misurare il pianto nel lattante
Informazioni per genitori e pazienti
- 49 Il programma di Formazione Continua ACP
Istruzioni per l'uso

A pagina 28 pubblichiamo il programma definitivo dell'ottavo congresso nazionale dell'ACP che si terrà a Verona dal 4 al 6 ottobre di quest'anno. Ci sembra un congresso interessante, compatto e centrato su temi per i quali è necessaria una riflessione da parte di tutti. Ricordatevi di prenotare.

arrivederci a Verona

Il prezzo è giusto?

“Io sono contrario alla distruzione di qualcosa che funziona bene, come il Servizio Sanitario Nazionale, e alla sua sostituzione con qualcos’altro che manifestamente funziona peggio, come il sistema assicurativo di modello americano. La mia contrarietà diventa collera quando questo vandalismo viene presentato come un progresso”.

Anatole Kalesky

Commentatore economico di *The Times*

Sul numero di marzo 1996 di *The Scientist* c’è una polemica di estrema attualità tra un *ecologista*, Joel Cohen e un *economista* William Nordhaus. La terra sta scoppiando, *sostiene l’ecologista*, la popolazione incrementa con un ritmo quasi costante di 90 milioni di abitanti/anno e le risorse disponibili sono sempre più esigue: i ricchi sono destinati ad accaparrarsi le risorse residue e i poveri a diventare sempre più poveri. Non è vero, *replica l’economista*; se queste previsioni fossero vere, ci dovrebbe essere un aumento dei prezzi delle materie prime e del cibo, e invece il costo delle risorse primarie è in diminuzione... “Il professor Cohen dovrebbe spiegarci perché il mercato dà segnali così contrastanti con la teoria della carenza delle risorse”.

La contro-replica dell’ecologista: “Gentilissimo professor Nordhaus...il prezzo è giusto?”, il declino dei prezzi è garanzia di una maggiore *disponibilità di risorse* per la popolazione del globo? O, più semplicemente, questa caduta dei prezzi mette a nudo l’assoluta mancanza di scrupoli nei processi produttivi di estrazione delle materie prime, indipendentemente

dall’impatto ambientale di questi stessi processi produttivi? Non conosciamo, mentre scriviamo, le argomentazioni con cui Nordhaus potrà rispondere a questa considerazione che ci sembrano ineccepibili, però non riusciamo a capire come la trasformazione della sanità in mercato abbia conquistato tanti consensi nel nostro paese.

Non riusciamo a capirlo proprio partendo dalle considerazioni tanto care agli economisti, a cominciare dalla più importante (per loro) di tutte: *il prezzo* di questo nuovo modello.

I Costi

La spesa sanitaria (1992) pro capite in USA è di \$ 2.556, in Italia di \$ 1.113, in Svezia di \$ 1.421, c’è quindi un maggior consumo di risorse rispetto all’Italia di 1443 dollari pro capite; un maggior consumo di risorse rispetto alla Svezia di 1135 dollari pro capite. Se poi confrontiamo, e non per usare il linguaggio astruso degli economisti, ma per fare dei confronti più veritieri, la spesa sanitaria, come percentuale del Prodotto Interno Lordo (PIL), *questo prezzo appare decisamente più elevato*: il maggior consumo di risorse rispetto al PIL in USA a confronto dell’Italia è del 39%; il maggior consumo di risorse rispetto al PIL in USA a confronto con la Svezia è del 44%. (si veda la tab. 1)

Tab. 1: Spesa sanitaria (1992) come percentuale del Prodotto Interno Lordo

USA:	14%.
Italia:	8.5%
Svezia:	7.9%
Norvegia:	8.3%
Canada:	10.1%
Gran Bretagna:	7.1

(Fonte: OCDE: 1993. N.E.R.A. 1993)

La disponibilità delle risorse sanitarie

Direte, il prezzo è più elevato ma la disponibilità delle risorse sanitarie per la popolazione sarà maggiore nel modello americano...

Purtroppo, l’andamento dei prezzi di una risorsa è assolutamente indipendente dalla disponibilità di questa per la popolazione, proprio come ci spiegava all’inizio il professor Cohen.

Un dato su tutti:

Il numero dei bambini o adolescenti scoperti da qualsiasi sistema di sicurezza sociale per almeno un mese durante l’anno ammonta negli USA almeno a 19 milioni (*Pediatrics* 1995; 96: 967).

Ma entriamo nei dettagli (vedi tab. 2 e tab. 3): oltre al sistema assicurativo è presente negli USA anche un sistema di assistenza pubblica, anzi un doppio sistema, il Medicare e il Medicaid.

Sono garantiti dalla assistenza pubblica del Medicare gli anziani, senza limiti di reddito, di età superiore ai 65 anni (che negli USA sono 35.000.000) e dal Medicaid le famiglie con un livello di reddito inferiore alla soglia federale di povertà (991 dollari al mese per una famiglia di 3 persone di cui uno in condizioni di grande fabbisogno di salute: disabile adulto o bambino, donna gravida o bambino piccolo).

Nessuna assistenza statale garantisce però né farmaci né presidi per sordi o ciechi, né cure dentarie, né assistenza alle malattie croniche.

Per queste spese supplementari, i 35 milioni di assistiti dal Medicare spendono di tasca loro o attraverso una assicurazione privata che costa almeno 1.000 dollari per anno altri 96 miliardi di dollari, cioè 2742 dollari a testa sempre per anno, a fronte di un reddito medio annuo, per gli anziani ultra 65enni, di \$14.000: il 20.6% del reddito degli anziani va in spese per la salute non coperte dal sistema.

Tab. 2: Come è assistita negli USA la popolazione generale

Assistiti da assicurazioni private	64%
Assistiti dal Medicare	10.8%
Assistiti dal Medicaid	5.6%
Altri tipi di assistenza	5.0%
Senza alcuna assistenza	10%

Tab. 3: Come sono assistiti negli USA i bambini e gli adolescenti (< 21 anni) (milioni di bambini e adolescenti e % della popolazione di riferimento)

1993	
Assicurazioni private	50 (62.4%)
Medicaid	17.8 (22.3%)
Senza assistenza	12.2 (15.2%)

Non solo, quindi, il prezzo è più alto, ma oltre il 10% della popolazione americana non può contare su alcuna forma di assistenza sanitaria.

La qualità delle cure

Direte, come è possibile, confrontare sistemi così diversi, ...la tecnologia di Houston con l'ospedale SS. Annunziata di Napoli, dove il nostro dottor De Seta fa miracoli degni di San Gennaro (miracoli veri cioè e non promesse elettorali) solo a recarvisi ogni mattina? In realtà, la qualità dell'assistenza sanitaria USA non è tutta come quella dei serial che vediamo in TV. I confronti fra dati italiani e statunitensi prescindono spesso da qualsiasi valutazione di efficacia. Se ne propongono qui alcuni: la mortalità infantile, la incidenza di neonati di basso peso (che costituisce un criterio di valutazione del modo con cui è controllata sul piano sanitario e tutelata sul piano sociale, la gravidanza) e la mortalità generale evitabile per la quale si riportano anche i dati ottimali della Svezia. Della mortalità infantile si riportano anche dati relativi alle disuguaglianze interne a Italia e Usa.

Tab. 4: Mortalità infantile: dati italiani e americani a confronto

	Italia (1992)	USA (1993)
Totale:	8‰	Totale: 8.3‰
Nord min.	6.6‰	Massachusetts: 5.6‰
Centro	8.1‰	Georgia: 10‰

Sud 9.0‰ Columbia Distr.: 18.5‰ max

Tab. 5: Incidenza dei neonati di basso

<i>Peso Inferiore a g. 1.500</i>	
Italia (1990)	USA (1993)
0.86%	1.3%
<i>Peso inferiore a g. 2.500</i>	
Italia (1990)	USA (1993)
5.6%	7.1%

peso: dati italiani e americani a confronto

Tab. 6: Mortalità evitabile: confronto

Mortalità evitabile /100.000 anni-uomo (vite < 65 a. salvabili ma non salvate)	
USA:	5.479
Italia:	4.040
Svezia:	3.375
<i>(Fonte: OCDE: 1993 N.E.R.A. 1993)</i>	
<i>Vite perdute in Usa rispetto all'Italia per 100.000 anni uomo: 1439 (26.3%)</i>	
<i>Vite perdute in Usa rispetto alla Svezia per 100.000 anni uomo: 2104 (38.4%)</i>	

tra dati americani, italiani e svedesi

Le prospettive

Si dovrebbe poter dire, utilizzando indicatori molto grezzi ma precisi, che il sistema in atto in USA è più costoso e meno efficace del sistema sanitario di Svezia e Italia che sono due servizi sanitari "nazionali": più costoso e meno efficace, quindi anche meno efficiente.

Proprio per porre rimedio al costo del modello americano (che si è proposto di importare in Italia) saranno a breve negli USA approvati tagli al sistema di assistenza sanitaria pubblico. La proposta del senato americano, ora a schiacciante maggioranza repubblicana è di ridurre i fondi, per il Medicaid di \$182 mld, e per il Medicare di \$ 270 miliardi nei prossimi 7 anni, riducendo ovviamente anche la quota di bambini e adolescenti coperti da questo tipo di garanzia.

Concretamente, per ogni miliardo di dollari di "taglio" perderanno l'assistenza un milione e mezzo di bambini/adolescenti.

Per i bambini (esclusi gli adolescenti) il Medicaid spende ogni anno il 12.6% dei propri fondi, ma occorre tenere conto che il 44% degli assistiti dal Medicaid sono

bambini come risulta dalla tabella 7.

Tab. 7: Percentuale degli assistiti e

	assistiti %	spese %
anziani:	13.3	34
disabili	15.3	38.3
adulti AFDC I	24.3	12.7
bambini AFDC I	44	12.6
altri	5	2.1

(1) AFDC: aids to families with dependent children

delle spese sostenute dal Medicaid

In sostanza, gli anziani sono appena il 13.3% e consumano il 34% mentre i bambini che sono il 44% consumano solo il 34% della dotazione. Tutte le spese del Medicare, che sono pari a quelle del Medicaid, sono inoltre devolute agli anziani. Il sistema, quindi, opera una discriminazione a scapito dell'assistenza all'infanzia che si dimostrerà particolarmente gravosa specialmente nelle aree povere degli USA che già hanno una mortalità infantile a livelli sudamericani. È probabile, secondi calcoli attendibili, che più di 3.000.000 di bambini americani perderanno l'assistenza del Medicaid se il taglio del senato americano sarà approvato.

Il prezzo è giusto dunque? Il nostro è decisamente migliore.

Certo, anche noi potremo fare peggio con più, potremo spremere i nostri bambini come nella bella fotografia che proponiamo in copertina, *ma* i bambini non sono diversi dai dentifrici della pubblicità?

Chissà cosa decideranno di fare gli italiani dei loro bambini? Noi, di costi, continueremo a occuparci ma con altre priorità, non siamo per abbassare a tutti i costi "i costi" allargando il buco dell'ozono. Non si tratta di trovare il giusto mezzo ma di non perdere non solo l'equilibrio ecologico ma anche quello mentale.

Giancarlo Biasini

Archives of disease in childhood, la prestigiosa rivista della British Paediatric Association (B.P.A.), pubblica, durante l'anno, numerosi articoli dedicati alla formazione permanente. Vi segnaliamo l'ultimo della serie (1) per l'utile appendice che spiega, senza fumosi riferimenti a pseudodidattiche gilbertiane (tanto cari a quanti della formazione fanno uno strumento di potere e di controllo sindacale), tutti i misteri della sigla C.M.E.: Continuing Medical Education - Formazione Medica Permanente.

Come si ottiene un C.M.E. credit nel Regno Unito?

Le attività di Formazione Medica Permanente vengono ripartite in sei categorie (ognuna delle quali viene suddivisa in due sottogruppi: Esterna o Interna, a seconda che sia necessario lasciare il proprio posto di lavoro).

La I o la E prima di CME si riferisce a Interna o Esterna.

Le sei categorie sono:

Categoria A: Congressi Nazionali e Internazionali (ECME A):

1. Meeting organizzati dalla British Paediatric Association:

(a) meeting annuale della B.P.A.

(b) meeting dei gruppi di specialità (e società affiliate)

2. Meeting internazionali.

Categoria E: Attività didattiche autoprogrammate (ICME E):

1. pacchetti didattici preparati per l'autoapprendimento

2. "lezioni" con valutazione finale.

Categoria F: Corsi e attività di apprendimento pratico di tecniche o metodologie (ECME F - ICME F):

1. Corsi specifici

2. Attività di apprendimento finalizzate all'acquisizione di nuove tecniche o all'aggiornamento su particolari protocolli (per esempio, corsi per apprendere una tecnica come l'endoscopia o per aggiornarsi sul corretto protocollo diagnostico/terapeutico di una particolare malattia come l'epilessia)

3. Apprendimento da colleghi esperti in particolari attività, sia all'interno della propria struttura (chiamando i "visiting professor") sia frequentando presso divisioni ospedaliere territoriali o di comunità.

I pediatri, per ottenere il CME credit, debbono aver certificato 50 unità per anno. Un'unità di CME corrisponde a un'ora di aggiornamento; ma, attenzione...: in cinque anni, nessuna delle sottocategorie può superare più del 50% delle ore di certificazione. In pratica, se si par-

grammare l'aggiornamento in varie direzioni e, probabilmente, con qualche piccolo sforzo di elaborazione teorica, potrebbe essere in grado di formalizzare un vero e proprio CME credit; non varrà nulla per la burocrazia ma potrà essere un utile esempio, del quale fare difficilmente a meno, nell'arretratezza generale del sistema di formazione permanente post-laurea che caratterizza il nostro Paese.

Un'ultima considerazione, per segnalare un paio di differenze col CME credit americano:

1) nel sistema inglese, la lettura delle riviste specialistiche non contribuisce alla formale certificazione del C.M.E, anche se c'è esplicito riferimento nella consensus conference della B.P.A. all'importanza del costante aggiornamento attraverso la lettura: "integral to the philosophy of CME is that specialists subscribe to and regularly read specialist journal as a fundamental continuing learning activity"; nel CME credit americano una parte della certificazione si ottiene rispondendo ai quesiti finali che compaiono in coda ad alcuni articoli selezionati per questo scopo. Di più: pacchetti didattici e quesiti su casi clinici o articoli selezionati sono disponibili su internet e i pediatri possono superare l'esame per questa categoria di CME credit anche per posta elettronica (va sottolineato tra l'altro che questa è una immensa e gratuita risorsa didattica per i pediatri di tutto il mondo);

2) nel sistema inglese, a differenza di quello americano, la preparazione di lezioni, l'attività svolta come redattore nei giornali specialistici, la preparazione dei corsi, la partecipazione a programmi di ricerca "per l'indubbia difficoltà di valutazione" non è inclusa nel programma formale per ottenere il C.M.E; d'altra parte è scritto nella consensus conference della B.P.A. quanti organizzano e fanno, se organizzano e fanno sul serio stanno pure ad ascoltare e a imparare dagli altri: anche tra gli inglesi, i laureati in Medicina devono essere piuttosto permalosi; la B.P.A. avrà voluto fare a meno di giudicare chi giudica per professione.

Salvo Fedele

British Paediatric Association, Academic Board Subcommittee on the pilot scheme for C.M.E.: Continuing medical education for Paediatricians. Arch. Dis. Child. 1996; 74:68-72

C.M.E.

TUTTI I MISTERI DI UNA SIGLA

Categoria B: Meeting Regionali Esterni o Interni (ECME B - ICME B).

Categoria C: Meeting locali (ICME C)

1 Riunione didattica di reparto o di gruppo

2 attività di Journal club

3 programmi di audit.

Categoria D: Meeting di ricerca (ECME D)

riunioni di ricerca progettate dalle varie società affiliate (neonatologia, subspecialità pediatriche etc.).

tecipa solo a Congressi, non si ottiene il C.M.E. È essenziale partecipare a tutte le attività: alle attività didattiche di reparto come ai programmi di ricerca, ai corsi per l'acquisizione di particolari tecniche come all'attività di Journal club. Il sistema è poi sottoposto a continua valutazione; ma è chiaro che lo sforzo teorico è finalizzato a valorizzare tutte quelle attività didattiche che hanno vere finalità di miglioramento dei servizi. È chiaro che lo sforzo didattico è programmato quindi in tutte le direzioni e non solo in favore dei "remunerativi" congressi. In Italia, da tempo, solo l'ACP ha cercato di pro-

CATANIA

PEDIATRI E DISOCCUPAZIONE

In provincia di Catania, Adrano, a una tavola rotonda organizzata dall'ACP-Catania sull'avvenire della Pediatria e, particolarmente, a proposito del contratto per i pediatri di libera scelta, si è assistito a uno scontro, parecchio vivace ma sostanzialmente corretto, fra FIMP e CIPE, la di recente costituita Confederazione Italiana dei Pediatri Extraospedalieri, un sindacato che partecipa alla trattativa nazionale sul contratto per i pediatri di libera scelta.

Parecchio della materia del contendere era, per la verità, nota solo ai pediatri sindacalizzati che si riferivano tecnicamente ad articoli e commi da addetti ai lavori. Ma una cosa molto importante è venuta fuori dalla tavola rotonda.

Il segretario nazionale e quello regionale siciliano della CIPE hanno affermato che ci sarebbero, in Italia, a fronte di 6.000 pediatri convenzionati, almeno altri 3.000 giovani colleghi che attendono l'inserimento nelle convenzioni. La cosa non è di poco conto perché il limite superiore di età per l'esclusiva, fissato a 6 anni, ha trovato una giustificazione, per lo meno teorica, nella mancanza di pediatri disponibili ad accettare le scelte.

Si è sempre detto: *inutile alzare l'età, tanto i pediatri non sono sufficienti a coprire tutte le scelte.*

D'altra parte - e qui il cerchio si chiude - la limitazione del numero delle borse di studio per specializzandi ha trovato largo sostegno (ricordiamo un dibattito al congresso di Roma della SIP del 1994) fra coloro che ritenevano che un aumento delle borse, in costanza di offerte di lavoro (sia ospedaliero che territoriale) avrebbe portato alla produzione di disoccupati. In sede di congresso, i rappresentanti della FIMP (era presente il segretario regionale siciliano) non hanno contestato i dati numerici della CIPE, in tal modo sostanzialmente avvalorandoli.

Saremmo molto grati ai sindacati dei pediatri di libera scelta (FIMP, CIPE, CUMI, CISL-medici) se questo aspetto non secondario del problema ci fosse chiarito.

NAPOLI

ANCORA SULLE VACCINAZIONI

A Napoli, città con il più alto tasso di evasione vaccinale, 200 pediatri hanno seguito con grande attenzione tutte le novità sulle vaccinazioni illustrate dal professor Bartolozzi. Ogni anno in Italia vengono denunciati dai 20.000 ai 40.000 casi di pertosse e le denunce rappresentano solo 1/10 dei casi reali, la letalità è di circa 4-15 bambini per anno e i 2/3 muoiono nei primi 6 mesi. Pertanto, è assolutamente indispensabile proteggere prima possibile il bambino. È possibile iniziare già al 2° mese in quanto numerose segnalazioni della letteratura hanno confermato la non interferenza delle Ig materne con il vaccino acellulare.

Per quanto riguarda la vaccinazione MMR, è ormai accertato che sono necessarie due somministrazioni con un intervallo di 10 anni. In Italia abbiamo ancora oltre 100 casi all'anno di embriopatia rubeolica contro i 2 degli Stati Uniti, per cui è indispensabile un diffuso e corretto programma vaccinale.

Qualche cenno sui ceppi da utilizzare: il ceppo più efficace per la parotite è il ceppo Urabe 19 che, con dosaggi inferiori (5.000 U) rispetto al passato (20.000 U) e metodiche di coltivazione diverse, non presenta più nessun problema. Per il morbillo, il ceppo di Edmoston sembra di almeno 4 volte meno efficace del ceppo Swartz e, dopo 2 anni, la protezione è 8 volte minore. Ultimo cenno sulla vaccinazione antiHemophilus; in Italia non si conosce con precisione l'epidemiologia delle malattie gravi (meningiti ed epiglottiti) da HIB, inoltre l'introduzione di altre 3 somministrazioni di vaccino, in aggiunta a quelle che già si fanno, potrebbe ridurre la compliance generale dei genitori alle altre vaccinazioni. È stato tentato di associare il vaccino antiHIB a quello acellulare della pertosse ma il potere immunogeno dell'uno contrasta con l'altro.

È stata infine ribadita l'inutilità del controllo dei titoli anticorpali, sia prima che dopo la vaccinazione antiepatite B.

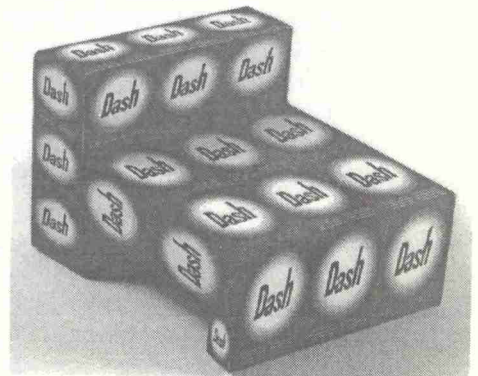
TABIANO

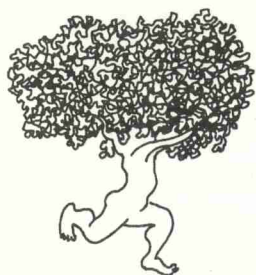
GRANA E PROTOCOLLI

Dopo avervi organizzato il Congresso nazionale, l'ACP Emilia, col suo factotum Giuseppe Boschi, è tornata a Tabiano per l'annuale convegno marzolino di aggiornamento su argomenti di estrema concretezza: quest'anno il tema ha riguardato i protocolli su alcuni problemi comuni: *obesità, enuresi, adenoidi, laringite, Mantoux positiva, paralisi di Bell, orticaria, svezzamento, lattante febbrile, allergia alimentare, otite, diarrea, infezione da Hib, epilessia idiopatica, stipsi, dolore addominale, micosi.* Un programma molto intenso, come si vede, organizzato al 50% per gruppi e al 50% in seduta plenaria, diluito, anzi concentrato, in 11 ore e mezzo di lavori ai quali hanno partecipato oltre 250 pediatri, bravi a resistere fino alla fine (interesse dei protocolli? desertificazione invernale di Tabiano? sapore del grana padano presente nei corridoi?).

Come al solito moltissimi interventi-domande dal pubblico, non tutti però soddisfatti malgrado la metà del tempo stabilito per ogni protocollo, o linea guida, fosse dedicata alla discussione.

Questo convegno marzolino dell'ACP Emilia, pensato dagli organizzatori in termini di esclusivo aggiornamento clinico, senza evasioni al di fuori di esso, è diventato ormai un preciso ritrovo dei pediatri dell'Italia del Nord-Ovest. La grande sobrietà e la familiarità della manifestazione, il suo basso costo, la concretezza degli argomenti, la caratteristica "*tutti insieme nello stesso albergo*", il rispetto degli orari (si è cominciato puntualmente e si è chiuso puntualmente) ne hanno fatto una manifestazione molto positivamente caratterizzata.





QUALITÀ DELLE CURE E COSTI IN PEDIATRIA

Simona Di Mario, Roberto Iuli, Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Giorgio Tamburlini Gruppo di lavoro qualità/costi in pediatria - Unità di Ricerca sui servizi sanitari e Centro Collaboratore dell'OMS per la salute materno-infantile, IRCCS Burlo Garofolo (Trieste); Roberto Buzzetti, Azienda USL (Bergamo); Michele Gangemi, Gruppo Nazionale di Ricerca in pediatria ambulatoriale (Verona); Fabrizia Saccomani (ACP Verona), Luisa Marolla (ACP Roma), Bianca Maria Marengoni (ARP Bergamo), Maria Francesca Siracusano (ACP Messina), Erminia Frezza (ACP Parma), Nella Ferri (ACP Bassano del Grappa), Laura Mauri (ACP Milano), Rosanna Borgarello (Pe. Ter. Torino), Monica Pierattelli (ACP Toscana), Luciana Monti (Gr. Ped. di Base Reggio Emilia), Mario Canciani (Pediatri Giuliani).

La necessità di contenere i costi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è generalmente condivisa e rappresenta oggi una preoccupazione pressoché universale (1). Vi è tuttavia una preoccupante tendenza a perseguire questo obiettivo attraverso tagli di spesa e vari tipi di riforme gestionali senza curarsi dell'effetto prodotto sulla qualità delle cure e, in ultima analisi, sulla salute dei cittadini (2). Per chi è interessato a mantenere in vita un sistema sanitario pubblico basato sul principio dell'accesso universale alle cure essenziali è fondamentale adoperarsi affinché il contenimento dei costi avvenga in forme che non sacrificino la qualità e l'equità delle cure, semmai le migliorino (3).

Abbiamo dunque ritenuto utile uno studio che verificasse, per lo meno nella pratica pediatrica corrente, in che misura sia possibile, attraverso l'adesione a linee-guida basate sull'evidenza scientifica, garantire o addirittura migliorare la qualità delle cure pur contenendo i costi.

Gli obiettivi dello studio, impostato e condotto con la collaborazione dei gruppi locali di ricerca in pediatria di base, sono stati quindi:

- 1) verificare l'ipotesi che una migliore qualità delle cure sia compatibile con un contenimento o addirittura con una riduzione dei costi.
- 2) definire in che misura, in che circostanze e in quali ambiti questa ipotesi sia vera.

Obiettivo collaterale è stato quello di produrre e diffondere linee guida basate sull'evidenza per una serie di patologie pediatriche comuni e di verificarne la fattibilità.

Materiali e metodi

Il disegno generale dello studio è di tipo analitico retrospettivo. È stato valutato il rapporto tra qualità delle cure e costi su problemi assistenziali comuni in pediatria attraverso l'analisi dell'iter diagnostico-terapeutico seguito da un campione di bambini per alcune patologie "indice". Si è voluto analizzare l'iter completo del caso, non solo nella parte gestita dal pediatra di base ma anche dai medici ospedalieri, dagli specialisti e dai familiari.

Patologie indice:

- 1) accesso acuto d'asma (AS); 2) convulsioni febbrili (CF); 3) broncopneumonia (BP); 4) otite media acuta ricorrente (OMAR); 5) infezioni delle vie urinarie (IVU).

Tali patologie sono state scelte in base alla loro rilevanza ed

esemplarità e all'esistenza in letteratura di sufficienti elementi per identificare un "gold standard" diagnostico terapeutico (linee-guida).

Durata dello studio: 1 anno (settembre 1994 - settembre 1995)
La ricerca si è svolta in tre fasi.

Prima fase (settembre-novembre 1994): preparazione degli strumenti (linee-guida, schede, questionari, score).

Sono stati definiti per ogni patologia delle linee-guida attraverso:

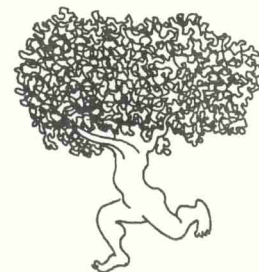
- a) la ricerca bibliografica (basata su lavori di metanalisi e consensus conference)
- b) la discussione con esperti specialisti
- c) la discussione con un gruppo di pediatri di base per una verifica di fattibilità.

Sono state elaborate 2 differenti schede di raccolta dati, per ciascuna patologia indice; la prima (*scheda intervista*) è stata utilizzata per intervistare le famiglie dei bambini affetti da una delle 5 patologie in esame; la seconda (*scheda pediatra*) è stata compilata dal pediatra di base che aveva seguito il caso; questa seconda scheda è servita per completare i dati raccolti dalle interviste telefoniche, in particolare per i casi sottoposti a ricovero ospedaliero o a visita specialistica, e per raccogliere alcune informazioni ulteriori sul rapporto con la famiglia.

Attraverso la scheda intervista e la scheda pediatra è stato ricostruito l'iter diagnostico terapeutico di ogni singolo bambino ed è stato assegnato un punteggio (*score di qualità*) a ogni singolo caso.

Lo *score di qualità* è stato elaborato con la seguente metodologia: per ogni patologia si è suddiviso l'iter diagnostico-terapeutico in un numero definito di fasi (*diagnosi, ricovero, esami, trattamento, follow-up e profilassi, comunicazione pediatra-famiglia e capacità di gestione da parte della famiglia*). Per ciascuna fase, sulla base delle informazioni raccolte dalla scheda intervista e dalla scheda pediatra e attraverso il confronto di queste con gli standard (linee-guida) è stato assegnato un punteggio (0: comportamento buono o comunque accettabile; 1: comportamento scorretto); per ogni caso, lo score finale è rappresentato dalla somma dei punteggi ottenuti per le diverse fasi. Uno score totale = 0 corrisponde dunque a un iter corrispondente alle linee guida; uno score uguale o maggiore a 1 a un iter che si è discostato in modo significativo dalle linee-guida in una o più fasi. È da sottolineare a questo proposito che, per ogni patologia, sono stati definiti (vedi Quaderni ACP n. 5/6, 1995) comportamenti ottimali, comportamenti discutibili e comportamenti scorretti e che solo questi ultimi sono stati penalizzati (punteggio maggiore di 0). Ciò per limitare al massimo le aree di incertezza e consentire una attribuzione dello score il più possibile oggettiva e riproducibile.

Nelle OMAR, si sono penalizzate le diagnosi fatte in base a pochi episodi di otite in 3-6 mesi o non fatte nonostante molti episodi di otite in 3-6 mesi (diagnosi); la gestione ospedaliera dell'OMAR (ricovero); la mancata esecuzione dell'audiometria (esami), la mancata esecuzione della profilassi farmacologica



o la profilassi con farmaci diversi da quelli indicati dalla letteratura o per periodi di tempo non adeguati (profilassi); la scarsa conoscenza della famiglia sulle possibili conseguenze delle otiti ricorrenti (comunicazione pediatra-famiglia in termini di comprensione).

Nelle BP sono state penalizzate le diagnosi tardive, gli esami radiografici impropri, la terapia fatta con farmaci diversi da quelli indicati dalla letteratura, i ricoveri dei bambini > 6 mesi senza complicazione.

Negli AS si sono penalizzate le terapie iniziate molte ore dopo la diagnosi o eseguite con modalità di somministrazione e posologia scorrette, l'esecuzione di esami strumentali durante l'attacco acuto, l'ospedalizzazione negli attacchi lieve-medi, una cattiva gestione da parte della famiglia (scarsa conoscenza della malattia, assenza di aerosol e farmaci in casa per i casi ricorrenti ecc...).

Nelle IVU, si è penalizzata la diagnosi fatta oltre le 24 ore dalla chiamata del genitore, una raccolta scorretta di urine, la mancata esecuzione dell'urinocultura, una terapia eseguita tardivamente o con farmaci diversi da quelli indicati dalla letteratura o per un tempo insufficiente, i ricoveri impropri, la mancata esecuzione o l'esecuzione in tempi errati di esami strumentali (ECO, CUG), la mancata esecuzione del follow-up (profilassi farmacologica o esami urinari ripetuti), la cattiva informazione e gestione della famiglia (per esempio cosa fare in caso di febbre, ecc...).

Nelle CF si sono penalizzati i trattamenti della crisi convulsiva eseguiti con farmaci diversi dal Diazepam e.r., i ricoveri protratti lunghi, gli EEG ripetuti in seguito a crisi semplici o eseguiti subito dopo la crisi, la profilassi farmacologica continua, la cattiva gestione da parte della famiglia (per es.: non avere in casa il diazepam, non sapere cosa fare in caso di un'altra crisi, ecc...).

Per ciascun caso, lo score relativo a ogni singola fase è stato suddiviso in *score A* che si riferisce alle scelte di cui è responsabile il pediatra di libera scelta, e in *score B* che definisce in che misura la scelta è attribuibile a figure diverse dal pediatra (medici ospedalieri, medici specialisti, famiglia).

Costi

Per i pazienti non ricoverati, la spesa totale è stata quella dei farmaci più quella degli esami eseguiti.

Per il costo dei farmaci, è stato utilizzato il prezzo al pubblico tratto dall'informatore farmaceutico del giugno 1995.

Si è calcolato il numero di confezioni di farmaco necessarie per concludere il ciclo di terapia arrotondando per eccesso; per alcuni farmaci particolari, nei quali generalmente la confezione avanzata non viene eliminata (quali i cortisonici e i beta 2 per via inalatoria, gli sciroppi mucolitici e antitosse, gli antipiretici), si è utilizzato un coefficiente di correzione (0,5).

Per i trattamenti di lunga durata (come la profilassi dell'OMAR) si è considerato il costo di tutta la durata del ciclo (6 mesi per l'OMAR); per i casi non profilassati di OMAR si è calcolato il costo del solo trattamento di un episodio acuto.

Per il costo degli esami strumentali, esami di laboratorio e visite specialistiche si è utilizzato il prezzo tratto dal tariffario nazionale delle prestazioni ambulatoriali e non si è tenuto conto delle differenze nelle tariffe tra struttura pubblica e privata.

Per i ricoveri si è valutato il costo del DRG (Diagnosis Related Group) totale in quanto è sembrata troppo arbitraria la decisione di calcolare solo i costi marginali (esami, farmaci, stima del tempo dedicato dal personale al caso ricoverato, spese dei pasti, della biancheria e altre spese) o di correggere il DRG per un coefficiente determinato in base alla complicazione del caso e alla tecnologia richiesta.

Nel corso delle interviste alle famiglie sono state raccolte informazioni utili anche a una valutazione dei costi indiretti sostenuti dalla famiglia (giorni di lavoro persi dai genitori, trasporti, costi vari come le spese del telefono o della baby-sitter, ecc...) ma la loro difficile e molto arbitraria determinazione ha indotto a non utilizzare queste informazioni per una loro quantificazione, rinviandola eventualmente a una successiva fase di elaborazione. Infine, non sono stati valutati i costi intangibili (ansia, disagio psicologico, stress, sofferenza, giorni di scuola persi ecc...).

Seconda fase: Studio pilota (novembre-dicembre 1994)

È stato realizzato, per verificare l'attendibilità e la fattibilità delle interviste telefoniche alle famiglie, l'accessibilità dei dati, soprattutto quelli con fonte alternativa alla famiglia o al pediatra (ospedale, specialista), per perfezionare il questionario e le schede per il pediatra, per verificare l'applicabilità e la capacità discriminante dello score di qualità e infine per valutare i tempi e i costi.

Gruppi partecipanti: ACP Palermo, Verona, Friuli Venezia Giulia. Popolazione oggetto di studio: 45 bambini, selezionati dal pediatra di base, che avevano ricevuto diagnosi di una delle patologie sopraindicate nei 3 mesi precedenti lo studio pilota.

Intervistatori: 2 ricercatori del gruppo di coordinamento centrale

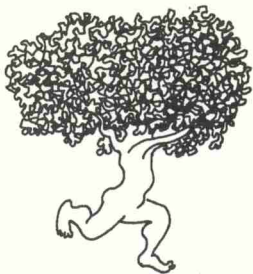
Terza fase Studio vero e proprio (gennaio- settembre 1995)

Popolazione oggetto dello studio

Campione previsto: 250 pazienti che avevano ricevuto diagnosi di una delle 5 patologie indice nei 3 mesi precedenti l'inizio dello studio (dicembre-febbraio 1995); per le CF si è stabilito un periodo di 6 mesi (ottobre 94 - febbraio 95) in quanto tale patologia ha una prevalenza inferiore. I casi sono stati selezionati tramite randomizzazione proporzionale al numero tra tutti quelli rientranti nei criteri di inclusione segnalati dai pediatri partecipanti.

Criteri di esclusione: per tutte le patologie sono stati esclusi i bambini con malformazioni o patologie croniche (precedenti all'episodio studiato) a carico dell'apparato coinvolto nella patologia in esame; per quanto riguarda l'asma, sono stati esclusi quei bambini con asma lieve (bronicospasmo all'auscultazione, ma senza dispnea).

Per ciascun caso entrato nello studio, è stata eseguita una intervista telefonica ai genitori, è stata compilata dal pediatra la scheda relativa al caso, sono stati elaborati lo score di qualità e



l'analisi dei costi sostenuti. Le famiglie che dovevano essere intervistate sono state preavvisate dal loro pediatra, telefonicamente o durante la visita ambulatoriale, ed è

stato ottenuto un consenso informato.

Le interviste sono state effettuate da due medici del gruppo di coordinamento centrale.

Lo score di qualità è stato attribuito da un ricercatore del gruppo di coordinamento centrale e, separatamente, "in cieco" rispetto a questa prima attribuzione, da un pediatra estraneo alla ricerca. Sulle due determinazioni è stata effettuata un'analisi della concordanza.

I dati sono stati analizzati con i software statistici Epi-Info (versione 6) ed Excel.

Partecipanti allo studio (Gruppo di lavoro qualità/costi in pediatria)

- Coordinamento centrale: Unità di Ricerca sui servizi sanitari e Centro Collaboratore dell'OMS per la salute materno-infantile, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste (*Simona Di Mario, Roberto Iuli, Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Giorgio Tamburlini*), con la collaborazione di *Roberto Buzzetti* per la parte relativa ai costi.

- Gruppo Nazionale di Ricerca in pediatria ambulatoriale (coordinatore *Michele Gangemi*); gruppi locali: Verona, Roma, Bergamo, Stretto, Parma, Bassano del Grappa, Milano, Torino, Toscana, Reggio Emilia, Friuli Venezia Giulia per un totale di 79 pediatri; coordinatori locali: *Fabrizia Saccomani, Luisa Marolla, Bianca Maria Marengoni, Maria Francesca Siracusano, Erminia Frezza, Nella Ferri, Laura Mauri, Rosanna Borgarello, Monica Pierattelli, Luciana Monti, Mario Canciani*. Lo studio è stato parzialmente finanziato nell'ambito dei progetti di ricerca dell'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo".

Risultati

Popolazione selezionata

I casi segnalati dai pediatri (79) sono stati 832. Tra questi sono stati selezionati tramite randomizzazione 300 casi (segnalati da 71 pediatri).

I dati completi (scheda intervista più scheda pediatra) sono stati raccolti per 243 bambini:

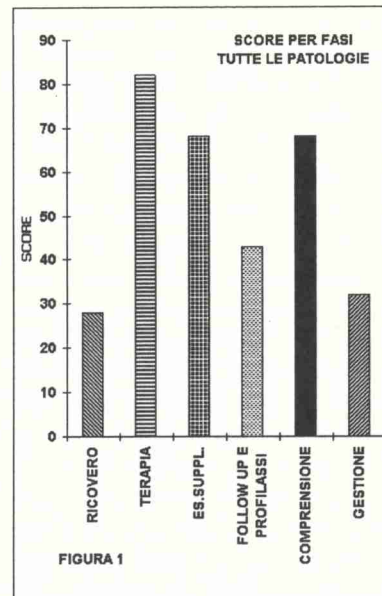
AS 51; Bp 50; OMAR 48; IVU 50; CF 44.

Patologia	n. casi	Score						Score medio	
		0	1	2	3	4	5		6
AS	51	17	19	11	3	1	0	0	1,06
BP	50	13	19	9	8	1	0	0	1,03
CF	44	6	10	16	10	2	0	0	1,82
IVU	50	14	16	10	5	3	1	1	1,48
OMAR	48	9	16	11	12	0	0	0	1,54
Totale score	243	69	80	57	38	7	1	1	1,43

Tab. 1 Distribuzione score di qualità per patologia

Score di qualità

Nella **tabella 1** è rappresentata la distribuzione dello score di qualità suddiviso per patologia: il 24,3% dei casi (59/243) è stato gestito in modo corrispondente alle linee guida (score = 0), il 19,34% (47/243) ha avuto una gestione molto discordante dalle linee guida in più di due punti decisivi (score totale uguale o minore di 3); l'asma è stata la patologia con score medio più basso (1,06), cioè con andamento più corrispondente alle linee guida; le convulsioni febbrili quelle con score medio più alto (1,8).



Nella **figura 1** è analizzato lo score suddiviso per fasi dell'iter diagnostico-terapeutico (di tutte le patologie considerate insieme): lo score più basso si è verificato nella fase ricovero e quello più alto nella fase terapia. Il 28% delle famiglie (32/243) non ha avuto una buona comprensione circa la malattia del bambino (causa, conseguenze, tipo di terapia o profilassi da eseguire, eventuali esami di laboratorio o strumentali); il 13,2% (32/243) delle famiglie non è in grado di gestire autonomamente la patologia del bambino.

La distribuzione dello score per fasi è risultata tuttavia molto disomogenea da patologia a patologia (vedi a titolo esemplificativo le **figure 2 e 3** riguardanti la distribuzione dello score per fasi per le CF e le OMAR).

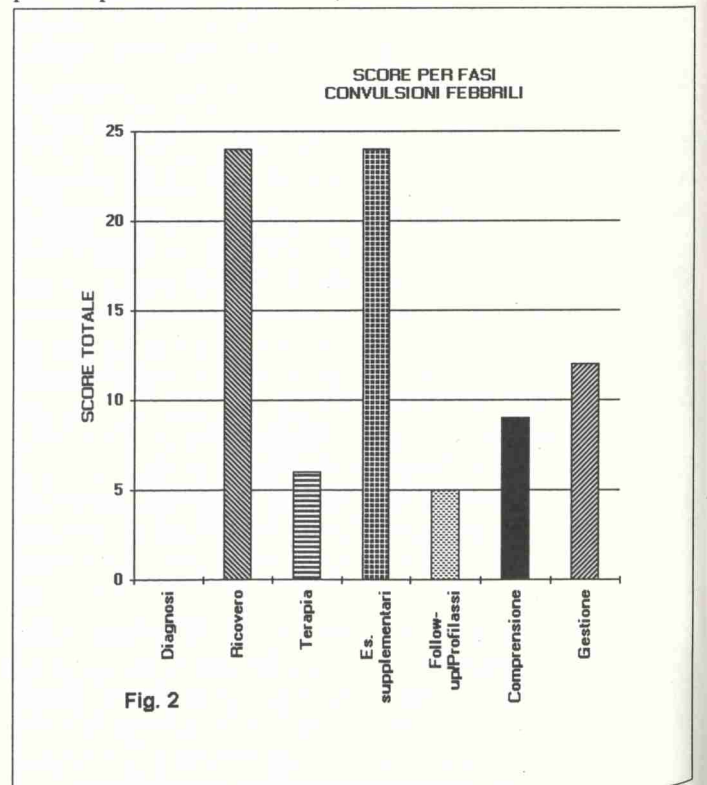
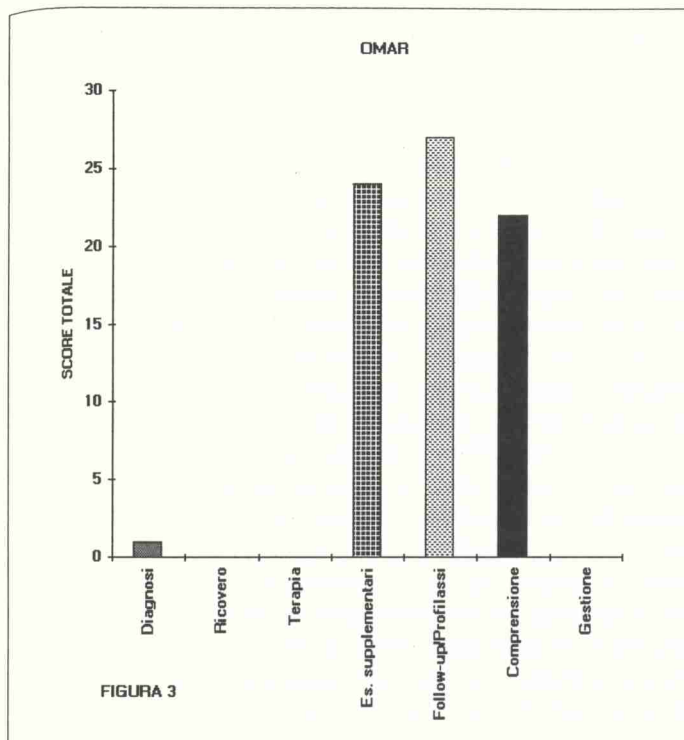


Fig. 2



Le CF sono state la patologia per la quale ci si è maggiormente discostati dalle linee guida. In particolare, più dell'80% dei bambini sono stati ricoverati e, in gran parte dei casi (66%), tali ricoveri sono stati impropri soprattutto perché le degenze si sono eccessivamente protratte nel tempo (> 24 ore). Inoltre, in 26 casi l'EEG è stato eseguito subito dopo la crisi e in alcuni casi, sono stati ripetuti inutilmente molti EEG (a ogni crisi semplice di CF).

Nelle OMAR, l'81% dei casi ha avuto uno score >0; l'errore più frequente è stato nel follow-up/profilassi: in 16 casi la profilassi farmacologica non è stata eseguita, in 26 ha avuto una durata inferiore ai 6 mesi. La concordanza tra le informazioni date dal pediatra e quelle riferite dalla famiglia rispetto a profilassi, ricovero ed esami è stata bassa (68%). Per quanto concerne gli esami supplementari l'errore più frequente è stata la non esecuzione dell'audiometria (26 casi).

Per le BP il 74% ha avuto uno score >0; l'errore più frequente è stato nella terapia, in particolare sono stati somministrati farmaci iniettabili come prima scelta, un secondo antibiotico inutilmente, il cortisone per via orale associato all'antibiotico.

Nelle IVU, il 72% ha presentato uno score >0; anche in tale patologia l'errore più frequente è stato riscontrato nella terapia iniziata in ritardo (rispetto all'esordio) o di durata insufficiente. Per quanto riguarda l'AS, il 66% ha presentato uno score >0; l'errore più frequente è stato nell'inizio tardivo, rispetto all'esordio, della somministrazione dei Beta 2 per via inalatoria e nella somministrazione di Beta 2 sottodosati o dati per via orale.

Ospedalizzazione

60 bambini (24,7%) sono stati ospedalizzati (di cui 2 nell'asma, 10 nelle BP, 36 nelle CF, 9 nelle IVU e 3 nelle

OMAR); la patologia per la quale si è ricoverato di più sono le CF (36/44 casi; 81,8%), seguite dalla BP (10/50 casi; 20%), le IVU (9/50 casi; 18%), le OMAR (3/48; 6,25%), gli AS (2/51; 3,9%).

Dei 60 ricoveri complessivi, 28 (46,6%) sono stati impropri; il ricovero improprio è eccezionale per AS, IVU, OMAR, frequente per le BP (4/10 casi; 40%), molto frequente per le CF (24/36 casi; 66,6%).

In 26/28 casi (92,9%) la decisione di ricoverare non è stata presa dal pediatra di libera scelta ma dal medico ospedaliero.

Concordanza pediatra/famiglia

Si è valutato il grado di concordanza tra le informazioni sull'andamento del caso fornite dal pediatra e quelle fornite dalla famiglia per ciascuna patologia confrontando la scheda intervista e la scheda pediatra rispetto a terapia, ricovero, esami supplementari; la concordanza è stata del 93,18% per le CF, dell'84% per le IVU, dell'80,39% per l'asma, del 76% per le BP, del 68,75% per le OMAR.

La compliance è stata valutata da pediatra come buona nell'83%, problematica nel 12%, sconosciuta nel 5%.

Farmaci

Sono stati utilizzati 81 farmaci diversi tra cui 31 antibiotici, 13 sciroppi antitosse/mucolitici, 9 vaccini anticatarrali/immunostimolanti.

Costi e costi/qualità

La **tabella 2** rappresenta i costi totali e per ciascuna patologia suddivisi per casi ospedalizzati e non la spesa totale è stata di

Patologia	SPESA		
	Non ricoverati	Ricoverati	Totale
AS	917.250	822.000	1.739.250
BP	3.609.740	33.570.000	37.179.740
CF	267.301	115.190.000	115.457.301
IVU	7.586.350	30.218.000	37.804.350
OMAR	4.506.930	4.541.000	9.047.930
Totale	16.887.571	184.341.000	201.228.571

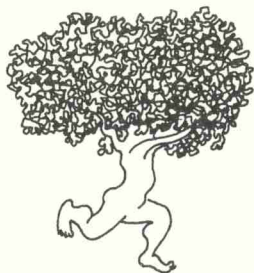
Tab. 2 Spesa totale per ciascuna patologia distribuita per il ricovero

201.228.570 milioni di cui 184.341.000 milioni sono stati spesi per i pazienti ricoverati.

La **tabella 3** illustra la spesa minima, media, mediana, massima per ciascuna patologia suddivisa per casi ospedalizzati e

		AS	BP	CF	IVU	OMAR	Totale
Spesa non ricoverati	n	49	40	8	41	54	183
	min	3.700	9.600	0	27.100	15.500	0
	media	18.719	90.244	33.413	185.033	100.154	92.282
	mediana	11.450	69.890	34.200	161.500	89.800	58.300
	max	141.080	353.500	88.100	616.700	248.400	616.700
Spesa ricoverati	n	2	10	36	9	3	60
	min	411.000	3.357.000	529.000	437.000	481.000	411.000
	media	411.000	3.357.000	3.199.722	3.357.556	1.513.667	3.072.350
	mediana	411.000	3.357.000	3.170.000	4.192.000	1.422.000	3.170.000
	max	411.000	3.357.000	9.522.000	4.192.000	2.638.000	9.522.000
Spesa totale (ricoverati e non ricoverati)	n	51	50	44	50	48	243
	min	3.700	9.600	0	27.100	15.500	0
	media	34.103	743.695	2.624.030	756.087	188.499	828.101
	mediana	12.000	88.075	3.170.000	207.050	94.900	93.800
	max	411.000	3.357.000	9.522.000	4.192.000	2.638.000	9.522.000

Tab. 3 Spesa minima, media, mediana e massima per ciascuna patologia



e per quelli non ospedalizzati. La **tabella 4** riporta la spesa complessiva per tutte le patologie, suddivisa per pazienti ricoverati e non,

		Score ricovero 0	Score ricovero 1	Totale
Spesa non ricoverati	somma	18.412.410	475.180	18.887.570
	n	181	2	183
Spesa ricoverati	media	90.676	237.580	92.282
	somma	88.481.000	95.860.000	184.341.000
Spesa totale (ricoverati e non ricoverati)	n	32	28	60
	media	2.785.031	3.423.571	3.072.350
Spesa totale (ricoverati e non ricoverati)	somma	104.893.410	96.335.160	201.228.570
	n	213	30	243
		media	492.457	3.211.172
				828.101

Tab. 4 Spesa media e totale distribuita per lo score del ricovero

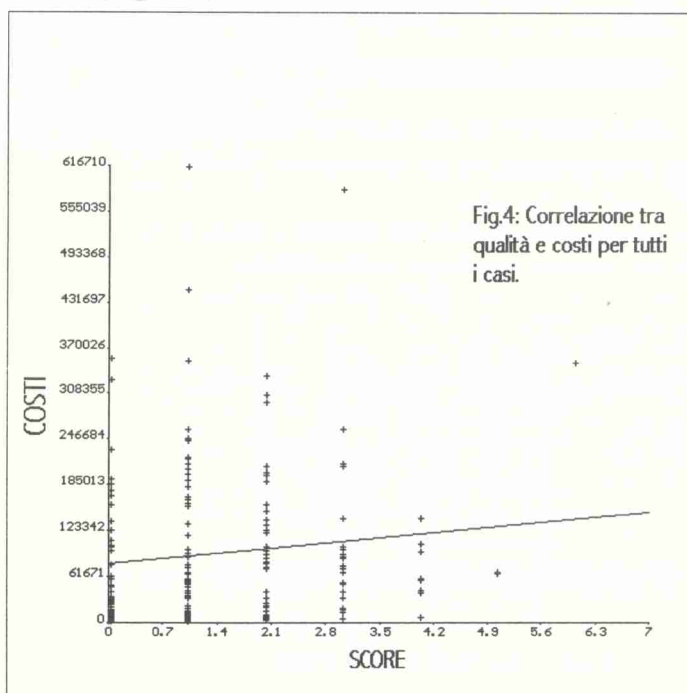
Score 0 = decisione di ricoverare o non ricoverare appropriata
Score 1 = decisione di ricoverare o non ricoverare inappropriata

in rapporto al giudizio di appropriatezza sulle decisioni rispettivamente di ricoverare, o no. Risulta che due casi sono stati inappropriatamente non ricoverati e 28 inappropriatamente ricoverati. La spesa complessiva per questi ultimi è stata di lire 95.860.000. La **tabella 5**, infine, illustra la spesa (esclusi i ricoveri) rispettivamente per i casi con score 0 o con score

	Spesa media dei casi con score 0	Spesa media dei casi con score > 0	Differenza
AS	16.068	19.889	3.821
BP	41.878	113.532	71.654
CF	25.767	47.500	21.733
IVU	130.146	210.498	80.352
OMAR	112.316	97.524	-14.792
TOTALE	66.406	103.338	36.932

Tab. 5 Spesa media dei casi non ricoverati (n=183) rispetto allo score

superiore a 0. La spesa risulta superiore nei casi con score superiore a 0 per tutte le patologie a eccezione delle OMAR. È stata fatta (regressione lineare) anche un'analisi del rapporto tra score di qualità e costi su tutti i casi, con risultato non significativo (**Figura 4**)



Discussione

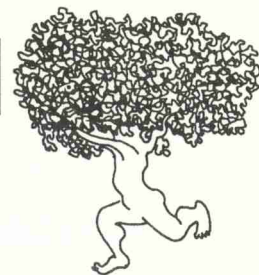
Qualità delle cure

L'analisi evidenzia che la qualità delle cure non è stata, nel complesso, soddisfacente. Tale risultato appare, a prima vista, sorprendente se si considera che le patologie pediatriche scelte come indicatori sono comuni e che i pediatri di libera scelta partecipanti esercitano sul territorio da una media di 9 anni, sono tutti appartenenti a gruppi organizzati e hanno spontaneamente aderito allo studio: tutti fattori che ne fanno un campione selezionato al meglio. Il punto fondamentale che va sottolineato a questo proposito è che questa ricerca non ha misurato le conoscenze delle linee-guida, né si è limitata a misurare ciò che il pediatra di libera scelta diceva o prescriveva, ma ha di fatto misurato quel che è successo nella realtà mettendo in evidenza che ciò che succede (al paziente) nella realtà dipende anche da altri soggetti sanitari (vedi la gran parte dei ricoveri impropri quasi mai decisi dal pediatra di libera scelta) e dall'interazione tra i vari soggetti e la famiglia. Come copiosa letteratura ha dimostrato (4), e come vuole il senso comune ("dal dire al fare..."), il grado di implementazione nella pratica di linee guida dipende solo in parte da ciò che il medico sa. Dipende in misura anche maggiore da quello che il medico vuole e può fare, e, in ogni caso, anche da quello che farà il paziente o altri operatori del sistema sanitario.

La prima conclusione da trarre da questi dati è che: per risultare utile, l'adozione di linee-guida per la pratica pediatrica generale non può che coinvolgere anche i pediatri ospedalieri e gli specialisti. Questa constatazione tuttavia non deve condurre a trasferire la responsabilità in una sorta di terra di nessuno, ma a capire meglio la natura dei problemi e le soluzioni possibili. Per esempio, è emerso che più di 1 famiglia su 4 non ha compreso bene dal suo pediatra (o dall'ospedale o dallo specialista) la malattia del bambino, la causa, le eventuali conseguenze, il tipo di terapia o la profilassi da eseguire, gli eventuali esami di laboratorio o strumentali, e che una quota percentuale più bassa, ma comunque rilevante, di famiglie - quasi una su sette - non è stata in grado di gestire autonomamente la patologia del bambino. È evidente che tale incapacità assume una importanza fondamentale per alcune patologie e può condurre a conduzione non ottimale delle cure, indipendentemente dalle buone conoscenze e intenzioni del medico.

La seconda conclusione pratica: per il pediatra di libera scelta, come d'altronde per ogni altro medico operante a livello ambulatoriale, il problema di curare la compliance e la comprensione da parte del paziente è cruciale. Le linee guida recentemente sviluppate dall'OMS per le cure extraospedaliere del bambino, e indirizzate specificamente a paesi in via di sviluppo, sono per circa il 20% dedicate alle modalità per una efficace comunicazione con le madri che si curano del bambino. Questo perché si è scientificamente misurato il peso del problema della insufficiente comunicazione. Non ci troviamo certo in un paese in via di sviluppo ma i dati raccolti dimostrano che anche da noi attenzione sufficiente deve essere dedicata in futuro a questi aspetti (come d'altronde si è già iniziato a fare attraverso varie iniziative dei gruppi locali: corsi di counselling etc).

La distribuzione dello score per ambiti all'interno di ciascuna



patologia, ha messo poi in luce alcune difficoltà specifiche delle diverse condizioni.

Costi e costi/qualità

Non essendo disponibili standard di riferimento per i costi nelle pratica pediatrica ambulatoriale, è difficile commentare il dato della spesa totale in assoluto. Non c'è stata correlazione significativa né diretta né inversa tra score di qualità e costi. Tuttavia è facilmente osservabile che il 92% della spesa è riferibile ai ricoveri e che 96.335.160 sono stati spesi per i ricoveri impropri (47,8% della spesa totale).

La comprimibilità della spesa per le cure puramente ambulatoriali, espressa dalla differenza tra la spesa effettivamente sostenuta e la spesa media dei casi con score uguale a \emptyset - cioè condotti in modo corrispondente alle linee-guida - è anch'essa misurabile (4.395.000) ma di entità molto modesta. La spesa è minore nei casi a score = \emptyset per tutte le patologie con l'eccezione delle OMAR. Questo ultimo dato si spiega con il fatto che l'audiometria era considerata come componente essenziale delle buone cure, e con il fatto che la spesa di un solo episodio di OMA è stata conteggiata per coloro che non hanno fatto la profilassi.

Simulazioni a tavolino hanno peraltro indicato che, sul lungo periodo, la scelta della profilassi continua comporta comunque dei risparmi (5). *La terza conclusione da trarre dallo studio è perciò che l'ipotesi iniziale secondo la quale a cure di qualità migliore potessero corrispondere costi minori è dunque senz'altro verificata se si tiene conto dei ricoveri impropri, mentre per quanto riguarda le cure ambulatoriali si può affermare che l'adesione a linee guida non comporta spese maggiori ma, forse, un piccolo risparmio.*

Tale conclusione si concilia con quella di uno studio condotto negli Stati Uniti in cui si dimostrava che i sistemi che offrivano cure a minor costo non solo non offrivano cure di qualità inferiore ma in molti casi anche superiore (6).

Va sottolineato che lo studio non poteva prendere in considerazione l'esito delle cure ma solo il procedimento, per cui non tiene in considerazione i danni e i costi che possono derivare da una cattiva gestione di una patologia, come i problemi uditivi e di linguaggio nelle OMAR non profilassate o i danni renali nelle infezioni delle vie urinarie non prontamente riconosciute o non adeguatamente indagate per i reflussi o, ancora, i possibili effetti collaterali da profilassi continua nelle CF e le ricadute sulla famiglia di eventuali anomalie minori "svelate" da inutili EEG.

Alcune considerazioni vanno fatte sulle metodologie adottate. Sono state fatte di necessità alcune scelte discutibili per quanto riguarda l'attribuzione dello score e dei costi.

In ogni caso, si sono scelte le metodologie che riducevano al massimo l'arbitrarietà del giudizio, a volte a scapito della veridicità dei dati. Per esempio non si sono conteggiati i costi indiretti.

La mancata concordanza tra famiglia e pediatra ha certo creato problemi nell'attribuzione dello score ma riteniamo che la scelta di considerare come più verosimili i dati forniti dalla famiglia sia stata giusta. Conta infatti quello che effettivamente è successo e non ciò che il pediatra si attendeva. Sono stati con-

siderati accettabili gli inevitabili bias di memoria delle famiglie, poiché si trattava di episodi recenti e di un certo peso e i bias di osservazione e interpretazione dell'intervistatore legati al fatto che era a conoscenza dei gold standard. Il temuto bias di selezione dei pediatri, dovuto all'autoselezione dei partecipanti allo studio, sembra proprio che non abbia impedito di mettere in luce le differenze e gli aspetti critici.

Va ancora detto che lo studio ha prodotto una rilevante quantità di dati, gran parte dei quali devono ancora essere analizzati (per esempio l'analisi per gruppi, la differenza tra nord-centro-sud Italia, la correlazione tra lo score di qualità e le caratteristiche del pediatra o delle famiglie, l'utilizzo corretto dei farmaci e la correlazione con la qualità e i costi, l'analisi della compliance da parte delle famiglie, l'analisi dei costi per patologia) e fatti oggetto di discussione e pubblicazione. In questo senso, lo studio è stato molto produttivo anche di ipotesi per future ricerche.

I dati presentati in questo articolo sono stati discussi al Congresso di Tabiano dell'ottobre 1995 e inviati ai gruppi per un audit interno che non ha mancato di suscitare utili discussioni sulla pratica.

Bibliografia

1. Maciocco G. *L'era dei limiti. Il razionamento dell'assistenza sanitaria. Cuamm notizie. Salute e Sviluppo. 1994; 3: 19-32.*
2. Stefanini A. *Imparare dagli altri. Dieci lezioni per non ripetere gli stessi errori. Medico e Bambino. 1996; 1: 39-41.*
3. Cattaneo A. *Per una medicina più razionale e più giusta. Cuamm notizie. Salute e Sviluppo. 1995; 1: 3-7.*
4. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. *A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. JAMA 1995; 274: 700-8.*
5. Buzzetti R, Alfieri R, Marzulli G, Caso G, Venturelli L. *La profilassi farmacologica delle otiti ricorrenti. Applicazione di un'analisi economica. Atti delle V Giornate Europee di Pediatria Extraospedaliera. Girona, Spagna, 14/11/1993.*
6. Starfield B, Powe NR, Weiner J R, Stuart M, Steinwachs D, Scholle SH, Gerstenberger A. *Cost vs Quality in Different Types of Primary Care Setting. JAMA 1994; 272: 1903-1908.*



AUSTRALIA MEDICI FRUSTRATI E MEDICINA ALTERNATIVA

Il centro australiano di studi epidemiologici ha condotto una ricerca sulla soddisfazione e sulle insoddisfazioni dei medici generici australiani. Ebbene, i medici sono molto insoddisfatti.

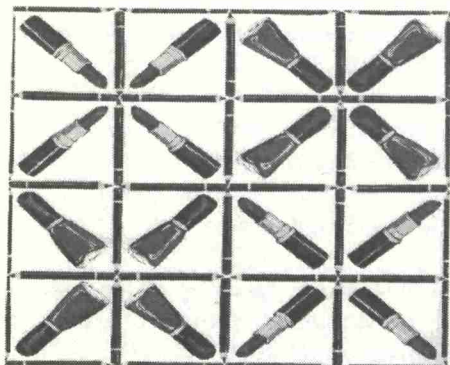
Di che cosa si lamentano?

Il 95% di essi non si ritiene apprezzato dal governo, l'87% si lamenta delle interferenze amministrative sull'esercizio della professione, l'83% delle cause civili promosse dai clienti, l'81% del superlavoro orario, l'80% di non essere apprezzato dai colleghi ospedalieri, il 65% dai colleghi della medicina di comunità. Il 35% vorrebbe smettere ma non può di fare il medico generico.

Un disastro, insomma.

Sempre dall'Australia, viene una valutazione di che cosa si spenderebbe se il servizio sanitario "passasse" gratuitamente le prestazioni mediche e le medicine alternative (chiropratica, agopuntura, omeopatia, iridologia, riflessologia, aromaterapia, terapia erbale, osteopatia, naturopatia): complessivamente si spenderebbe un miliardo di dollari australiani in più. Per paragone si tenga presente che il costo australiano della farmaceutica è di 360 milioni di dollari australiani, cioè circa un terzo di questa cifra.

Negli USA la spesa per le medicine alternative sarebbe, invece, di 13.7 miliardi di dollari in più: il doppio della somma che gli USA spendono ogni anno per la protezione ambientale.



LA BANCA MONDIALE CAMBIA POLITICA?

La Banca Mondiale (BM) è stata accusata in passato di essere una istituzione a politica rigidamente monetaristica e di rappresentare il braccio armato (di dollari!) della politica economica degli USA nel mondo.

È stata accusata di abbandonare al loro destino i paesi che avevano avuto, o avrebbero avuto, bisogno di prestiti per lottare contro una incontrollabile disoccupazione; è stata accusata di azzoppare i progetti di Welfare dei paesi in via di sviluppo. Il suo motto - si diceva - era contenuto nelle 3D: Deflation, Devolution, Deregulation.

Tre filosofie assai sgradevoli per le popolazioni dei paesi in via di sviluppo e applicate, con seri problemi per le classi medie e povere (innanzitutto, gravosi aumenti del costo della vita), prima in Argentina e poi in Brasile.

Dal 1993, la BM sembra avere assunto un atteggiamento di maggiore attenzione ai problemi della salute: ha pubblicato in quell'anno il rapporto su "lo sviluppo del mondo: investire in salute" a proposito del quale *Lancet* scrisse che si era verificato un cambiamento nella leadership della salute: dall'OMS alla BM.

L'attuale 9° presidente, Wolfensohn, ha scritto di recente (*Lancet* 1996;347:411) di volere "rimuovere il blocco che la burocrazia bancaria aveva congelato dentro la nostra istituzione".

I mutui concessi dalla BM ammontano a 23 miliardi di dollari.

I progetti per la promozione della salute consistono in 8 miliardi ripartiti in 170 progetti in 80 paesi. È prevista una aggiunta di 2 miliardi di dollari per ogni anno, equivalenti a 25 nuovi progetti per la salute per anno.

Con questi finanziamenti la BM diventa l'agenzia più importante per la tutela della salute nel mondo.

Deve, però, ancora conquistarsi la leadership morale.

MORTALITÀ INFANTILE FRA GLI INDIOS BRASILIANI

La "Brazil Indian National Foundation" ha reso noto le cause di mortalità infantile fra i 330.000 indios che abitano il Brasile.

Il 43% della mortalità interessa l'età inferiore a 6 anni. Le infezioni respiratorie incidono per il 15%, i traumi per il 16%, la diarrea per l'11%, la malnutrizione per il 10%, la malaria per il 5%, le malattie degenerative per il 7%, le cause sconosciute per il 24%.

In Amazzonia l'attesa di vita è di 43 anni.

L'UMANITÀ AMA I BAMBINI

Le cifre della sessione annuale della commissione delle Nazioni Unite per i diritti dell'uomo presentate il 16 aprile 1996 da Graça Simbine Machel a Ginevra sono le seguenti:

GUERRE

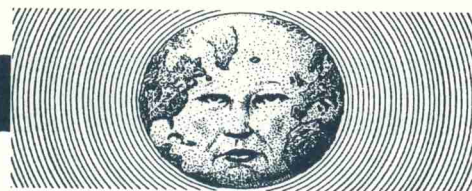
Negli ultimi 10 anni sono:
2.000.000 i bambini morti,
5.000.000 i bambini feriti o mutilati,
12.000.000 i bambini orfani,
un numero imprecisato ma, comunque molti milioni sono i ragazzini e i bimbettini di 9 - 10 anni che impugnano le armi.

"MERCATO DEL LAVORO"

15.000.000, i bambini schiavi (principalmente in Perù, Africa, India, Bangladesh) o costretti a prostituirsi.

"SESSUALITÀ"

Ignota la cifra dei bambini violentati; ignota la quota dei bambini che si ammalano di AIDS per effetto della prostituzione o della violenza sessuale.



C'È LA SINDROME DEL GOLFO?

La "sindrome del Golfo", cioè una particolare malattia che interessa coloro che, come soldati, hanno partecipato alla guerra del Golfo Persico (1990-91), pare non ci sia.

Così ha concluso la commissione nominata per individuare la presenza di eventuali patologie anomale fra i reduci della guerra o la presenza, in misura anomala, di patologie note (JAMA 1996; 275:118).

In Gran Bretagna invece, il ministro della Difesa, facendo propria una raccomandazione della Camera dei comuni ha istituito una commissione per verificare, dopo il risultato negativo della omologa commissione americana, la esistenza o meno della sindrome del Golfo fra i reduci britannici della guerra contro l'Iraq.

La ricerca, commissionata al Medical Research Council, è uno studio di coorte che confronterà soldati che sono stati nel Golfo Persico con un gruppo di controllo costituito da militari che non sono andati a combattere e sono rimasti in Gran Bretagna nei servizi di supporto.

Si tratta di cercare di individuare sia malattie negli ex combattenti che malattie o difetti di nascita nei loro figli.

Coloro che sostengono la esistenza della sindrome del Golfo fanno riferimento ai danni possibili da combustione del petrolio, ai danni dei pesticidi usati, dei cocktail di vaccini e di farmaci adoperati.

I sintomi riportati, sempre in maniera aneddotica, sono stanchezza, perdita di memoria, dolori articolari, malattie del motoneurone, leucemie. Oltre a questi sintomi, è stato imputato alla guerra del Golfo un numero molto alto di nati morti e di difetti di nascita.

LA MIRACOLOSA MELATONINA

Il Ministero della Sanità ha tolto dal commercio il preparato italiano a base di melatonina.

Cos'è la melatonina (M)?

È una sostanza prodotta nell'epifisi, diventata famosa da quando in USA è uscito il libro *-The melatonin miracle*, opera di due medici: W. Pierpaoli e W. Regelson - nel quale la M era presentata, scusate se è poco, come capace di "delay ageing, combat disease (including cancer), prolong sexual vitality and cure insomnia". Con questo pedigree, negli States le vendite di M, preparata sinteticamente e venduta liberamente e senza necessità di prescrizione, hanno superato quelle della vitamina C.

I veri ricercatori che si sono occupati della M (D. Klein e J. Arendt) pensano che, in effetti, la sostanza possa avere usi farmacologici ma che il prolungamento della vita (l'indicazione è derivata dal fatto che il 25% dei topi trattati ha un aumento della durata della vita) non sia fra questi.

La M ha un picco nel giovane tra le ore 18 e le ore 21 e una secrezione più alta di quella di base, fra le 21 e le 24. Nell'anziano il picco si perde e la curva di secrezione si appiattisce (D. Bonn Lancet 1996; 347:184).

Un'azione che sembra invece suggestivamente provata da studi condotti, anche se per un tempo breve, è il miglioramento della qualità del sonno nell'anziano.

Potrebbe essere, insomma, che la M agisca come un marcatempo interno che tuteli il ritmo circadiano. Potrebbe tornare utile, perciò, nella sindrome del fuso orario (Arendt ha ottenuto successi nel 52% dei casi) e in coloro, come gli infermieri, che lavorano di notte.

In questi la M, somministrata nella prima sera, può ricostruire il ritmo circadiano della secrezione e, somministrata alla fine del turno (6 o 7 del mattino), può indurre un sonno fisiologico.

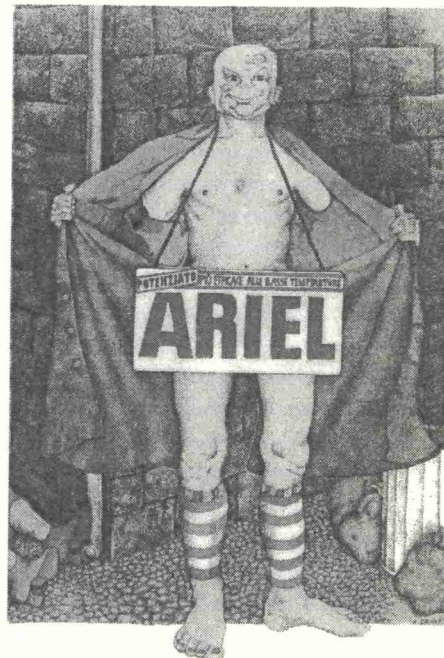
La suggestione che la M possa ridurre l'incidenza di tumore è basata sulla dimostrazione di una correlazione fra calcificazione della pineale e il tumore della

mammella. Come si vede, una dimostrazione molto debole. Vi sono anche riferimenti occasionali e aneddotici di sopravvivenza prolungata in malati con tumori metastatizzati.

Nessuna dimostrazione invece, anche se indiretta, neppure sull'animale, per l'aumentata potenza sessuale riferita all'uso di M.

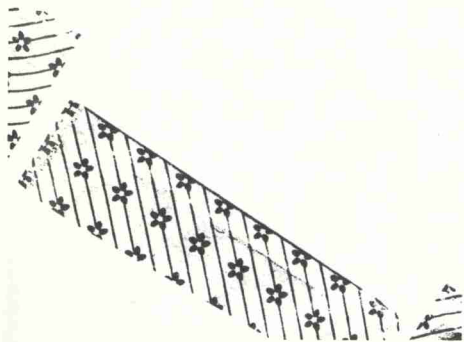
Non vi sono dati né sulle interazioni farmacologiche né sull'uso in gravidanza e nell'età evolutiva.

Come si diceva, la M si può tuttora liberamente acquistare in USA; in Gran Bretagna e Canada è classificata come "farmaco" e sottoposta alla legislazione sui farmaci.



ISRAELE E IL SANGUE DEGLI ETIOPI

Che dimensioni ha la sieropositività per HIV dei donatori di sangue etiopici (60% militari) che ha portato le autorità sanitarie israeliane a "scartare" le loro donazioni? Lancet (1996;347:389) riporta dei dati, naturalmente di derivazione israeliana: la sieropositività fra tutti i donatori di sangue è, in Israele, dello 0.002%; fra i donatori etiopici è dello 0.16%.



La storia del Latte

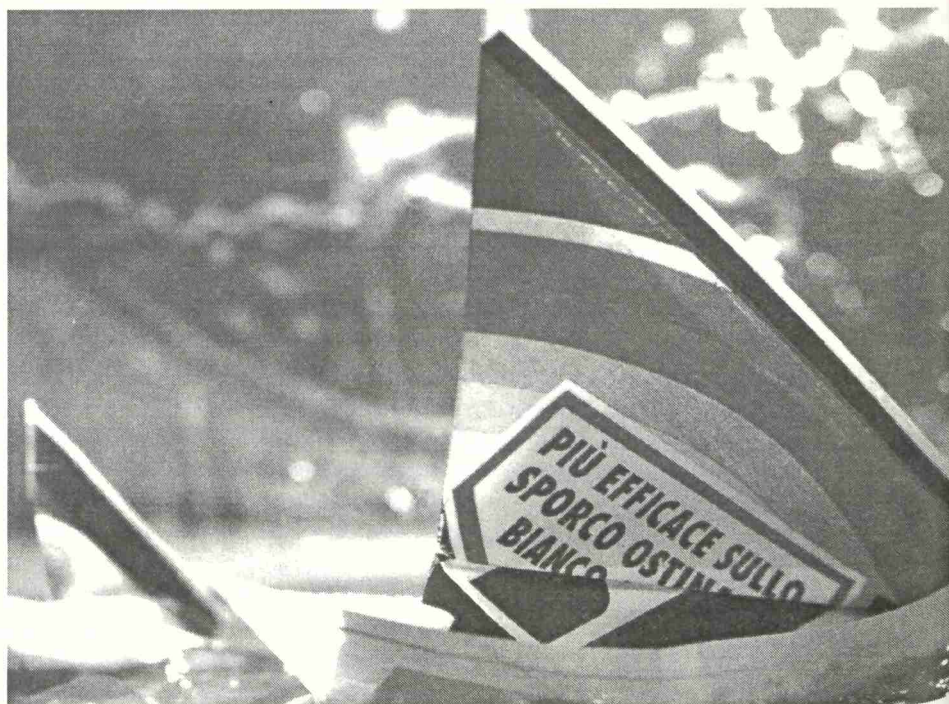
di Giancarlo Biasini

Una analisi storica sui lattati cosiddetti artificiali consente di affermare che, nella metà del 1800, in Europa occidentale, il 90% dei bambini era allattato al seno, mentre il 10% era allattato con latte "artificiale".

L'artificio derivava dall'uso di uno "strumento" per allattare: il poppatoio. Gli allattati al seno non lo erano sempre al seno della madre ma spesso a quello della balia. La scelta del baliatico nasceva, nei ceti che se lo potevano permettere, dalla necessità di alimentare il bambino con il latte di donna ma, contemporaneamente, dal desiderio di svincolare la madre da obblighi troppo incombenti di farla tornare "in forma e in bellezza" e, secondo alcuni psicologi, dal desiderio maschile di non perdere i privilegi sessuali loro attribuiti dalla cultura dominante. Nei paesi islamici, invece, la scelta di diventare balia può, ancora oggi, rappresentare un modo per evitare le incombenze di lavori domestici di particolare impegno. Aveva e ha, quindi, un significato profondamente diverso. Nella seconda metà del 1800, però, viene resa pubblica una ricerca, condotta in Francia, a Bordeaux, secondo la quale ai bambini affidati alle balie toccava una mortalità sei volte superiore a quella dei bambini che mangiavano il latte della loro madre. È probabile che la ricerca avesse qualche bias di selezione ma essa ebbe una diffusione notevole e determinò seri dubbi sulla bontà del baliatico. D'altra parte i ceti popolari vedevano con sempre minore simpatia l'abbandono dei figli da parte delle nutrici che andavano "a baliatico", per guadagnare

vitto, alloggio e qualche soldo. L'uso del latte di mucca era però vivamente sconsigliato dai medici. Nel 1886 V. Migliori, in un libretto di "educazione sanitaria" dedicato alle madri, riteneva che l'allattamento con il latte di mucca al poppatoio difficilmente avrebbe potuto sopravvivere. Se fosse sopravvissuto sarebbe stato così fragile che sarebbe stata preferibile la non sopravvivenza. I. Gallico, in un libretto scritto per i medici, affermava duramente che l'allattamento con il latte di mucca al poppatoio "dovrebbe essere sempre proscritto". I "danni" da latte vaccino avevano d'altra parte una storia già antica: a metà del 1700, Eggert Olafson, medico, aveva già riferito che in Islanda si era verificato un abbandono massiccio dell'allattamento al seno, dopo la 2^a-3^a settimana di vita e si era avuta una elevazione così grande della mortalità infantile da mettere in pericolo la sopravvivenza della popolazione nell'isola, che allora era

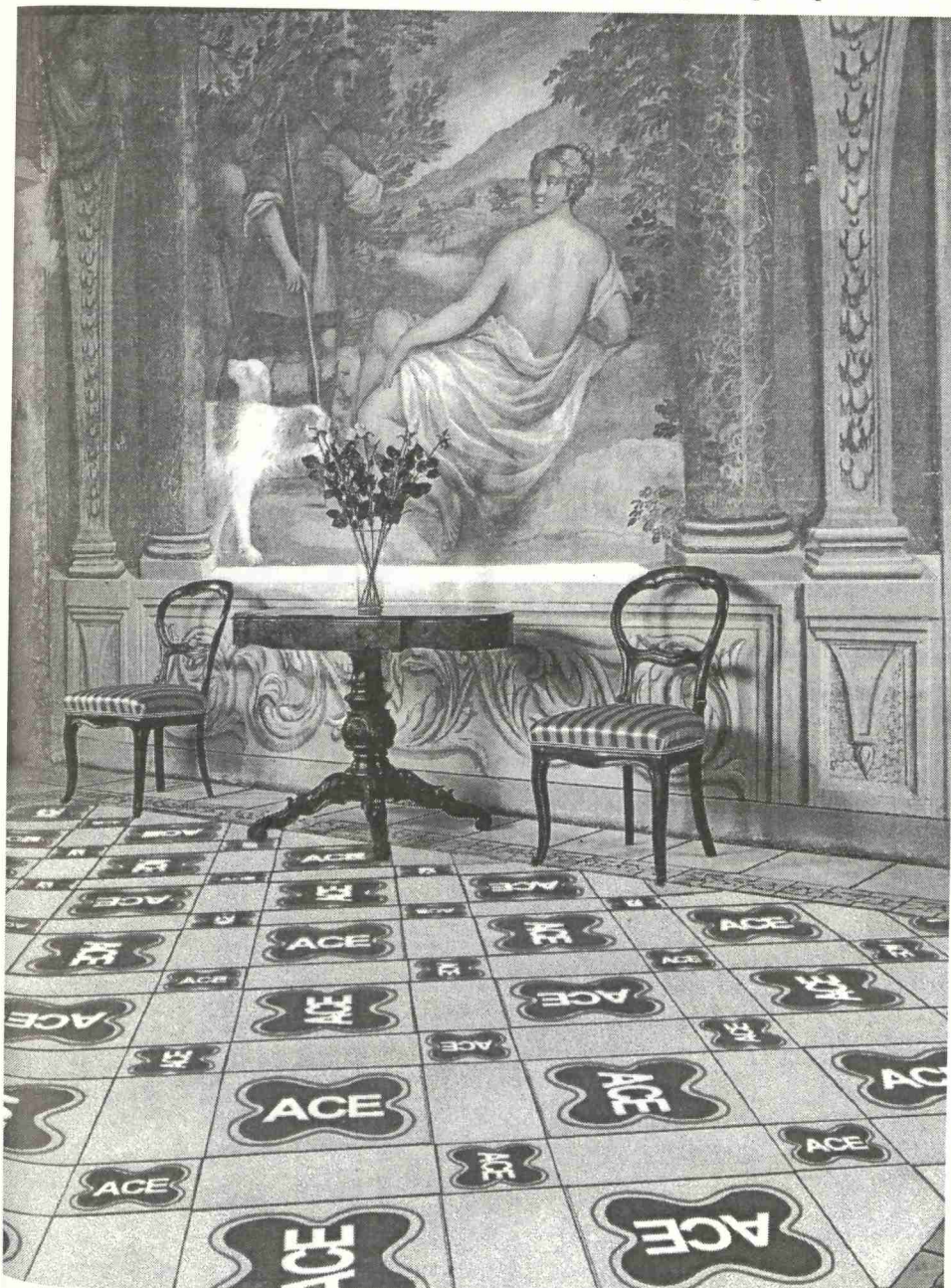
di poche migliaia di persone. Quell'atteggiamento delle donne islandesi, che era largamente approvato dai maschi della comunità, secondo gli antropologi, era sostenuto dalla concezione unitaria della islandicità che della terra, degli animali (mucche, pecore), degli uomini faceva un tutt'uno (l'islandicità appunto) e tutto questo utilizzava ideologicamente contro la dominazione danese. *A due terzi dell'Ottocento in Europa la mortalità negli "esposti", cioè nei trovatelli, alimentati al poppatoio era del 50%; in Francia e a New York, allora particolarmente povera, era addirittura vicina al 100%.* Le miscele che si usavano al poppatoio erano diverse: dalla Germania (la cultura medica europea, in quel tempo, parlava tedesco) venivano le formule di Liebig: latte, acqua, farine, bicarbonati. Nel nostro paese un pizzico di italica fantasia suggeriva a Gallico e a Migliori di utilizzare, su 1000 parti di latte ricostituiti-



to "zuccheri di latte 148, zucchero di canna 400, calce 4, destrina 100, cloruro di sodio 4 e infine 650 grani (sic) di uovo bianco e giallo". Siamo al 1870. L'alta mortalità di cui sopra si è detto dipendeva, certo, più che dalla cattiva qualità delle formule, dalle condizioni igieniche con le quali il latte veniva preparato e conservato: si usavano bottiglie solo lavate, e con acqua non certo sterile e, talvolta, naturisticamente corna di mucca svuotate ("latte di mucca, corna di mucca"); le tettarelle erano di stoffa o di cuoio legate alla bottiglie da funicelle facilmente luride. Il rapporto fra l'infezione intestinale e la diarrea non era ancora noto nella seconda metà dell'ottocento anche se si

era inteso che il trasporto del latte era dannoso: infatti i medici italiani sconsigliavano l'allattamento al poppatoio, decisamente in città e meno nettamente in campagna dove mucca, capra e asina erano più vicine al bambino. Le cose cambiano alla fine del secolo quando vengono almeno sospettati i rapporti fra la diarrea ematica e l'infezione batterica per cui vengono suggerite almeno norme di pulizia nell'allattamento al poppatoio. Il grande cambiamento si ha nell'ultimo ventennio del secolo, con l'avvento della rivoluzione industriale che inizia la pastorizzazione del latte. In Danimarca la si pratica su vasta scala già nel 1890, anche se per scopi di tipo imprenditoriale-

commerciale: cioè per prolungare la vita del latte e non perdere ricavi troppo rapidamente. In questo frangente si verifica un atteggiamento dei medici che danneggia la salute dei bambini: i medici sconsigliano vivamente, infatti, il latte pastorizzato perché lo ritengono meno nutriente del latte fresco. Alla fine del secolo si cominciano a produrre industrialmente anche le tettarelle che vengono applicate senza legature al collo delle bottiglie. Ciò permette, almeno, una buona pulizia dello strumento. La mortalità rimane, comunque e ragionevolmente, più alta per gli allattati al poppatoio che al seno materno: 4 o 5 volte in Olanda (1908), 3 o 6 volte nell'est degli USA (1922), 10 volte a Chicago (1922). Nel Food and Drug non c'è ancora il capitolo degli alimenti speciali nell'infanzia che compare nel 1934. Nei primi decenni del secolo c'è ancora una doppia innovazione industriale: il latte condensato e, un decennio dopo, il latte in polvere. Da qui comincia una storia che dura tuttora. Il miglioramento delle condizioni di salute che si accompagnò all'ingresso dell'industria nella produzione del latte in polvere fu così evidente, rispetto al passato che, prima i medici e poi tutta l'opinione pubblica, lo attribuirono per intero al nuovo latte. A tal punto che, alla fine della prima metà di questo secolo negli USA, al grido di "the formula is equally good" l'allattamento materno alla dimissione dal luogo di nascita cadde al 30-40% e alla fine del 2° mese al 15%. Il resto è storia nostra.



Bibliografia

- Baines M.A. *Infant alimentation or artificial feeding as a substitute of breast milk*. 1861
- Cone T.E. *History of american pediatrics*. Little Brown. Boston 1979
- Corvino C. *Le madri del latte*. Rivista di scienza ed arte della salute; 1995 1:22
- Fomon J.S. *Nutrition of normal infant*. Mosby, St. Louis. 1993 pg 6-33
- Gallico I. *Igiene dei bambini*. Martini Ed. Firenze 1967
- Migliori V. *Dell'allattamento*. Ciardelli Ed. Firenze 1886
- Reniers J.R et al. *Breast feeding in industrialized countries*. Rev. Epidem. et Santé Pubbl. 1983; 31:347

Prosegue con questo numero l'analisi delle relazioni tra alcuni indicatori socio-demografici ed eventi sanitari riguardanti l'infanzia.

Questa volta, viene presa in esame la mortalità infantile, cioè la mortalità nel primo anno di vita.

mentre, per converso, alcuni bambini nati nel 1991 sono deceduti nel 1992 e risultano quindi esclusi.

Il tasso grezzo di mortalità infantile è risultato dell'8,2 x 1000. Nella **fig. 1** sono presentati i tassi disaggregati per età materna. La mortalità è elevata quando la madre è molto giovane; raggiunge il valore minimo nella classe 25-29 anni e risale, successivamente, fino a un tasso massimo di 15 x 1000 al di sopra dei 40 anni. L'aumento della mortalità oltre 29 anni può essere in parte spiegato dalla maggiore frequenza di nascite pretermi-

La mortalità infantile e alcuni indicatori sociodemografici

I dati sono stati ricavati dal volume ISTAT "Nascite e Decessi, anno 1991". Poiché essi vengono pubblicati come frequenze assolute e con disaggregazioni che non corrispondono a quelle qui illustrate, è stato necessario effettuare alcune elaborazioni supplementari. I dati relativi al denominatore e al numeratore adoperati per il calcolo dei tassi provengono da due rivelazioni differenti (quella dei nati vivi e quella dei morti nel primo anno di vita); e può, pertanto, accadere che una particolare informazione risulti mancante in una rivelazione ma non nell'altra, con conseguente lieve distorsione dei tassi stessi, tale, comunque, da non alterare il quadro generale dei fenomeni. Inoltre, gli eventi del numeratore e del denominatore - cioè, decessi e nati vivi - sono quelli verificatisi nell'anno solare 1991 ma si riferiscono a coorti di soggetti in parte differenti. Infatti, fra i deceduti sono inclusi anche bambini nati nel 1990,

ne al di sopra di questa età, come è stato già visto nella puntata precedente di questa rubrica.

Dalla **fig. 2** si ricava che la mortalità infantile aumenta al diminuire della scolarità materna; i valori relativi alle mamme con scolarità superiore o laurea sono molto simili.

L'effetto dell'età e quello della scolarità materna sulla mortalità infantile sembrano indipendenti, come suggeriscono i risultati dopo stratificazione per le due variabili contemporaneamente (**fig. 3**). In ciascuna classe d'età, è infatti possibile riconoscere la relazione inversa tra scolarità e mortalità. L'unica eccezione è rappresentata dalla mortalità dei figli delle laureate nella classe 35-39 anni, che raggiunge un valore molto vicino a quello osservato per i figli delle donne con licenza elementare o con titolo di studio non indicato. Dalla **fig. 3** si può notare, comunque, come le differenze tra scolarità tendano a essere più accentuate al di sotto di 25 e al di sopra di 40 anni.

Fig 1: Mortalità infantile nel 1991 per età materna

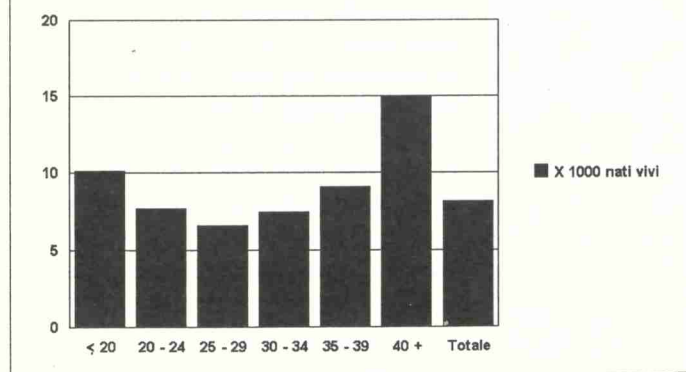
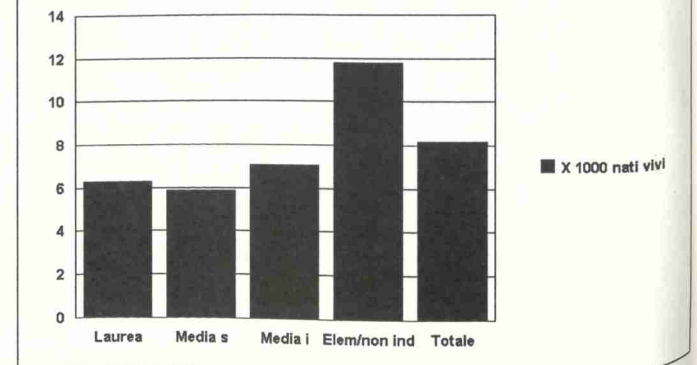


Fig 2: Mortalità infantile nel 1991 per scolarità materna



I tassi di mortalità infantile, mortalità neonatale e mortalità post-natale, più bassi sono stati rilevati per i figli di donne con lavoro dipendente (figg. 4 e 5); per le altre categorie, anche se con lavoro in un rango più elevato nella scala sociale, come liberi professionisti, dirigenti o impiegati, i tassi sono più alti. È possibile che queste differenze esprimano il vantaggio e, quindi, l'effetto positivo sulla salute di un lavoro dipendente protetto da una legislazione per la tutela della maternità fra i più avanzati al mondo (per quanto tempo ancora?).

Complessivamente, la mortalità dei figli delle donne che lavorano è più bassa di quella dei figli delle donne che non lavorano. In questo caso, l'età gestazionale non produce probabilmente alcun effetto, dal momento che non sono state rilevate differenze di distribuzione del parto pretermine per professione materna.

Ripetiamo ancora una volta che ci troviamo verosimilmente di fronte a un fenomeno riconducibile all'*healthy worker effect*, già visto per la natimortalità e che può essere spiegato considerando che la condizione di lavoratore è espressione di alta appartenenza e protezione sociale, maggiore informazione e conoscenza, migliore comportamento sanitario e uso dei servizi che si traducono, tra l'altro, in migliori condizioni di salute, anche per i figli, e in più favorevoli esiti riproduttivi.



Fig 3: Mortalità infantile nel 1991 per età e scolarità materna

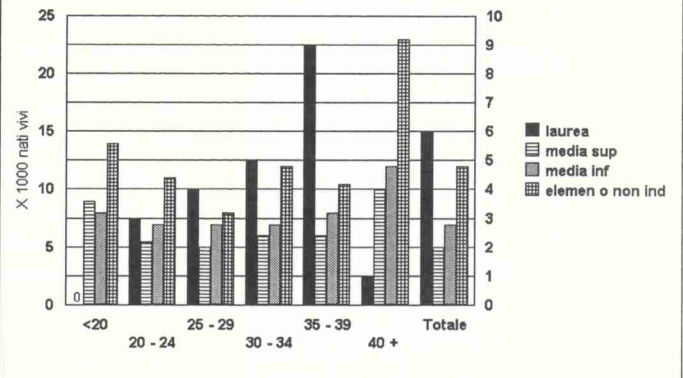


Fig 4: Mortalità infantile nel 1991 per professione materna

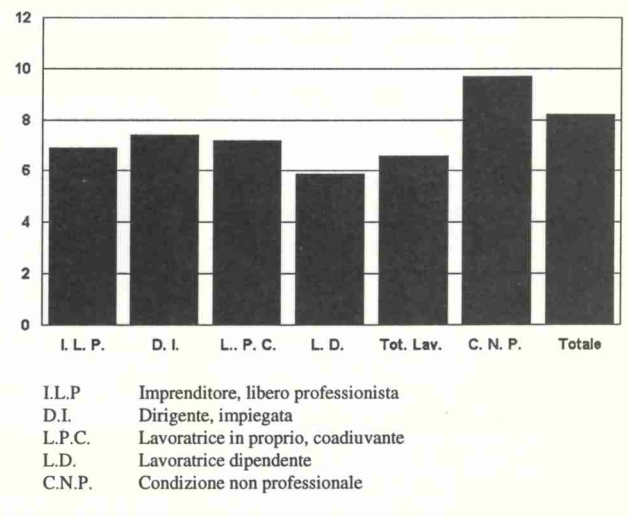
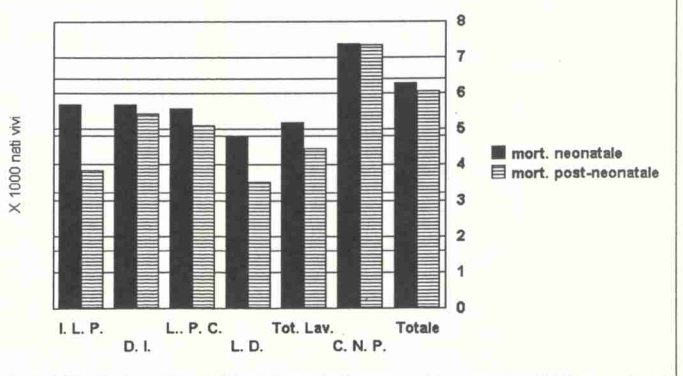
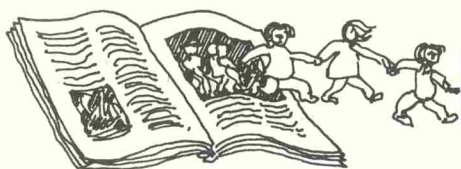


Fig 5: Mortalità neonatale e postneonatale nel 1991 per professione materna





WWF E ACP: L'ACCORDO È SIGLATO

Ecco il testo dell'accordo ufficiale di collaborazione tra la nostra Associazione e il Fondo Mondiale per la Natura, firmato il 23 febbraio scorso dal presidente del WWF Italia, Grazia Francescato e dal presidente ACP, Giancarlo Biasini.

Premesso che

il WWF Italia Fondo Mondiale per la Natura ha avviato nel 1993 la campagna triennale "Riconquista della Città", che ha come obiettivi prioritari quelli di favorire il recupero del rapporto delle comunità sociali con il proprio territorio di vita e di sviluppare un'intensa attività educativa su questi temi in ambito scolastico, e un modello di collaborazione-integrazione a livello locale fra strutture pubbliche e Associazioni che abbiano un ruolo nel migliorare la qualità dell'ambiente umano con particolare riferimento ai bisogni e alle esigenze dei bambini;

e che

l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) conduce, fra l'altro, un'attività culturale sui temi del rapporto fra bambini e ambiente urbano ed extraurbano e sul "bambino a rischio sociale" che ha indubbe connessioni con la struttura urbanistica della città e, più in generale, del territorio, dell'ambiente e degli stili di vita;

si conviene che

ARTICOLO 1

WWF e Associazione Culturale Pediatri si impegnano a ricercare ogni forma possibile di collaborazione in ordine a iniziative comuni che abbiano come obiettivo il miglioramento delle condizioni di vita dei bambini in città;

ARTICOLO 2

WWF e Associazione Culturale Pediatri si propongono di individuare, in particolare, alcuni casi pilota che costituiscano progetti strutturati che fungano da speri-

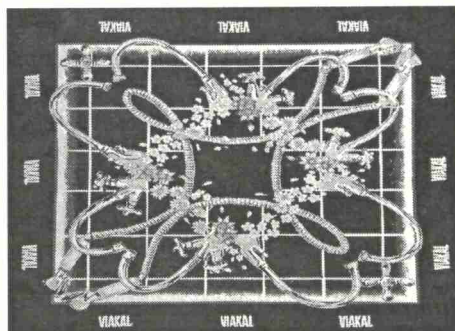
mentazioni e come punto di riferimento e avvio di tale collaborazione;

ARTICOLO 3

In ambito locale, laddove verranno avviate collaborazioni di cui al precedente articolo 2, WWF e Associazione Culturale Pediatri nomineranno un referente con funzioni di coordinamento delle risorse di ciascuna Associazione. Per quanto riguarda il WWF, tale referente verrà indicato dalla Delegazione territorialmente competente;

ARTICOLO 4

Lo sviluppo dei progetti comuni e le relative attività di comunicazione e relazione, in particolare nei confronti di mass media e soggetti istituzionali, verranno preventivamente concordate dai referenti. Durante il dispiegarsi dell'attività, verranno privilegiate le specifiche competenze di WWF e Associazione Culturale Pediatri.



PEDIATRIA DI COMUNITÀ: MATERIALI DI LAVORO

Sono disponibili, su richiesta, i seguenti volumetti:

1. Misure di profilassi per prevenire la diffusione delle infezioni nelle comunità
2. Criteri generali per la frequenza nelle comunità di bambini con bisogni speciali
3. Tabelle dietetiche per gli asili nido.

Si possono richiedere a: dr. Massimo Farneti. U.O. Materno-Infantile, Via Brunelli 474. 47023 CESENA

UN GRUPPO DI LAVORO PER IL CONGRESSO

Nel corso della riunione del Consiglio Direttivo dell'ACP, tenutasi a Bologna il 9.12.1995 si è deciso di organizzare un Gruppo di lavoro sull'allattamento al seno. La strutturazione del Gruppo, la cui conduzione è stata affidata a Sergio Conti Nibali, sarà diversa rispetto al passato: il Gruppo dovrà lavorare, a partire da ora fino al Congresso, proporre direttamente in seduta plenaria un *consensus* delle linee guida sull'argomento. Il primo nucleo del Gruppo è costituito da Conti Nibali, Giorgio Tamburlini, Riccardo Davanzo, Sofia Quintero Romero, Alfredo Pisacane e Maria Francesca Siracusano.

Il Gruppo propone la partecipazione a questo lavoro a chiunque sia interessato. Gli argomenti oggetto di discussione dovrebbero essere i seguenti:

- Strategie per la ricaduta pratica a livello locale dei dati della ricerca nazionale ACP;
- Strategie per il monitoraggio periodico;
- Strategie per l'applicazione delle linee guida OMS-UNICEF per la maternità;
- Elaborazione di linee guida per il pretermine;
- Strategie per l'applicazione del Codice per la commercializzazione;
- Elaborazione di linee guida per la dimissione protetta;
- Elaborazione di linee guida per la gestione dei problemi connessi all'allattamento al seno (ragadi, ingorgo, etc.);
- Ruolo del pediatra di base;
- Strategie per l'attività di formazione professionale.

L'idea è quella di lavorare per posta (meglio se elettronica) su documenti proposti da chi si prenderà carico di ciascuno dei vari temi.

Chiunque fosse interessato a partecipare al Gruppo può mettersi in contatto con Sergio Conti Nibali, via Principe Umberto, Complesso "Le Terrazze", 98123 Messina - Telefoni: (casa) 090 679959 (studio) 090 35 56 23 - Fax (non automatico) 090 35 72 07.



I BAMBINI A RISCHIO SOCIALE: GENERAZIONI A PERDERE O INVESTIMENTO SOCIALE

a cura di : Giuseppe Cirillo, Giorgio Tamburlini e Paolo Siani

Ricoveri ricorrenti, incidenti, maltrattamenti, uso inappropriato dei servizi sanitari; e poi, madri adolescenti e poco istruite, padri disoccupati, evasione scolastica, delinquenza minorile. Di tutto questo si parla nel libro. Gli autori non si limitano a descrivere il fenomeno ma propongono modelli sperimentali di intervento che possono essere utilizzati non solo dagli operatori sanitari ma anche da insegnanti, assistenti sociali e da tutti coloro che entrano in contatto con questi bambini che rappresentano circa il 20% della popolazione infantile.

Indice

Prefazione: G. Biasini

Cap. 1 La tutela della salute e il rischio di povertà e disuguaglianza (D. Baronciani)

Cap. 2 L'insicurezza e la disattenzione: nuova area di rischio (P. Di Nicola)

Cap. 3 Bambino a rischio e legislazione minorile (P. Giannino)

Cap. 4 I segni del disagio

4.1 alla nascita (G. La Gamba)

4.2 nell'interazione tra pediatri e famiglie (S. Fedele)

4.3 nell'utilizzo dell'ospedale (P. Siani)

4.4 nell'utilizzo dei servizi sanitari (S. Manetti)

4.5 nella malattia cronica (N. D'Andrea)

4.6 nel bambino che va male a scuola (L. Acerbi)

Cap. 5 I progetti possibili e gli strumenti

5.1 L'intervento del pediatra (G. Tamburlini)

5.2 Il trattamento di bambini e preadolescenti di famiglia a rischio sociale o multiproblematiche: ruolo del pediatra (P. Facchin)

5.3 L'adozione sociale (G. Cirillo)

5.4 L'intervento della scuola (G. Fenizia e G. Fiorenza)

5.5 Le proposte di un magistrato (Paolo Giannino)

5.6 L'impegno della Chiesa (E. Damoli)

5.7 Quale rete di servizi (F. Ciotti)

Cap. 6 Le raccomandazioni

I Bambini a rischio sociale, Napoli 1996, pp. 200, f.to 15x21,5; lire 30.000

CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA

Vogliate inviarmi al prezzo di prenotazione il volume sopra indicato:

pagherò : /___/ C/assegno /___/ a ricezione fattura (solo per Enti e Istituti)

Cognome..... Nome.....

Professione.....

Codice fiscale:..... P. IVA.....

Indirizzo: via..... n.....

CAP..... Città..... Prov.

data..... Firma.....

da inviare a: **Edizioni Scientifiche Italiane - Via Chiatamone 7 - 80121 Napoli**

RALLEGRAMENTI E AUGURI

A... Nunzia Di Palma

che, dalla Divisione di Pediatria dell'Arcispedale "Sant'Anna" di Ferrara, passa a dirigere, come primario, la Divisione di Pediatria dell'ospedale "Santa Chiara" di Trento.

REAZIONI AVVERSE AI FARMACI: IL PARADISO ITALIANO

Incidenza delle reazioni avverse a farmaci in Europa.

Gran Bretagna, Francia, Germania:
15-20 episodi su 100.000 abitanti

Italia 5 episodi su 100.000 abitanti

In Italia, meno dell'1% dei medici (compresi noi dell'ACP) ha segnalato reazioni avverse.

SECOND WORLD FOOTBALL CHAMPIONSHIP FOR MEDICAL TEAMS

Barcelona
6-14 luglio 1996.

Per informazioni e iscrizioni, gli interessati potranno contattare la signora Rosa Lloria, al seguente indirizzo:
Servei de Pneumologia Hospital General Universitari Vall d'Hebron
Passeig Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona (Spagna) -
Tel/fax + 34-3-428.61.04

Dickens, i pediatri e l'ospedale pediatrico

di Giancarlo Cerasoli

Charles Dickens ebbe una vita complessa, in gran parte condizionata dalle esperienze dolorose subite durante i suoi primi anni. Come rileva il suo biografo, Forster: "Nella sua infanzia andava soggetto a violenti attacchi spasmodici, che gli impedivano qualsiasi esercizio attivo. Egli non fu mai, da piccino, un buon giocatore di cricket, né di altri giochi, nei quali i fanciulli della sua età sono generalmente maestri; ma provava grandissimo piacere a osservare gli altri, occupati in codesti giochi. Fu sempre persuaso che codesta sua malattia gli era però stata di vantaggio inestimabile, poiché l'aveva fatto inclinare alla lettura" (1).

Molte delle vicende raccontate nei suoi romanzi sono apertamente autobiografiche, come egli stesso confidò a Forster e come appare chiaro alla critica più moderna (2).

L'essere vissuto accanto al padre imprigionato per debiti, l'aver lavorato come apprendista in una fabbrica di lucido da scarpe, l'aver sofferto per la malattia e la morte prematura della cognata e di uno dei suoi dieci figli, lo influenzarono certamente.

Il suo impegno sociale lo portò a occuparsi di questioni riguardanti l'infanzia abbandonata e malata, l'assistenza pubblica e le riforme sanitarie, ed è anche grazie alle sue denunce che l'Inghilterra di quegli anni modificò le proprie leggi tutelando maggiormente i propri cittadini, in particolare i più deboli, dagli abusi di potere, dall'ingiusta carcerazione e dallo sfruttamento dei minori.

Egli visitò numerosi ospedali, come ricorda il Forster e come è ben testimoniato dallo stesso autore in "American Notes" (3), e contribuì a promuovere raccolte di fondi destinati all'edificazione di numerose strutture pubbliche: l'Hospital for Children in Great Ormond street a Londra, il Foundling Hospital di Londra e il Children Hospital di Boston (4).

I bambini protagonisti dei romanzi di Dickens si trovano spesso in situazioni drammatiche e tra queste vi sono le malattie, quasi sempre causate dalla fatica sovrumana che debbono compiere per salvarsi dalla cattiva sorte che li perseguita. Dickens ne osservò e descrisse molte, senza mai indulgere a "licenze letterarie", tanto che nel necrologio pubblicato sul British Medical Journal si ricorda come: "la medicina avrebbe ottenuto un enorme guadagno se un osservatore così acuto e così abile nel descrivere ciò che aveva osservato avesse dedicato le sue forze all'arte medica" (5). Per conoscere meglio le caratteristiche dei disagi, sia fisici che

psicologici, che intendeva attribuire ai personaggi delle sue opere, egli divenne amico di alcuni dei più famosi medici di Londra, tra i quali T. Southwood Smith e Thomas S. Watson (6). Certi personaggi usciti dalla sua penna, infatti, sono passati dalle pagine dei romanzi a quelle dei testi di medicina; come il grasso Joe, prototipo dalla sindrome di Pickwick (7).

Di recente, alcuni pediatri hanno preso in esame uno dei più famosi piccoli protagonisti dei "Racconti di Natale" (8), Tiny Tim, cercando di fornire l'esatta diagnosi dell'affezione dalla quale è colpito. Le conclusioni non sono state univoche; le ipotesi più probabili sono che il bimbo soffrisse di tubercolosi ossea o di rachitismo, oppure di acidosi tubulare renale distale di tipo I (9). Un altro dei protagonisti dei suoi romanzi, Paul Dombey, muore in giovane età per una tubercolosi ossea e la descrizione delle sofferenze del bambino risente già del mito "romantico" del mal sottile (10). Paul Dombey e quasi tutti gli altri piccoli ammalati descritti nei romanzi di Dickens sono curati da medici che, sotto la lente deformante dell'autore, appaiono o troppo ridicoli o esageratamente buoni ma tutti, chiaramente, sono medici "generici", poco avvezzi a curare bambini (11).

Nel nono capitolo del secondo libro de "Il nostro comune amico", Dickens fa entrare in scena un pediatra (12). L'occasione è costituita dalla grave malattia che aveva colpito Johnny, un piccolo bambino prescelto per essere adottato dai coniugi Boffin che sono tra i protagonisti del romanzo. Di questa malattia sappiamo che si era manifestata con febbre elevata, esantema che si era fatto progressivamente più dif-

fuso e acceso, la cui gravità era manifestata dal fatto che le macchie "erano rosse che più rosse di così non potevano essere" e che "erano grandi anche più di una moneta da sei pence", in ultimo "erano spuntate in dentro". Questo pregiudizio della malattia che si "sfoga dentro", ed è quindi più pericolosa, non si è perduto nell'Ottocento ma persiste anche ai giorni nostri. Non è raro sentire qualche genitore, male informato dalle numerose campagne di stampa a sfondo scandalistico, esprimere la propria contrarietà alle vaccinazioni perché in tal modo la malattia "non si sfogherebbe bene" oppure "rimarrebbe dentro il bambino" nuocendogli. Johnny da ultimo presenta un respiro dispnoico, convulsioni e tiene chiuse le mani a pugno sul petto. Questo fa pensare a una encefalite da morbillo, considerando che anche gli altri bambini frequentanti la casa avevano avuto l'esantema ma erano poi guariti. Al morbillo pensa infatti uno dei soccorritori del piccolo ma gli viene risposto dal semplicione Sloppy, ragazzo adibito a girare il mangano della vecchia Betty, che il medico che lo aveva visitato aveva usato un termine molto più lungo per descrivere le macchie. È probabile che Sloppy abbia negato l'evidenza solo perché: "il nome più lungo faceva in qualche modo più onore al bimbo malato". In quei tempi, a Londra, il morbillo contribuiva a rendere molto elevato il già alto tasso di mortalità infantile, ed è frequentemente descritto anche nei romanzi di Dickens. Per esempio, l'impresario di pompe funebri, Sowerberry, al quale era stata affidata l'esclusiva dell'ospizio dei poveri di *Oliver Twist*, si trova in una condizione di inaspettata prosperità: "Era giusto cominciata una bella stagione di malattie e le casse da morto, per dirla in gergo commerciale, erano un articolo che andava... I più vecchi abitanti della città non ricordavano un'epoca in cui il morbillo fosse stato così ostinato e fatale per l'infanzia, e molte furono le processioni luttuose capitanate dal piccolo Oliviero con un nastro nero al cappello che gli scendeva fino alle ginocchia tra l'indescrivibile ammirazione e commozione di tutte le madri della città" (13). Nel descrivere la fragilità del piccolo Paul Dombey, il romanziere scrive: "Ogni dente che spuntava era per lui una siepe pericolosa e ogni macchiolina di morbillo un muro di

pietra" (cap. VIII). Nel primo capitolo del secondo libro de "Il nostro comune amico" viene descritta la scuola frequentata dal giovane Charley Hexam, fratello di Lizzie una delle più importanti e tragiche eroine del romanzo, e si ricorda come: "l'assistente (del maestro) distribuiva frizioni a destra e sinistra e l'intero vivaio di bambini, esausti e accesi in volto, si scambiava, come fossero stati portati lì apposta per quello, morbillo, rognia, tosse asinina, febbre e mal di stomaco".

Johnny viveva con la vecchia nonna Betty Higden in condizioni di "onesta povertà" e, quando si ammala, i pregiudizi della nonna verso le strutture di assistenza sanitaria, considerate alla stregua di carceri, impediscono che gli vengano prestate le cure necessarie. Quando viene soccorso, non rimane altro che portarlo nel "children hospital" dove riceve affetto e cure che non sono sufficienti a guarirlo per l'avanzato stato della malattia. Dickens sottolinea in questa occasione come nelle classi più misere vi fosse la consapevolezza che il ricovero negli ospizi o negli ospedali equivallesse alla rinuncia alla vita. La povera e vecchia nonna di Johnny, che aveva visto morire intorno a sé figli e nipoti, sperava di poter guarire il bambino: "senza dover nulla a nessuno... Celare le proprie malattie come gli animali più vili; strisciare lontano dal cospetto degli uomini, ripiegarsi in se stessa e morire; era diventato una specie di istinto

per quella donna. Prendere tra le braccia il bimbo malato a lei tanto caro, nascondere come se fosse un criminale, non prodargli altre cure che quelle suggerite, nella sua ignoranza, da tenerezza e pazienza: ecco come l'infelice aveva finito per concepire l'amore, la fedeltà, il dovere di una madre".

Ed ecco l'invettiva dell'autore contro la malasanità: "I vergognosi resoconti che noi ogni giorno dell'anno leggiamo, o signori e membri del Governo, i rapporti infami circa l'umanità dei piccoli funzionari, non vengono intesi dal popolo con il medesimo spirito con cui li intendiamo noi. Di qui hanno origine quei pregiudizi, ciechi, irrazionali, ostinati, che stupiscono tanto la nostra magnificenza e che non hanno maggior ragione di esistere - Dio salvi la Regina e sventi i loro intrighi! - di quanta ne ha il fumo che s'alza dal fuoco!".

Come la vecchia Betty Higden anche la giovane prostituta Nancy che si pente e aiuta a far luce sulla vera identità di *Oliver Twist*, pensa che l'ospedale sia un luogo di morte e commenta amaramente il suo triste destino dicendo: "...le donne come me... non hanno altro tetto sicuro che non quello della bara e nessun altro amico nella malattia e nella morte se non l'infermiere di un ospedale..." (*Oliver Twist*, cap. XL) e la sua amica Bet, vedendone il cadavere orrendamente sfigurato da Bill Sikes, impazzisce ed è por-



tata in ospedale con addosso una camicia di forza (*cap. L*). Anche la piccolo-borghese signora Nickleby, temendo di non avere più nessun aiuto dal figlio e dal cognato, dice alla figlia: "Noi possiamo andare all'ospizio di mendicizia, o al rifugio degli abbandonati, o all'ospedale della Maddalena..." [14], esprimendo, con questo confuso appello, tutto il suo terrore.

Questo sentimento era certamente dovuto, oltre che al pregiudizio, al fatto che quelle "pubbliche istituzioni" erano orientate più a sorvegliare e punire, diremmo oggi, piuttosto che a curare.

L'ospedale pediatrico dove Johnny è portato viene descritto come: "...un luogo dove ci sono solo bambini; un posto creato appositamente per curare i bambini malati; dove buoni dottori e infermiere passano la loro vita con i bambini; e parlano solo con i bambini, toccano solo i bambini, curano e consolano solo i bambini e nessun altro". Nell'ospedale viene

messo in un bel lettino pulito, in una stanza linda e ariosa, e accanto al suo letto, sopra un tavolino a portata di mano, vengono messi i giocattoli che aveva desiderato: "...un nobile destriero magnificamente bardato", un'Arca di Noè, un uccellino giallo con un meccanismo che lo faceva cantare e "un pupazzo in uniforme militare così ben vestito che, se fosse stato a grandezza naturale, i suoi colleghi ufficiali della guardia lo avrebbero scambiato per uno di loro".

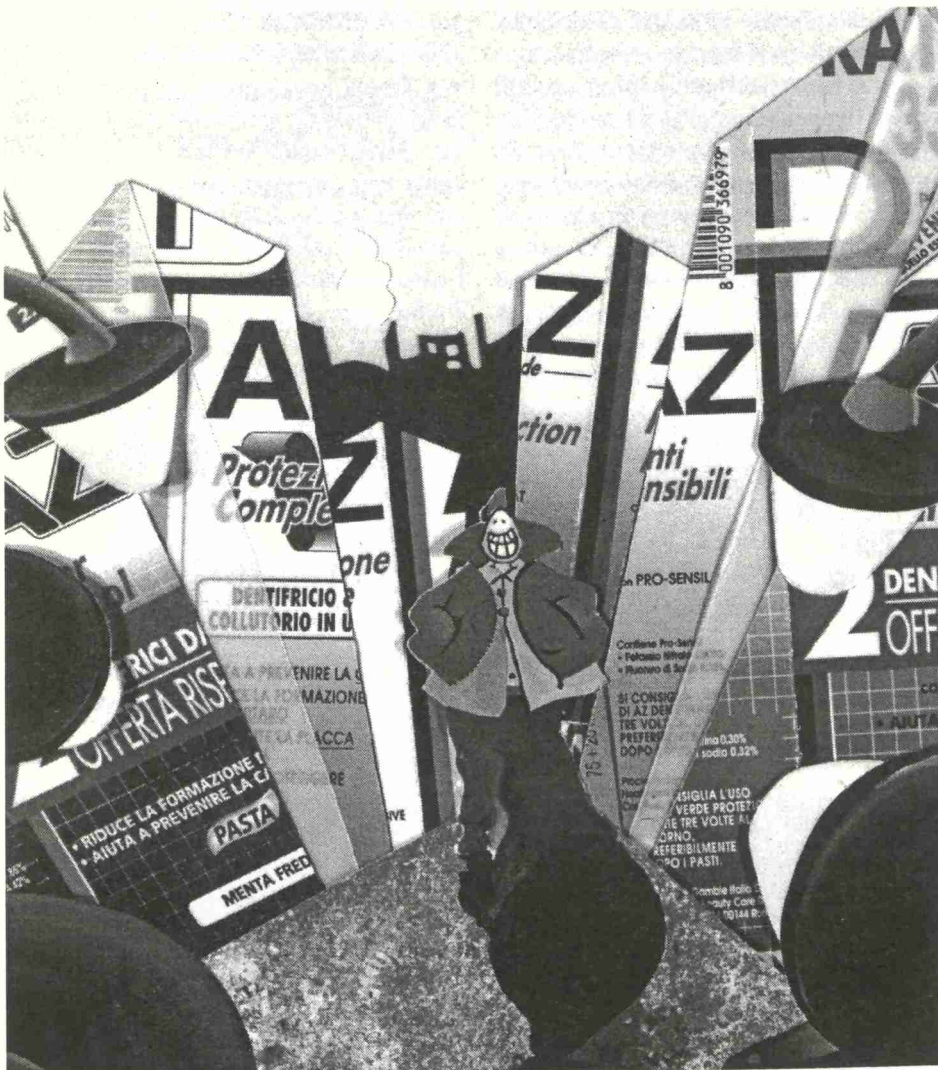
La descrizione della stanza continua: "Dietro al letto pendeva una bellissima immagine colorata, che raffigurava per così dire un altro Johnny seduto sulle ginocchia di un Angelo, che certamente amava i bambini. Inoltre, fatto meraviglioso, Johnny faceva parte di una piccola famiglia, i cui membri erano tutti in bei lettini (tranne due che giocavano a domino seduti in poltroncine vicino al fuoco): e di fianco a ogni letto c'era un tavolino

su cui erano sparsi case per la bambola, cani di stoffa che abbaiano grazie a un congegno simile a quello nascosto nel ventre dell'uccello giallo; soldatini di piombo, saltimbanchi moreschi, servizi da tè in legno: insomma, tutti i tesori della Terra."

Il pediatra che accoglie il bambino confida in disparte a chi lo aveva accompagnato che era ormai troppo tardi per guarirlo e, dopo averlo curato con abilità e dolcezza, intuisce che le sue ultime volontà erano di donare i propri giochi agli altri bimbi e, esaudito questo desiderio, il bambino, felice, muore. Questa vicenda tragica ha così una sua conclusione non del tutto amara.

Dickens ci offre, dell'ospedale pediatrico, una immagine opposta a quella molto negativa delle altre istituzioni di assistenza pubblica, che farà dire alla nonna di Johnny "Lo lascio qui molto volentieri e infinitamente grata, dal profondo del cuore".

Egli conosceva bene le malattie infantili, il loro carico di dolore e di disperazione, e la profonda ingiustizia sociale della società vittoriana. Conosceva anche la fatica dei pediatri per costruire i luoghi nuovi dove ai bambini potessero essere date cure più umane e attente ai loro bisogni. Il testo del discorso, da lui tenuto il 9 febbraio 1858 al pranzo per la raccolta di fondi per l'edificazione dell'*Hospital for sick children in Great Ormond street*, è al proposito illuminante e anche molto significativo perché contiene una delle prime descrizioni del marasma infantile: "...dopo aver enumerato le decine di migliaia di bambini che morivano a causa della povertà e delle malattie, egli descrisse un viaggio compiuto fra le persone alloggiate nel modo peggiore che abitavano nella parte più antica di Edimburgo. In una delle abitazioni più miserabili: "...giaceva in una vecchia scatola per le uova, che la madre aveva chiesto per elemosina in un negozio, un piccolo, debole, magrissimo, pallido bimbo ammalato. Con la sua piccola faccia magrissima, e le sue piccole mani consunte dalla febbre, ripiegate sul petto e i suoi piccoli occhi lucenti attenti e fissi su di noi." (15). È da sottolineare come nel romanzo "Bleak House" (Casa desolata) Joe, il giovane spazzino dei crocevia, muoia di vaiolo proprio in Great Ormond Street (16).



Nell'ospedale pediatrico, forse quello stesso di Great Ormond street, Dickens vedeva probabilmente un luogo dove persone animate da propositi sinceramente umanitari, si adoperavano per ridurre le ingiustizie. La benevola e accogliente atmosfera, fisica ma anche psicologica, di quel luogo è agli antipodi delle tetre descrizioni di Londra e delle altre "città industriali" ed è simile a quella della commovente poesia, composta pochi anni dopo da Alfred Tennyson, che ha per soggetto una piccola ricoverata nell'ospedale pediatrico (17).

Riferimenti bibliografici:

1) J. Forster. "Vita di Carlo Dickens", traduzione di Claudia Casoretti, Milano, Tip. Ed. Lombarda, 1879, p. 8.

2) C. Izzo. "Autobiografismo di Charles Dickens", Neri Pozza, Venezia, 1954; Mario Praz "La crisi dell'eroe nel romanzo vittoriano", Sansoni, Firenze, 1952; Edmund Wilson "Dickens: i due Scrooge" in: "La ferita e l'arco", Garzanti, Milano, 1991.

3) C. Dickens "America", traduzione di Gianfranco Corsini e Gianni Miniati, Roma, Ed. Riuniti, 1982.

Vi sono ricordate le visite a ospedali, istituti per sordomuti, manicomi, orfanotrofi e carceri. Sono descritti anche dei veri e propri casi clinici di bambini sordi, muti e ciechi rieducati.

4) H. Markel. *On Tiny Tim, Charles Dickens, and Pediatrics.*, A.J.D.C., 1993;147:817-18.

Per ulteriori notizie sulla nascita delle istituzioni pediatriche in Inghilterra, e a Londra in particolare, si consiglia di consultare il capitolo "Gli Ospedali dei Bambini" scritto da C. Rauchfuss e pubblicato nel "Trattato completo delle malattie dei bambini", redatto da C. Gerhardt, nella traduzione italiana edita nel 1885 a Napoli dall'editore Giovanni Jovene (Vol.I,

Parte II, pp.450-51 e 488-89) e l'articolo di J. Davis sulla Pediatria in Inghilterra pubblicato in: B. Nichols, A. Ballabriga e N. Kretchmer, "History of Pediatrics", Raven Press, New York, Nestlè Nutrition Workshop Series, Vol. 22, 1991, pp. 31-37.

5) Charles Dickens, obituary. *B.M.J.* 1870;1:636.

6) H. Markel. *Charles Dickens and the art of medicine.* *Ann. Intern. Med.* 1984;101:408-411.

7) C. Dickens. "Il Circolo Pickwick", traduzione di Gianna Lonza, VIII Edizione, Garzanti, Milano, 1992.

Per la descrizione "fenotipica" di Joe vedi in particolare i capitoli IV, V, VI, VIII, XVIII, XXVIII, XXX e LIV.

8) C. Dickens. "Racconti di Natale", traduzione di Emanuele Grazzi, Milano, Mondadori, 1990, pp. 5-100.

Il piccolo Tim è un personaggio de: "La ballata di Natale".

9) C. W. Callahan. *Tiny Tim Remembered.* *AJDC*, 1991;145:1355-56.

D.W. Lewis. *What was wrong with Tiny Tim?*, *AJDC*, 1992;146:1403-7.

R. W. Chesney, *Bah Humburg.* *AJDC*, 1993;147:818.

D.C. Peterson, *What was wrong with Tiny Tim?*, *AJDC*, 1993;147:818-19.

R. A. Demme., *Tiny Tim, Dickens, Renal Disease, and Rickets.*

AJDC, 1993; 147: 819-20.

D.W. Lewis. *Risposta alle lettere di commento,* *AJDC*, 1993;147:820-21.

10) C. Dickens. "Dombey e figlio", traduzione di Gioia Angiolillo Zannino, Milano, Rizzoli, 1994.

11) Il padre di Paul Dombey consulta per la malattia del figlio specialisti di chiara fama, gli stessi che non furono però capaci di salvare la moglie morta dopo il parto di Paul, e che consigliano per il bambino il riposo e "l'aria di mare". Confronta in: C. Dickens, "Dombey e figlio", traduzione di Gioia Angiolillo Zannino, Milano, Rizzoli, 1994. capitolo VIII, p.195 e capitolo XVI, p. 352.

Oliver Twist alla nascita viene soccorso da un chirurgo parrocchiale che: "si occupava di quelle faccende un tanto a numero" (cap.I); ammalatosi viene curato a casa del signor Brownlow da un medico le cui prescrizioni sono il riposo, un brodo caldo e il non stare né al freddo né al caldo (cap. XII); ferito ad un braccio da

una fucilata è soccorso dal chirurgo Losberne (cap. XXX). Confronta in C. Dickens. "Le avventure di Oliver Twist", traduzione di Ugo Dèttore, Milano, Rizzoli, 1994.

David Copperfield è curato dall'amorevole e dolce dottor Chillip che: "ha una grazia femminile"(capitolo IX) e l'ha fatto nascere (capitolo I). Confronta in: C. Dickens. "David Copperfield", traduzione di Cesare Pavese, Torino, Einaudi, 1993.

La piccola Nell, protagonista de "La bottega dell'antiquario", è curata da un medico che, con molto buon senso, asseconda le prescrizioni della ostessa della locanda dove si era rifugiata con il vecchio nonno (capitolo XLVI). Confronta in: C. Dickens. "La bottega dell'antiquario", traduzione di Silvio Spaventa Filippi, Firenze, Battistelli, s.d. (1920).

12) C. Dickens. *Our Mutual Friend*, London, Hazell, Watson & Viney Ed., 1867-1868.

Per le edizioni in italiano vedi: "Il nostro comune amico", traduzione di Luca Lambertini, Torino, Einaudi, 1982 e la terza edizione Garzanti, Milano, 1988. traduzione di Filippo Donini.

13) C. Dickens. "Le avventure di Oliver Twist", traduzione di Ugo Dèttore, Milano, Rizzoli, 1994, cap. VI, p. 55.

14) C. Dickens. "Vita e avventure di Nicola Nickleby", traduzione di Silvio Spaventa Filippi, Gherardo Casini Editore, Milano, 1956, cap. XX, p. 253.

15) B. Nichols, A. Ballabriga e N. Kretchmer, "History of Pediatrics", Raven Press, New York, Nestlè Nutrition Workshop Series, Vol. 22, 1991, pag. 220.

Lo stesso discorso è riportato in *J. Pediatr.* 1956; 49:607.

16) B. Nichols, A. Ballabriga e N. Kretchmer, "History of Pediatrics", Raven Press, New York, Nestlè Nutrition Workshop Series, Vol. 22, 1991, pag. 36.

Per le edizioni in italiano di Casa Desolata vedi la recente edizione Einaudi, Torino, 1995, con traduzione di Angela Negro e l'edizione Sonzogno, Milano, in tre volumi, 1957, con traduzione di Silvio Spaventa Filippi. La morte di Joe è al capitolo XLVII.

17) A. Tennyson. "In the children Hospital" in: "Poetical Works" London, Oxford University Press, 1963, p.480-81. La poesia è stata pubblicata nel 1880 nella raccolta *Ballads and other poems.*



Età dell'innocenza o della crudeltà? "Forse ci troviamo davanti a una nozione di perdita di innocenza. La nozione che dei bambini possano commettere simili atti, ci pone davanti all'estremità della natura umana. È la nozione che, se dei bambini sono capaci di questo, siamo in ultima analisi dannati". Sono riflessioni di Ian McEwan (che ha dedicato molte delle sue opere alle forze, talvolta occulte, che agiscono sui comportamenti umani, coinvolgendo spesso i bambini). all'indomani del caso di James Bulger, il bambino di due anni ucciso da due undicenni (poi condannati all'ergastolo) a fine '93.

E, recentemente, anche nelle scuole italiane sono emersi scenari impressionanti che illustrano il diffondersi della sopraffazione fisica fra i ragazzi. Il "bullismo", così è stato definito, è studiato scientificamente come fenomeno, esistito da sempre e ultimamente dilagante. Due storie di sopraffazione fra compagni, fino all'estremismo impensabile vengono raccontate, ambientate in luoghi e tempi completamente differenti, in due volumetti.

Caccia al merlo di Hervé Jaouen narra dell'assassinio di un bimbo povero compiuto negli ambienti degradati della periferia di una cittadina francese dove si verificano lotte atroci fra due bande di ragazzi che, in una sorta di ricerca di evasione e di avventure sempre più spinte, mettono a segno un ulteriore delitto. È un romanzo poliziesco un po' a tesi: la giustizia cambia approccio, in base alla classe sociale dei personaggi di cui si occupa; a tratti scabroso, appassiona (è pur sempre un giallo) e fa rivivere anche momenti della passata adolescenza e rimpiangere il possesso della città da parte dei bambini.

Roberta Kalechofsky dedica il suo libro "alle vittime delle inquisizioni e ai bambini che devono imparare da esse": *Veduta di Toledo* è naturalmente ambientato nella città spagnola, ai tempi dell'Inquisizione, ed è la storia di un bambino che assiste, involontariamente, all'atto finale di un interrogatorio con relativa tortura, al termine del quale la vittima spira. Lo stesso bambino sarà poi costretto dai compagni al ruolo di vittima in un gioco che mima la pratica della tortura degli eretici. Un gioco, fino a quando il piccolo si accorge di quanta abilità avevano avuto i suoi compagni nel legarlo e di come infine non poteva fare più niente per liberarsi...

H. Jaouen **Caccia al merlo** Ed. Biblioteca del Vascello, 1995, pp. 154, £ 22.000

R. Kalechofsky **Veduta di Toledo** Ed. Palomar, 1995, pp 87, £ 15.000

“Londra. Sessione autunnale da poco conclusa e il Lord Cancelliere tiene udienza a Lincoln's Inn Hall. Implacabile clima di novembre. Tanto fango nelle vie... fumo che scende dai comignoli come una soffice acquerugiola nera con fiocchi di fuliggine grandi come fiocchi di neve vestiti a lutto, si potrebbe immaginare per la morte del sole. Cani che si distinguono appena nella mota... nebbia ovunque... Jarndyce contro Jarndyce si trascina da anni. Questo processo spauracchio è diventato, con il tempo, così complicato che nessuno sa più cosa significhi. Innumerevoli bambini sono nati nel corso della causa... Innumerevoli giovani si sono sposati, innumerevoli vecchi sono morti. .. Il piccolo attore o convenuto, al quale fu promesso un cavallo a dondolo quando si fosse conclusa la causa è cresciuto ed è diventato il proprietario di un cavallo vero e se ne è andato al galoppo all'altro mondo". Così inizia *Casa desolata* di Dickens, scritto circa 150 anni fa, da 60 anni mancava dalle librerie italiane, dopo che, intorno al 1930, si era esaurita l'edizione pubblicata da Sonzogno. Questa nuova edizione della Einaudi ha una preziosa novità: è preceduta dall'estratto di una lezione sul testo di Nabokov che, più volte, fa notare come "uno dei tempi del libro sono i bambini, i loro problemi, la loro insicurezza, le loro umili gioie, la gioia che danno e, soprattutto, la loro infelicità".

Il tutto, sullo sfondo di una Londra cupa, notturna e labirintosa, piena di straordinari personaggi minori indimenticabili che diventano, nel lunghissimo racconto (820 pagine!) il fulcro della stessa trama ma, soprattutto, gli attori di una commedia favolistica e, nello stesso tempo, pregna di quotidiano. Ricorrono figure di bambini che, alle prese con adulti "infantili" e incompetenti, assumono compiti da grandi e divengono patetiche imitazioni di tutori e sostegni di famiglia. Jo, il trovatello che spazza i giardini del cimitero, agisce sotto il segno di una disperata tragicità: ragazzo da buttare, è uno dei tanti "fanciulli infelici" della Letteratura dell'Ottocento, che ci richiama i meniños de rua o i giovanissimi homeless che



abitano le gallerie della metropolitana.

È pervaso da un'ironia piacevole sulle abissali differenze della società britannica, sugli assurdi obiettivi di un movimento filantropico, sulla politica inglese stretta nella camicia di forza del bipartitismo (come il paese vada alla rovina seguendo Boodle e non Buffy o sia salvo seguendo Buffy e non Boodle - deve essere uno dei due: qui non si scappa"): peccato, non troveranno il tempo, i nostri eletti (?) rappresentanti della politica nazionale di leggere questo Dickens turbinoso e leggero, travolgente, bizzarro e romantico. Da leggere, come Calvino raccomandava al proprio lettore, "...seduto, sdraiato... in poltrona, sul divano, sulla sedia dondolo, sulla sedia a sdraio, sul puff..." lasciando, come consiglia Nabokov nell'introduzione, "che sia la spina dorsale a prendere il sopravvento. Benché si legga con la mente, la sede del piacere artistico è tra le scapole. Quel piccolo brivido che sentiamo lì dentro è certamente la forma più alta di emozione che l'umanità abbia raggiunto".

C. Dickens **Casa desolata** Einaudi, pp. 820, 1995, £ 28.000.

L'ultimo racconto de *Il pentolino magico* nasce da un fatto vero ed esprime un auspicio, un "sogno" civile: a Reggio Emilia, nel menù delle mense scolastiche, frequentate da numerosi bambini arabi, è stato introdotto il cuscus accanto ai tortellini.

A distanza dal "nuovo corso gastronomico", un bambino arabo intervistato disse: "Sì, il cuscus mi è piaciuto ma continuo a preferire quello che mi prepara la mia mamma a casa, perché lei prepara un piatto a strati: uno di cuscus, uno di tortellini, uno di cuscus, uno di tortellini".

"Le cucine sono come i popoli; sembrano originarie di un certo territorio e invece, nella maggior parte dei casi, sono state create dalla fame. Esse sono state e continuano ad essere uno dei principali modi con cui gli uomini si incontrano, si conoscono, si mescolano, in quel grande pentolone in cui razze, lingue e religioni, diverse riescono a convivere e a fondersi: gli americani lo hanno chiamato "melting pot". Che sia il nostro pentolino magico?" Questa è la conclusione di Massimo Montanari, già autore de *La fame e l'abbondanza*, storia dell'alimentazione pubblicata da Laterza, che ci disegna in 34 capitoli una piccola storia del cibo per ragazzi, intrecciando fiabe e realtà, leggende e fatti storici. Tratta dei miti del Paese di Cuccagna e del Grande Maiale, degli hamburger, simbolo di una cultura "posta fra due fette di pane", come il BigMac (multistrato farcito di cetrioli, lattuga, cipolle, formaggio e ketchup) di cui, negli ultimi 25 anni, sono stati venduti, nel mondo, 14 miliardi di esemplari.

È un'opera di divulgazione ad alto livello.

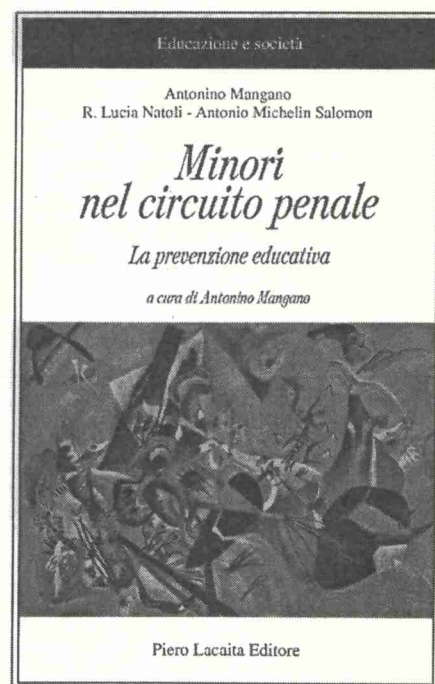
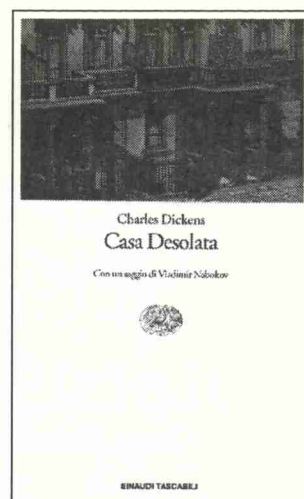
M. Montanari **Il pentolino magico** Ed. Laterza, 1995, £. 30.000.

Quest'ultimo libro contiene i risultati di una ricerca svolta all'interno del Servizio Sociale Minorenni della Giustizia minorile di Messina. La parte empirica, insieme a una breve raccolta di storie di vita, è stata curata da Lucia Natoli. Antonio Michelin Salomon ha elaborato i dati della ricerca relativi al tempo libero dei soggetti analizzati e ha studiato la prevenzione dal punto di vista dei servizi del tempo libero. Antonino Mangano si è occupato del fenomeno sotto la visione della prevenzione educativa, anche in correlazione con la dispersione scolastica.

Vengono anche affrontate esperienze esterne quale quella al quartiere Albergheria di Palermo. Il libro non si ferma all'analisi del fenomeno ma lo studia in un'ottica sostanzialmente nuova, quella della prevenzione educativa. "che si distingue profondamente dalle varie forme di prevenzione criminologica, tutte più o meno collegate alla pena". Più volte, viene affrontato il ruolo sociale che la Scuola potrebbe svolgere nella prevenzione; ma l'analisi sembra confermare quanto da tempo si afferma e cioè che l'attuale sistema scolastico è totalmente impreparato su questo piano, giacché rimuove spesso compiti di questo tipo.

Un libro che tutti - insegnanti in testa - dovrebbero conoscere. È di rapidissima e facile consultazione. Lo consigliamo. (S.C.N.)

Mangano-Natoli-Michelin Salomon, **Minori nel circuito penale. La prevenzione educativa** Piero Lacaita Editore, Messina, pagg. 235, £ 30.000.



8° Congresso ACP

Verona - Agricenter, 4 - 6 ottobre 1996

Cari amici, vorrei illustrarvi per grandi argomenti il programma di questo Congresso perché intendiate il senso che abbiamo voluto dargli.

I punti forti sono quattro:

1. Ragionare sulla ricerca ambulatoriale che in Italia ha molti problemi e non ha mai raggiunto le dimensioni e l'attualità di quella nordamericana. Sabato e domenica (giornata della ricerca in pediatria ambulatoriale) si proverà a fare il punto della situazione in Europa e in Italia, quindi lo si confronterà con lo stato della ricerca ambulatoriale negli USA.

Il professor Dewitt ci permetterà di farci un'idea delle differenze e noi dovremo cercare di capirne i perché.

2. Presentare, su grandi temi di attualità, alcune ipotesi dell'ACP elaborate da quattro gruppi di studio istituiti ad hoc dal Consiglio direttivo.

Questi ultimi strumenti congressuali, relativi alla presentazione e alla discussione di ipotesi di lavoro, seguono un approfondimento intervenuto in sede al consiglio direttivo dell'ACP. Essi, in sede di Congresso nazionale, dovrebbero sostituire i gruppi di studio. Si è ritenuto, infatti, che i gruppi di studio debbano rimanere come carattere distintivo dell'aggiornamento attivo dei gruppi locali, mentre il Congresso nazionale dovrebbe essere riservato alla discussione di ipotesi più globali.

Di questa nuova modalità, e di altro, si parlerà ovviamente nell'assemblea dei soci, la quale deve, fra l'altro, eleggere quattro membri del Consiglio direttivo, eletti a scadenza nel 1996.

Massicce e punto importante sono state affidate a Franco Panizon e a Marcello Orzalesi su due temi di grande interesse: sul piano della Sanità pubblica e su quello "contabile" dei costi/benefici. Al significato più vasto del termine Salute è dedicata la relazione sulla cura per il bambino che è un argomento ormai caro ai congressi ACP.

4. L'aggiornamento è affidato ai temi che saranno approfonditi da Della Bernardina e alle novità in Farmacologia che saranno molto brevi e centrate su argomenti di largo interesse. L'aggiornamento avanzato, che riguarderà le prospettive di sviluppo della Pediatria in alcuni campi di grande interesse, è affidato a Cabrini e Biondi.

Ci sembra un Congresso interessante, compatto e centrato su temi per i quali è necessaria una riflessione da parte di tutti.

Da non trascurare che tutt'intorno al Congresso ci sarà Verona (Mantegna, l'Arena, gli Scaligeri, S. Fermo e S. Zeno (i congressisti li potranno vedere domenica pomeriggio, i familiari anche prima) ma anche il valpolicella, il soave e il bardolino.

Che altro?

Attenzione, però: se volete una buona sistemazione alberghiera prenotate entro il 14 settembre!

Giancarlo Biasini

VENERDÌ 4 OTTOBRE

Mattino

Riragioniamo sulle Vaccinazioni (F. Panizon)

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. ad opera dei Gruppi di studio: *Una politica per gli screening nell'età evolutiva* (Coordinatore: D. Baronciani)

L'influenza delle biotecnologie sulla evoluzione della medicina dell'età evolutiva (G. Cabrini, A. Biondi)

Novità in Farmacologia (N. Martini)

Pomeriggio

Le manifestazioni neurologiche parossistiche nell'infanzia (B. Dalla Bernardina)

Quali gli interventi efficaci in Neonatologia? (M. Orzalesi)

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. a opera dei Gruppi di studio: *L'unità ospedaliera di Pediatria da qui al 2000* (Coordinatore: N. D'Andrea)

SABATO 5 OTTOBRE

Mattino

La ricerca in Pediatria Ambulatoriale - Le situazioni americana ed europea a confronto (T. Dewitt, S. Del Torsio)

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. a opera dei gruppi di studio: *L'approccio comunitario alla salute del bambino/adolescente* (Coordinatore: L. Acerbi)

Una città possibile per i bambini (F. Tonucci, L. Zevi)

Pomeriggio

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. a opera dei Gruppi di studio

L'allattamento al seno - Inventarlo a fatti o a parole (Coordinatore: S. Comanich)

Novità in Farmacologia (L. Bozzetti)

Assemblea Generale A.C.P. con rinnovo parziale del Direttivo

DOMENICA 6 OTTOBRE

Spazio dedicato alla ricerca in Pediatria Ambulatoriale (Coordinatore: M. Gangemi)

Storia naturale del Wheezing: i risultati a 7 anni in una coorte di bambini nel Veneto (M. Agostini)

Curare meno e meno (G. Tamburlini, R. Buzzetti)

La ricerca in Pediatria Ambulatoriale: il contesto italiano e internazionale negli ultimi 10 anni (M. Bonati, M. Gangemi, F. Marchetti, G. Tamburlini).

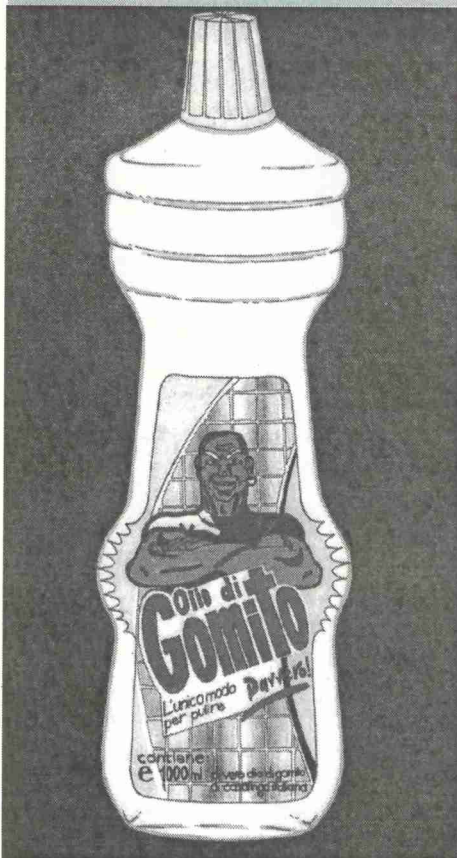
Segreteria organizzativa: A.P.C.P. Verona

c/o Michele Gangemi - Via Carlo Ederle n° 36 - 37126 VERONA. Tel. e Fax.: 045 / 9139 88

Per prenotazioni alberghiere rivolgersi entro il 14 - 9 - 1996 a: Cooperativa Albergatori Veronesi: Via Patuzzi 5, 37121 Verona. 045 / 8009844 Fax 045 / 8009372.

RELAZIONI SULLE ATTIVITÀ DEI GRUPPI ACP

I responsabili dei gruppi locali debbono far pervenire, entro il 15 settembre 1996, alla segreteria del Congresso nazionale (c/o Michele Gangemi, Via Carlo Ederle 36, 37126 VERONA) le relazioni sulle attività svolte dal maggio 1995 al maggio 1996. Le relazioni verranno, come al solito, raccolte in volumetto e faranno parte degli atti del Congresso.



DIALOGHI DI SCUOLA E SALUTE

confronti tra pediatri e pedagogisti

3-4 settembre 1996 - Cesena

Sede del corso di laurea in psicologia - piazza Aldo Moro 90

martedì 3 settembre

ore 9 Tavola rotonda

Modera: Nicola D'Andrea (pediatra, Acquaviva delle Fonti, Bari)

"L'educazione alla salute", Giancarlo Biasini (pediatra, Cesena), Luciano Corradini (pedagogista, Roma)

"L'ambiente scolastico a misura di bambino" Anna Tomesani (pediatra, Bologna), Mario Salamone (pedagogista, Torino)

"La dispersione scolastica", Paolo Siani (pediatra, Napoli), Nicola Cuomo (pedagogista, Bologna)

ore 15 Gruppi di lavoro

"L'educazione alla salute", coordinatori Celeste Grossi (pedagogista, Torino) e Maurizio Iaia (pediatra, Cesena)

"L'ambiente scolastico a misura di bambino", coor. Carla Calcagno (pedagogista, Torino) e Carlo Fiumana (Architetto, Cesena)

"La dispersione scolastica", coor. Francesco Ciotti (pediatra, Cesena) e Giancarlo Cerini (pedagogista, Forlì).

mercoledì 4 settembre

ore 9 Sessione Comunicazioni e Poster, coordinatore Giovanni Faedi (pedagogista, Cesena)

Sessione Gruppi di Lavoro e Conclusioni, coordinatore Mario Salamone (pedagogista, Torino)

Mostra "Pappamondo" nel decennale dell'iniziativa

Iscrizioni: £ 20.000, da versare all'ingresso, la prima giornata di studio.

Alberghi: rivolgersi per informazioni e prenotazioni a "Rivista Ecole, Torino", tel 011-545567, fax 011-6602136

Informazioni, comunicazioni, poster: Centro Documentazione Educativa, Cesena, tel. 0547-631686, fax 0547-631777

Principi e Metodi di Epidemiologia

L'associazione "Salute e Sviluppo", in collaborazione con il Bureau for International Health dell'Istituto per l'Infanzia, organizza tra il 3 al 12 giugno 1996 un corso sui Principi e Metodi di Epidemiologia.

Metodi

Il corso utilizzerà metodi partecipativi mirati alla soluzione dei problemi.

A ogni partecipante verrà richiesto di presenziare regolarmente alle lezioni.

Ogni modulo di 6 ore prevede un impegno individuale autogestito di altre 2-3 ore per lettura, studio ed esercizi. I metodi di studio individuale e collettivo comprendono:

- letture di classici dell'epidemiologia
- letture di testi pertinenti a ciascun modulo
- brevi esposizioni
- discussioni di gruppo
- esercizi individuali
- esercizi di gruppo
- esercitazioni pratiche.

Si prevede che ogni modulo di 6 ore sia dedicato per circa una metà ai metodi epidemiologici e per l'altra metà alle loro applicazioni pratiche.

Ogni partecipante riceverà i materiali bibliografici necessari a seguire il corso.

Posti disponibili

Dato che i metodi di studio e di insegnamento privilegiano l'interazione tra docenti e discenti e il "problem solving", il numero di posti disponibili è limitato a 20.

Docenti

Il corpo docente sarà costituito da esperti in statistica ed epidemiologia: Adriano Cattaneo, Marina Cuttini, Roberto Buzzetti.

Costo

È stata fissata una quota di partecipazione individuale di £ 1.500.000, **comprendente vitto e alloggio**, iscrizione al corso, uso di computer, dispense e altri documenti di approfondimento. Gli unici materiali a carico dei partecipanti sono carta, penne e una calcolatrice.

Informazioni

Bureau for International Health
Istituto per l'Infanzia
via dell'Istria 6511, 34137 Trieste
fax 040/3785402

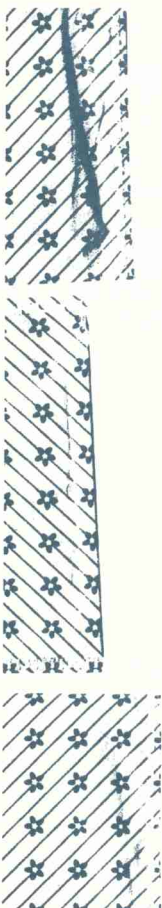


ELETTRODOTTI E SALUTE

A proposito delle lettera dei pediatri di Avellino, sui possibili rischi connessi alla costruzione di un elettrodotto da Matera a Caserta (380.000 volt) pubblicata su *Quaderni ACP* n. 5/6 1995 pg 30 e che mi è stata "passata" da amici, si fa presente che l'OMS ha iniziato un programma di accertamenti sulla sicurezza dei campi elettromagnetici.

Ai governi italiano, tedesco, inglese, irlandese, svedese, canadese e francese è stato offerto un finanziamento totale di \$ 500.000 per ricerche nel campo: esattamente, per la valutazione dell'effetto biologico delle frequenze nel range 0 - 350 Ghz. Un comitato internazionale è stato costituito sia per valutare i risultati dei rilevamenti che per le successive raccomandazioni.

Ing. Franco Frani, Forlì



AZITROCINA E ARITMETICA

Ho letto sul N°1/1996 di "Quaderni ACP" la nota sull'Azitromicina (cicli di 3 gg in Italia, cicli di 5 gg in USA).

A parte ogni considerazione io mi chiedo perché non sembri convincente il ragionamento che 10 mg per kg per 1 gg e 4 mg per kg nei 4 gg seguenti (cioè in totale 30 mg per kg) non sia eguale a 10 mg per kg per tre giorni (cioè sempre 30 mg/Kg).

G.C. pediatra di famiglia, Ancona.

Il calcolo aritmetico che il nostro lettore fa è ineccepibile: sono 30 mg/kg nei due schemi, ma non ci sembra che il problema possa essere così impostato. Se così fosse 60 mg di eritromicina per 5 gg sarebbero lo stesso che 30 mg per 10 gg.: il che non è. Il discorso 3gg = 5 gg può valere, quindi, non in assoluto ma perché le caratteristiche farmacocinetiche dell'azitro sono particolari. Ciononostante il ragionamento, basato sulla farmacocinetica, può essere accettato quando venga la dimostrazione che i due dosaggi ottengano risultati omologhi sul piano clinico. La diversità del tipo di cicli di terapia, in Europa ed in Italia ha, invece, finora ottenuto, almeno ci sembra, un interesse modesto sia da parte dei medici che da parte dei marketers.

Forse non era chiaro, ma la nota di Quaderni voleva sottolineare questo.

SUBJECT: SALUTI & INFO

UNA MISSIVA DA ROMA

Non so se questo messaggio vi arriverà. Non sono sicuro del vostro e-mail. Qui finalmente abbiamo attivato il Medline consultabile via modem. Speriamo di essere presto (entro un mese o due) visibi-

li su Internet. Il vostro programma di comunicazione, il Lotus, dovrebbe usare dei file *.PDF in formato Acrobat il cui lettore è di pubblico dominio. Potrebbe essere interessante mettere qualcuno di questi file con cui sviluppate i *Quaderni* in BBS per farlo leggere ai nostri colleghi.

Scrivo anche per dirvi che non riesco a connettermi all'indirizzo:

<http://www.sard-secret.com> etc etc.

È sbagliato l'indirizzo?

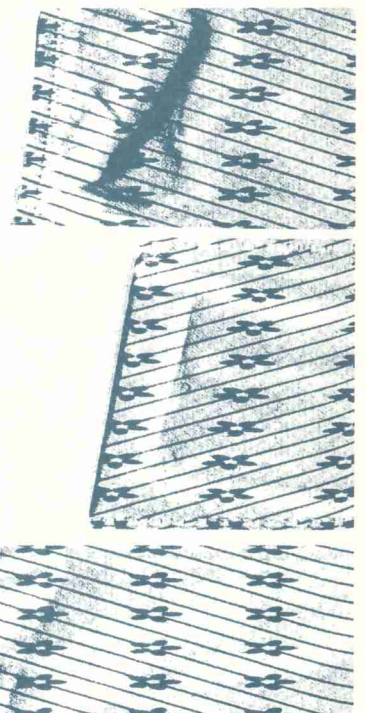
Ciao a tutti

Renato Cutrera (ACP Lazio)

Caro Renato, provo a metterti subito come allegato in acrobat (senza figure per evitarti una replica troppo lunga) qualche pagina dell'ultimo numero della rivista; così avrai un'anteprima tutta tua. Ovviamente avrai bisogno del reader di Acrobat per leggerla. È il sistema che usano MMWR, il New York Times e altri giornali per far vedere i loro "prodotti" su Internet. L'idea di fare un sito web Acp è reale, e i tempi non saranno lunghissimi, ma il sito web ACP di Dessì orridu non è mai esistito (anche se l'orrido Dessì è davvero vivente).

Ciao e buon lavoro

S.F.



Ausili didattici



all'interno:

- *Leggere & fare:*

Segnalazioni pratiche per persone pratiche

- *Aggiornamento avanzato:*

L'inquinamento atmosferico e i danni alla salute del bambino

- *Saper Fare:*

Linee guida per il controllo del bambino Down

- *ABC in pratica:*

I nuovi "device" in pediatria

- *Informazioni per genitori e pazienti:*

Il pianto nel lattante, come valutarlo

Un libro per curare i bambini extracomunitari e zingari

di Giorgio Tamburlini

... tu, madre, accendi il fuoco, mi fasci e mi copri

con la giacca di papà e mi proteggi con la tua gonna.

La mia mamma zingara è la migliore di tutte le mamme.

Il problema dell'immigrazione, e dell'immigrazione clandestina in particolare, è con tutta evidenza all'ordine del giorno. In Italia vivono attualmente più di un milione di immigrati: quasi 900.000 sono extra-comunitari. L'Italia detiene il primo posto fra i paesi della CEE per la percentuale degli extra-comunitari sul totale degli stranieri e per il numero di immigrati clandestini, anche in conseguenza della legislazione più recente. Non vi è dubbio che questi dati forniscano un'idea del livello di problematicità sociale del fenomeno. Al contrario di altri paesi europei (nei quali l'esperienza coloniale più ampia e protratta ha, se non altro, contribuito a una più diffusa conoscenza delle culture di altri popoli e a una migliore preparazione anche del personale sanitario ad affrontare problemi di salute che traggono origine dall'immigrazione), in Italia, solo da poco si tenta di adeguare la preparazione del medico sui problemi di salute del paziente immigrato, grazie soprattutto a organizzazioni non governative e ad iniziative delle società professionali. Con sempre maggiore frequenza, e non più solo nelle grandi città, il pediatra si trova di fronte alle problematiche poste da bambini recentemente immigrati, o nati nel nostro paese e cresciuti in condizioni difficili. Tali problematiche sono complesse e non possono certo essere

ridotte alla mera conoscenza di alcune patologie prevalenti in questi gruppi. È almeno altrettanto importante conoscerne le cause e il contesto culturale in cui si sviluppano se si vuole intervenire in modo efficace. La prima parte di questa guida ("Approccio al bambino extracomunitario. Il suo contesto sociale e i suoi problemi") si propone appunto di fornire al pediatra queste conoscenze propedeutiche tra le quali assume particolare importanza il problema della comunicazione.

La seconda parte ("I problemi di salute del bambino extracomunitario") verte soprattutto sui problemi di prevenzione e diagnosi, partendo dal presupposto che il bambino extracomunitario presenta schede vaccinali, problemi di crescita e patologie differenziate e non sempre omologabili ai problemi del bambino nato da genitori italiani e sempre vissuto in Italia. La patologia tropicale va tenuta presente nella diagnostica differenziale dei casi di recente immigrazione.

Un altro gruppo sociale, stanziale nel nostro paese, da secoli ormai, che presenta anche esso problematiche particolari è quello dei rom. L'impatto con i problemi di salute dei bambini rom è piuttosto frequente per il pediatra ospedaliero e deve includere una capacità di comprensione e di comunicazione nei confronti di chi ha uno stile di vita con radici profonde. La terza parte della guida ("Il bambino zingaro") è appunto dedicata al bambino rom in termini di contesto socio-culturale e di approccio clinico.

L'insieme del materiale rappresenta, allo stato, l'essenziale per il pediatra e dovrebbe

per tanto essere oggetto non solo di studio da parte dei singoli, ma anche di specifici incontri di aggiornamento come peraltro si è già cominciato a fare in molte realtà (Roma, Milano, Messina e altre ancora).

Le cinquanta referenze fornite nella bibliografia riassumono soprattutto quanto è stato prodotto in Italia sul problema e consentono un adeguato approfondimento e, nello stesso tempo, un quadro dei gruppi o delle persone attive sul problema.

I curatori del volume, Franca Parizzi e Luigi Acerbi, hanno entrambi esperienza di lavoro nei paesi in via di sviluppo, rispettivamente in Africa e in America Latina, e hanno in seguito continuato a occuparsi dei problemi relativi all'assistenza agli immigrati. Il loro prezioso lavoro si è arricchito dei contributi di Umberto Melotti, Nicoletta Biasio, Elisabetta Sormani, Tullio Cottatellucci, Italo Siena, Marina Micheli, Annalisa Gervasoni.

Per ricevere il volume, inviare £ 15.000 (comprensive di spese postali) tramite vaglia postale o assegno bancario intestato al Consulente Editoriale: Giglio Roncaglia, Via Pergolesi, 22 - 20127 Milano, il quale provvederà all'invio a stretto giro di posta. Eventuali utili saranno devoluti a:

NAGA (Associazione Volontaria per l'Assistenza Socio-Sanitaria a Stranieri e Nomadi - Milano).

LA SALUTE DEL BAMBINO EXTRACOMUNITARIO E DEL BAMBINO ZINGARO

Guida per il pediatra

a cura di Franca Parizzi e Luigi Acerbi

L'INFEZIONE DA HIV SI PUO' DIAGNOSTICARE NEL PRIMO MESE

OBIETTIVI: riconoscere sensibilità e specificità del test della PCR per la diagnosi di HIV e determinare l'età più precoce in cui sensibilità e specificità sono accettabili.

METODI: studio prospettico, cieco su 286 lattanti sieropositivi suddivisi in infetti (105) e non infetti (181) condotto in Florida.

La diagnosi certa di infezione da HIV è stata fatta con due dei seguenti elementi:

1. presenza di anticorpi dopo il 18° mese;
2. cultura positiva;
3. p24 positivo;
4. segni di malattia.

RISULTATI: fra gli infetti, la diagnosi di infezione con la PCR ha dimostrato nella prima settimana di vita una sensibilità di 0.20 e una specificità di 0.96. Fra la 1^a e la 4^a settimana di vita, una sensibilità e specificità di 1 cioè del 100%. Lo stesso fra la 1^a settimana e il 6° mese. In questo periodo, quindi, i valori predittivi di un esame positivo o negativo erano del 100%. Nei mesi successivi, la specificità rimaneva sempre al 100% mentre la sensibilità diventava più bassa, 93-94% rispetto a prima, ma comunque ancora molto alta.

CONCLUSIONI: la PCR è metodo attendibile per far diagnosi di infezione da HIV: l'algoritmo suggerito è: effettuare un prelievo fra la 1^a e la 4^a settimana, ripetendo gli esami al 2° e 4° mese.

COMMENTO: non sembra più necessario aspettare così a lungo per effettuare una diagnosi di infezione da HIV, sottoponendo le famiglie a una situazione di rilevante stress da attesa. Per inciso, l'OMS ha reso noto (MMWR novembre 1995; 849-53) che nel mondo vi sono 18 milioni di adulti e 1.5 milioni di bambini infettati dal virus HIV. Questo problema, quindi, si è presentato molti milioni di volte.

Nelson RP, Diagnosis of pediatric Human immunodeficiency virus

infection by means of commercially available PCR gene amplification
Arch. Ped. Adolesc. Med., 1996; 150: 40

PAROLE CHIAVE: HIV



SHORT

L'ANGIOMA SENTINELLA: NON DIMENTICARE DI CERCARLO

L'articolo sottolinea l'importanza di valorizzare la presenza di un angioma cutaneo per sospettare un angioma delle vie aeree. L'angioma delle vie aeree superiori si presenta clinicamente infatti come un croup. Dalla grandezza dell'angioma dipendono i sintomi clinici che possono essere estremamente gravi ma anche quelli di una laringotracheite acuta di lieve entità. Il sospetto deve nascere dalla persistenza e dalla ricorrenza dei sintomi. La presenza di un angioma sentinella deve essere valorizzata ancor di più oggi che la terapia con steroidi sistemici è unanimemente considerata efficace e utile nelle forme gravi di laringotracheite acuta. Nell'articolo si sottolinea infatti che, in questi casi, si potrebbe avere una parziale riduzione dell'angioma delle vie aeree (la terapia dell'angioma delle vie aeree è lo steroide per via sistemica per tre mesi) con successiva ricomparsa dei sintomi, poco dopo la sospensione del farmaco. C'è da pensare che anche gli steroidi per via inalatoria possano avere una parziale efficacia sull'angioma, ritardando la definizione diagnostica di questi casi. Gli autori presentano due casi estremamente utili per ricordare altri due elementi di sospetto: il verificarsi del croup prima dei tre mesi e la localizzazione dell'angioma cutaneo, quasi sempre presente nell'area della testa e del viso. L'angioma delle vie aeree, quasi sempre subglottico, può essere diagnosticato con la laringoscopia. I bambini possono presentare un drammatico peggioramento della sintomatologia clinica col pianto, per l'ingorgo venoso. Un'ultima sottolineatura: l'angioma delle vie aeree, nel 50% dei casi, non ha un angioma cutaneo di accompagnamento.

Steroids for intubated croup masking airway haemangioma

Arch. Dis. Child. 1996; 74: 66

PAROLE CHIAVE: Croup, angioma delle vie aeree

ALLERGIA AL LATTE ANTIGENICITÀ DEGLI ALIMENTI COMPOSTI DA IDROLISATI O DA AMINOACIDI

OBIETTIVI: determinare la: **1.** antigenicità, **2.** adeguatezza nutrizionale, **3.** efficacia nel controllo dei sintomi, degli alimenti composti di idrolisati o di aminoacidi nell'allergia al latte.

METODI: setting della ricerca: Tampere, in Finlandia.

Sono stati testati alcuni preparati di:

1. idrolisati poco spinti di siero di latte (un HA della Nestlé);
2. idrolisati molto spinti sempre da siero (Peptidi-Tutteli, in commercio in Finlandia);
3. idrolisati molto spinti da caseina (Nutramigen);
4. un preparato di aminoacidi (Nutri-junior);
5. un secondo preparato di aminoacidi (Nocate, in commercio in Gran Bretagna).

Su di essi è stata ricercata:

1. la quantità di betalattoglobulina (BL) presente;
2. la reattività cutanea al prick test, fatto con questi alimenti, in 74 bb atopici;

È stato poi condotto uno studio randomizzato di 9 mesi su 22 bb di età media di 6 mesi, alimentati con una formula idrolizzata spinta di siero di latte e su 23 bb alimentati con una formula con aminoacidi. Lo scopo dello studio era di valutarne la crescita.

RISULTATI:

1. Ambedue i tipi di formula erano efficaci nel controllo dei sintomi.

2. Il contenuto di BL (microgr/g) nelle formule era il seguente:

1	2	3	4	5
84	0.014	0.011	0.031	0.00164

3. La reazione cutanea al prick test negli alimentati con idrolisati era presente nel

49% dei bb ed era di dimensioni proporzionali alla presenza di BL. Più sensibile il patch test: positivo nel 58%. Nel latte HA la positività superava il 55%.

4. Gli aminoacidi essenziali e ramificati erano significativamente diversi rispetto agli allattati al seno nei bb alimentati con le diverse formule. Più bassi negli alimentati con le formule 1, 2 e 3, più alti negli alimentati con formule 4 e 5.

5. La crescita era significativamente migliore negli alimentati con aminoacidi, sia per la lunghezza ($p = 0.09$) che per il peso ($p = 0.06$). Ve detto, però, che negli idrolisati il contenuto di proteine era del 1.5% con un 1.9% delle formule con aminoacidi.

CONCLUSIONI: le formule idrolizzate sono utili nel trattamento dell'allergia al latte per la maggior parte dei bb; le formule poco spinte hanno però un contenuto troppo alto di BL, per essere usate con fiducia. Le formule a base di aminoacidi consentono, per lunghi trattamenti, una crescita migliore e vanno comunque suggerite per i bb con allergie alimentari multiple. L'alto contenuto di BL nella formula n. 4 è di difficile interpretazione e può essere spiegata con una contaminazione industriale se il prodotto viene prodotto e confezionato negli stessi stabilimenti in cui si maneggia il latte formulato di derivazione vaccinica.

COMMENTO: il lavoro dei finlandesi, ineccepibile nella conduzione della ricerca, lo è meno nelle conclusioni.

Se è ragionevole suggerire di non usare, nell'alimentazione dell'allergico, le formule HA per il loro alto contenuto di BL, è anche vero che ciò non emerge dalla ricerca nella quale tutti i bb hanno ottenuto beneficio dal trattamento. Presumibilmente, ciò deriva da una non accurata scelta della casistica, nella quale mancavano quelle poliallergie alimentari delle quali gli AA parlano per sconsigliare in esse l'uso di formule poco spinte.

È vero, invece, che i test cutanei agli idrolisati, positivi nel 49-58%, suggeriscono di non usarli almeno nei casi in cui la positività al prick by prick è presente

(anche se quando, nella ricerca, sono stati usati non hanno fatto danni). Veramente da spiegare, da parte del produttore, è il contenuto di BL nel nutri-junior. Una conferma, o una smentita, in tal senso, sarebbe auspicabile.

C'è poi il problema del costo: circa £ 198/gr. di polvere per il nutri-junior, 78 per il nutramigen, 55 per l'HA. Dato che sembra ormai chiaro, e non soltanto dalla ricerca finlandese, che gli HA non vadano usati nell'allergia con sintomi, la bilancia pende fra gli altri due e la differenza non è piccola: il rapporto in lire è di 1:2.5. Tanto più che la gravità della malattia condiziona sia la scelta dell'alimento che la durata del trattamento che gli AA suggeriscono fino al 18°-24° mese. Il pediatra non può, quindi, che essere molto prudente nel far spendere danaro al suo paziente.

Isolauri E et al, Efficacy and safety hydrolyzed cow milk and aminoacid-derived formulas in infants with cow milk allergy

J. Pediatr, 1996, 127, 550-7.

PAROLE CHIAVE: Allergia al latte, idrolisati

SHORT

C'È UN GRADO DI DIFFERENZA FRA LE TEMPERATURE RETTALE E ASCELLARE

La ricerca, condotta in Nuova Guinea, riguarda bb fra 1 mese e 14 anni e conclude che la differenza fra la temperatura rettale e quella ascellare è di un grado; di tanto dunque (e non del canonico mezzo grado cui sono abituati i genitori!) deve essere abbassata la temperatura rettale per essere adeguata a quella ascellare. Nei neonati, invece, le due temperature - secondo dati della letteratura riferiti dagli AA - differiscono di meno (in genere di 0.2°)

Shann F. et al, Arch. Ped. Adolesc. Med., 1996; 150: 74.

PAROLE CHIAVE: Temperatura, febbre.

IL RUOLO DEL PEDIATRA NELLA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

OBIETTIVI: valutare le conoscenze e le abilità dei Pediatri degli USA, sia interni che territoriali, nei riguardi dell'allattamento al seno; verificare il grado di formazione in questo campo.

METODI: sono stati inviati per posta 999 questionari ad altrettanti pediatri interni e a 610 pediatri territoriali, opportunamente randomizzati.

Questo studio faceva parte di un progetto volto a valutare le conoscenze in merito all'allattamento al seno sia dei medici di Medicina generale (Practitioner) che degli ostetrici, oltre che dei Pediatri.

RISULTATI: vi è stata un'ottima percentuale di risposte (74% tra gli interni e 69% tra gli esterni). Sono stati analizzati 1071 questionari (736 per gli interni e 335 per gli esterni) e quasi tutti (più del 90%) concordavano che i pediatri debbano essere coinvolti nel sostenere l'allattamento al seno. Ma solo una modesta percentuale, tra il 60% e il 75% a seconda delle domande, era in grado di rispondere correttamente ai quesiti posti in alcune situazioni critiche (ittero, mastite, ascesso mammario) nonché sui vantaggi dell'allattamento al seno. Inoltre, ben il 53% degli interni ritiene di non aver ricevuto adeguata formazione sull'argomento. Va infine ricordato che la variabile che rivestiva una fondamentale importanza nel determinare il comportamento del pediatra era l'esperienza personale o di copia nell'aver allattato al seno.

CONCLUSIONI: gli autori concludono che la formazione universitaria negli USA è inadeguata per promuovere e sostenere l'allattamento al seno e la scarsa preparazione è evidente sia all'interno che all'esterno dell'Università. Si mostrano inoltre molto sorpresi dell'importanza dell'esperienza personale in un problema di tale importanza per la salute del bambino.

COMMENTO: la situazione italiana non è certo migliore, come dimostrano i dati di una ricerca di Davanzo in corso di pubblicazione, e appaiono del tutto giustificati gli sforzi dell'ACP nella formazione del personale sia intra che extraospedaliero, non dimenticando il ruolo del personale para medico.

Gary L. Freed, *Pediatrician Involvement in Breast-Feeding Promotion. A National Study of Residents and Practitioners.*

Pediatrics, 1995; 96: 490

PAROLE CHIAVE: Allattamento, latte materno.

SHORT

QUANDO È OTITE

In un numero precedente di Archives, Heikkinen (1995; 149:26) aveva scritto che "tutti i bb a rischio di otite" (in sostanza, quelli con infezione respiratoria alta *che dura qualche giorno*) devono essere sempre e comunque esaminati una seconda volta, dopo la visita iniziale, per escludere la presenza di otite. Questo perché non bastano i sintomi a far diagnosi ma è necessario una otoscopia.

L'autore della lettera dice, innanzitutto, che basta l'occlusione, anche sterile, dell'Eustachio a cagionare e a fare accumulare liquido nell'orecchio medio; per cui, timpano alterato può non volere dire otite.

L'autore della lettera immagina quale "devastazione" succederebbe degli ambulatori dei pediatri (e quale aumento vi sarebbe delle resistenze batteriche) se il criterio "riesamina e cura con antibiotici" fosse attuato.

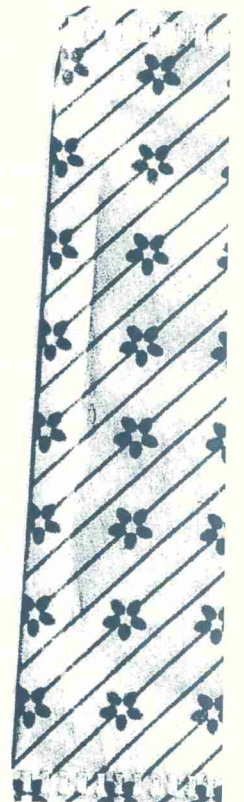
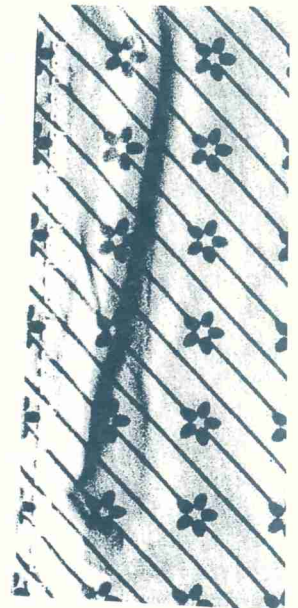
Protesta Heikkinen, l'A. dell'articolo: l'otite, secondo lui, non può essere lasciata indagnosticata perché, se è vero che la mastoidite quasi non esiste più, è anche vero che le sequele in disordini dello sviluppo da perdita di udito sono meno rari della stessa mastoidite.

Al revisore questa difesa sembra un po' debole perché le manca un "pezzo" essenziale: a dimostrazione che a rivisita-

re i bambini ex-raffreddati si evitano i difetti di udito.

J. F. Hick, *Signs and symptoms predicting acute otitis media (lettera)*
Arch. Ped. Adolesc. Med., 1995; 149: 1285.

PAROLE CHIAVE: O.M.A.



MONITORAGGIO FETALE: TOMBA DELLA TECHNOLOGY ASSESSMENT?

OBIETTIVI: gli ostetrici usano il monitoraggio elettronico del ritmo cardiaco fetale, almeno in parte, per identificare pattern che indichino condizioni di ipossia durante il travaglio: queste possono determinare danni al SNC con evoluzione in handicap neurologici. Uno degli obiettivi finali del monitoraggio è quindi quello di ridurre la frequenza di danno cerebrale. È altrettanto noto che l'applicazione del metodo fu attuata prima che si avessero adeguati trial clinici di confronto fra il metodo elettronico e l'ascoltazione intermittente tradizionale del battito fetale. Si dice anche che il nuovo metodo abbia fatto aumentare motivatamente o immotivatamente il numero dei cesarei. La ricerca recensita cerca di dare una risposta a questi quesiti.

METODI: setting: 4 contee della California con 155.636 bambini nati singoli fra il 1983 e il 1985, di peso > 2500 gr.

Fra questi bb, sono stati ricercati quelli con paralisi cerebrale insorta entro il 28° giorno. I bb con pci sono stati confrontati con controlli scelti a caso e aventi tutte le caratteristiche dei bb con pci tranne il danno cerebrale.

Sono stati confrontati i tracciati di monitoraggio dei casi e dei controlli con particolare riguardo a: frequenza > 160 e > 180 o < 100 e < 80, presenza/assenza di decelerazioni tardive (bradicardia dopo l'inizio di contrazioni uterine), diminuita variabilità *beat to beat* del ritmo cardiaco.

RISULTATI: la prevalenza di pci fra i nati singoli > 2500 g. era dello 0.67 per mille nella popolazione studiata.

Sono stati identificati 95 bb con pci che sono stati confrontati con 378 controlli: 77 dei 95 bb con pci e 300 dei 378 controlli erano stati monitorizzati. Dei bb *senza pci* non aveva anomalie del tracciato il 90.7% le aveva il 9.3%.

Il 73% dei bb *con pci* non avevano anomalie del tracciato, il 27% le aveva.

Risultarono associati a un rischio aumen-

tato di pci le decelerazioni tardive multiple (14% di decelerazioni nel gruppo pci, 4% nei controlli. Odd ratio: 3.9; intervallo di confidenza 95%: 1.7-9.3) e la diminuita variabilità *beat to beat* (16.7% di variabilità nel gruppo pci, 7% nei controlli. Odd ratio: 2.7; intervallo di confidenza: 1.1-5.8).

Nessuna associazione fu dimostrata fra pci e alta o bassa frequenza cardiaca nei limiti di frequenza indicati in metodi.

I 21 bb con pci che ebbero le decelerazioni tardive multiple o la diminuita variabilità *beat do beat* rappresentavano lo 0.19% (veri positivi) della popolazione che presentò le alterazioni del tracciato.

Vi era però una percentuale di falsi positivi del 99.81%, cioè di bb con le alterazioni del tracciato e senza pci.

CONCLUSIONI:

1. alcune anomalie specifiche del tracciato di monitoraggio erano associate con un rischio aumentato di pci.
2. però le stesse alterazioni erano presenti in un alto numero di bb senza che ciò abbia comportato insorgenza di pci. *Vi era cioè un'altissima quantità di falsi positivi.*
3. se queste alterazioni del tracciato vengono utilizzate per indurre gli ostetrici al taglio cesareo si deve concludere che *questo intervento viene effettuato senza beneficio per il nascituro e con rischio per la madre.*
4. ambedue le alterazioni del tracciato hanno una specificità per la individuazione della pci molto bassa.

COMMENTO: l'occasione per questa recensione è anche quella di soffermarsi sul problema della valutazione delle tecnologie sanitarie (TA) oltre che di occuparsi della efficacia della monitorizzazione elettronica del feto sulla quale molti dubbi sono già comparsi in letteratura.

La TA è una metodologia di valutazione di una tecnologia sanitaria (proprietà, sicurezza, applicabilità, accettabilità) e si propone di stabilire in che misura essa potrà dare vantaggi (efficacia teorica, efficacia sul campo, analisi economica, definizione del rapporto costi/benefici) e svantaggi (problemi etici, di equità, rischi connessi all'apparecchiatura, rischi derivati da decisioni connesse con l'apparecchiatura). Mentre i farmaci sono oramai

sottoposti a una valutazione sufficientemente rigorosa in tutto il mondo industrializzato, le apparecchiature sfuggono, in realtà, a questo rigore e sono più spesso valutate sul campo dopo la loro introduzione in commercio piuttosto che prima. Se si tiene poi conto del valore economico e del costo unitario con cui queste apparecchiature si presentano sul mercato, si ha un'idea del volume di affari e del rapporto costo/beneficio non valutato che tutto ciò comporta. Recentemente (*Quaterni ACP 1996;1:15*) alcune Health authorities inglesi hanno escluso dall'assistenza sanitaria gratuita, proprio per non dimostrata utilità dell'applicazione tecnologica, l'ecografia routinaria in gravidanza e lo screening della densità ossea. È un problema con risvolti sanitari, economici ed etici di cui spesso nel quotidiano non ci si rende conto.

Nelson K.B., Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy

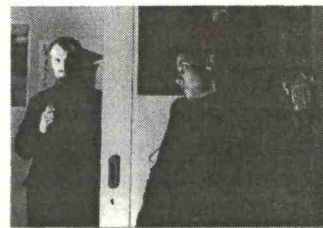
N. E. J. M., 1996, 334: 613

PAROLE CHIAVE: Neonatologia, pci, monitoraggio

PROCTER PROTEGGE



...La signora fu prontissima: afferrò ACE e parò il mio colpo basso...



...Me l'avrebbe detto, il Capo: stai attento, quella in casa ha MASTRO LINDO...



...Ancora una volta quel maledetto DARE tra il mio ostello e la vittima...

**"PROCTER&GAMBLE, ti odio:
le tue casalinghe sono inattaccabili!"**

STUDIO CONTROLLATO SU DUE VACCINI CONTRO LA PERTOSSE

OBIETTIVI: poiché la sicurezza e l'efficacia del classico vaccino anti pertosse, allestito con il corpo cellulare intero, sono state da sempre controverse, tanto che molti pediatri in diversi paesi europei sconsigliavano questa vaccinazione, ne è derivata una bassa copertura vaccinale in questi stessi paesi. In Italia, nel 1991, la media di copertura vaccinale dei bambini di età inferiore ai 5 anni era del 40%. Per questo, nel 1992, Greco e Coll., sponsorizzati dallo statunitense *National Institute of Allergy and infectious diseases*, hanno iniziato uno studio controllato dei due vaccini acellulari antipertosse commercializzati in Italia e del tradizionale cellulare intero. L'obiettivo principale è stato quello di studiare l'efficacia di ciascun vaccino, somministrato a 2, 4 e 6 mesi, nel prevenire la pertosse.

METODI: sono stati impiegati tre tipi di vaccino più uno antidifterico-antitetanico senza antipertosse come controllo. I tre vaccini usati sono stati due acellulari - quello prodotto dalla SmithKline e quello dell'italiana Biocine - e quello cellulare dell'americana Connaught. I due tipi di vaccini cellulari differiscono quantitativamente nella presenza dei tre antigeni maggiori, nel senso che la *tossina pertossica inattiva*, l'*emoagglutinina filamentosa* e la *Pertactina* sono presenti in quantità molto maggiore nel vaccino Smith Kline rispetto a quello Biocine.

Lo studio è stato condotto in doppio cieco contro placebo (solo vaccino antiDT).

RISULTATI: l'efficacia di ciascun vaccino, somministrato in tre dosi a distanza di due mesi l'una dall'altra, è stata determinata per 14.751 bambini di età inferiore ai 17 mesi. Per tutti e due i vaccini, l'efficacia è risultata dell'84% laddove l'efficacia del vaccino cellulare intero è stata solo del 36%. La risposta anticorpale è stata maggiore per i vaccini acellulari che per quello cellulare intero. Le reazioni indesiderate locali e generali, sono state significativamente più basse dopo la somministrazione del vaccino acellulare rispetto a quello cellulare intero. Per i

vaccini acellulari, la frequenza di effetti indesiderati è stata simile a quella del gruppo di controllo (gruppo del solo vaccino DT).

CONCLUSIONI: La vaccinazione primaria nel primo anno di vita, con due tipi di vaccini acellulari con tre componenti antigeniche (tossina pertossica, emoagglutinina filamentosa, pertactina) è risultata *fortemente efficace* nel prevenire la pertosse confermata clinicamente e con esami di laboratorio (coltura, test sierologici). L'inclusione nello studio di un gruppo di controllo che non ha praticato in nessun modo la vaccinazione ha consentito di ottenere una misura assoluta dell'efficacia dei vaccini. Senza questo gruppo, l'efficacia del vaccino cellulare completo non poteva essere stimata. Il confronto con altri tipi di vaccini acellulari contenenti cinque componenti antigeniche (e non tre, come nel presente studio) studiati in Svezia è solo in parte possibile per la diversità dell'impostazione metodologica e della scheda vaccinale seguita. L'efficacia è, comunque, risultata paragonabile a quella del presente studio (85%) se venivano usate cinque componenti antigeniche e molto meno efficace se veniva adoperato un vaccino a due componenti e cioè mancava la *pertactina*. L'incidenza delle reazioni indesiderate più comuni e meno comuni dopo la somministrazione del vaccino DTP cellulare completo sono paragonabili a quelle fino a oggi segnalate in letteratura per questo vaccino e superiori a quella verificatisi nei soggetti vaccinati con i vaccini acellulari.

COMMENTO: dopo questa ricerca, non credono vi siano più dubbi che si può mettere la parola fine a ogni discussione su efficacia e sicurezza dei vaccini acellulari antipertosse. Quanto al confronto del vaccino DTP cellulare si rimanda allo *short* che pubblichiamo accanto.

Donato Greco et al. e il Gruppo di lavoro Progetto Pertosse, A Controlled trial of two acellular vaccines and one whole-cell vaccine against pertussis
N. Engl. J. Medicine. 1996; 334: 341-8.

PAROLA CHIAVE: Vaccini Acellulari, Pertosse

SHORT

LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION E IL VACCINO ACELLULARE CONNAUGHT

Con una rapidità eccezionale per i suoi standard, la FDA sta per approvare, su parere favorevole dell'Advisory Committee il vaccino acellulare della Connaught per gli USA.

Tutti sanno che il vaccino cellulare testato nel trial effettuato in Italia era un vaccino Connaught. Questo vaccino cellulare ha dimostrato una efficacia del 36%.

Poco o niente, insomma.

Ci viene però il dubbio che l'interesse della Connaught su questo vaccino dovesse essere molto scarso se era già pronto per la FDA un vaccino acellulare.

Si tenga conto, infatti, che negli USA il vaccino acellulare finora può essere usato solo per la IV e V dose, cioè dopo 15 mesi, mentre per la I, la II e la III dose deve essere usato il vaccino cellulare.

Dal momento in cui la Connaught ottiene l'approvazione della FDA per il suo vaccino acellulare viene meno qualsiasi interesse per il mercato del cellulare perché questo mercato scompare.

Perché allora ha offerto il suo vaccino?

Inoltre, pare che al momento in cui la Connaught ha concesso il suo cellulare per il trial fosse già a conoscenza del risultato di un trial condotto in Germania nel quale il suo cellulare (a confronto del suo acellulare) aveva dato cattivi risultati. Cattivi risultati che non sono di tutti i cellulari per i quali continuano a essere indicati valori di efficacia, ottenuti sul campo superiori all'80%.

Ci è parso, del resto, abbastanza intrigante (oggi si dice così) ascoltare i relatori, in vari congressi, quando dicono, a proposito dei risultati del trial, che a questo basso valore di efficacia, loro credono poco e che, in verità e secondo loro, il vaccino cellulare è assai più efficace di quello *schifosetto* 36%.

Il progresso della società ha contribuito in modo decisivo, attraverso processi di produzione industriale, all'aumento della ricchezza prodotta, alla diminuzione della fatica, al prolungamento della vita dell'uomo e alla riduzione della mortalità infantile. Accanto alla caduta della mortalità neonatale e a quella dovuta alle malattie infettive, si è però registrato negli ultimi anni un aumento della morbilità e mortalità per m. tumorali, per incidenti, avvelenamenti e un aumento significativo di alcune malattie acute e croniche, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio (1 e 2).

dell'industria e nell'ambito domestico; le emissioni di questi inquinanti vanno diminuendo negli ultimi anni per l'uso nell'industria di olii combustibili a basso tenore di zolfo e per la penetrazione del gas metano nel settore domestico.

Ossidi di azoto (NOX: NO e NO₂): i contributi più elevati provengono dal settore trasporti e dal settore "produzione elettricità", tali emissioni sono in costante incremento specialmente per l'aumentato numero di veicoli circolanti.

Particelle Sospese Totali (PST): i maggiori contributi si hanno dai settori "materiali di costruzione", dalla siderur-

cessi fotochimici nell'atmosfera dovuti principalmente alla azione della luce solare, ossidi di azoto e altri idrocarburi si trasformano in altrettanti inquinanti, aldeidi, chetoni e soprattutto **ozono (O₃)**. I paesi del Sud, specialmente nelle stagioni più calde, sono particolarmente penalizzati.

Inquinamento in ambienti confinati (indoor)

Il fumo di sigarette contribuisce in maniera determinante a questo tipo di inquinamento ma non rappresenta il solo fattore. Altri inquinanti parzialmente nocivi sono

L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO E I DANNI ALLA SALUTE DEL BAMBINO

di Antonello Pisanti e Luciano de Seta
Ospedale SS. Annunziata, ASL 1, Napoli

Urbanizzazione, presenza di complessi industriali nelle periferie, aumento del traffico veicolare le cui emissioni si calcola che aumentino dal 5 al 10% ogni anno (3), riscaldamento e isolamento termico, fumo di tabacco, cottura dei cibi nelle abitazioni, inquinazione aereo-biologica, contribuiscono in maniera tangibile all'inquinamento dell'aria, minacciando pericolosamente la salute specie dell'apparato respiratorio dei bambini.

Inquinamento atmosferico (outdoor) e suoi indicatori.

I principali inquinanti emessi nell'aria e le cui concentrazioni possono essere misurate e monitorizzate sono:

Ossidi di zolfo (SO₂): i contributi più rilevanti provengono dai processi di combustione per la produzione di elettricità e produzione di calore, nell'ambito

gia e dai "trasporti", specialmente dalle emissioni provenienti dai motori diesel PM10 e PM15 che rappresentano le frazioni del PST, sottile e respirabile.

Monossido di carbonio: anche in questo caso le emissioni provengono dal settore trasporti e sono anch'esse in aumento.

Composti organici volatili: i contributi maggiori provengono dai "trasporti" (motori a benzina) e dalla "evaporazione dei solventi".

Ammoniaca (NH₃): le emissioni sono dovute al settore agricoltura, allevamento e pesca seguito da quello delle sorgenti naturali.

Piombo: è emesso dai veicoli a benzina e i suoi effetti sono oggi meno rilevanti per la legislazione vigente che ha ridotto significativamente il suo contenuto nella benzina.

Inquinanti secondari: per effetto di pro-

rappresentati da gas e solidi inorganici (SO_x e NO_x, CO, polveri, etc.) composti organici volatili (fumi e solventi), contaminanti biologici (virus, batteri, funghi, parassiti), fibre (amianto, tessuti, materie plastiche) e, infine, radiazioni ionizzanti (Radon) e radiazioni non ionizzanti.

Una ventilazione sufficiente e la circolazione dell'aria riducono in maniera significativa l'importanza di questi inquinanti. Molta attenzione inoltre va rivolta ai sistemi di ventilazione e refrigerazione dell'ambiente confinato (condizionamento d'aria) che a loro volta possono rappresentare una rilevante sorgente di inquinamento specialmente di tipo biologico (funghi e batteri come la Legionella).

Effetti patologici dell'inquinamento dell'aria

Vi sono effetti respiratori **acuti** riferibili

all'inquinamento atmosferico: tali effetti considerati in termini epidemiologici più che clinici si possono dimostrare col concentrarsi di eventi morbosi riferibili all'apparato respiratorio nel giro di pochi giorni, ovvero dal brusco incremento della mortalità dei sottogruppi di popolazione maggiormente esposti e recettivi (come appunto i bambini).

Le prime osservazioni furono fatte per la prima volta nel 1938 nella valle della Mosa in Belgio; in seguito, nel 1948 nella cittadina di Donora nei sobborghi di Pittsburgh (Pennsylvania); in tutti e due i casi, in condizioni meteorologiche favorevoli al ristagno dell'aria, furono accertate migliaia di casi riferibili a morbosità respiratoria acuta e a un cospicuo aumento della mortalità. Nel Dicembre del 1952, a Londra in un periodo di fitta nebbia e inquinamento (smog), si verificò un altro episodio drammatico e rilevante, con un notevole eccesso di extra morbosità acuta e extra mortalità per malattie dell'apparato respiratorio.

In tutti questi episodi furono valutate le concentrazioni dei principali inquinanti, furono rilevati valori molto alti di SO₂ e di particolato sospeso. Altri episodi sporadici di eccessiva extramorbosità ed extramortalità furono segnalati a New York, a New Orleans e a Londra a metà degli anni '60. Furono allora avviati studi epidemiologici atti a stabilire i limiti massimi di concentrazione dei prodotti della combustione: per la SO₂ fu evidenziato che 200-300 mcg/mc rappresenta la soglia per esposizioni brevi oltre la quale si verifica un aumento di morbosità acuta (4, 5, 6).

Problemi respiratori acuti possono verificarsi anche in presenza di un particolare tipo di inquinamento, il cosiddetto "smog fotochimico" o "smog di Los Angeles" dal nome della città dove è stato rilevato e studiato; gli effetti nocivi sono legati soprattutto a inquinanti secondari: ozono, aldeidi e chetoni che sono prodotti per effetto della luce solare dagli ossidi di azoto, e idrocarburi delle emissioni del traffico veicolare.

Negli ultimi anni, proprio per gli insegnamenti che sono derivati dai disastri ecologici delle epoche passate e dal controllo delle soglie di inquinamento dettate dall'OMS, il tasso di inquinamento da

SO₂ è alquanto diminuito sia per la drastica riduzione dell'industria pesante, sia per l'abbassamento del contenuto di zolfo nel gasolio per riscaldamento e autotrazione. Al contrario, l'effetto "Los Angeles" è ancora oggi sempre possibile specialmente in determinati contesti geografici e climatici (Napoli), ed è dovuto all'azione diretta dell'ozono da solo o insieme agli ossidi di azoto (NO_x); per questa ragione, specialmente nelle stagioni estive, si deve fare attenzione a non superare i valori di soglia, suggeriti dall'OMS, che sono di 180mcg/m³ per l'ozono e di 200mcg/m³ per l'NO₂.

Altri gravi effetti di tipo acuto, dovuti a un vero e proprio avvelenamento, sono quelli secondari all'inalazione di **ossido di carbonio (CO)**.

L'affinità di questo per la emoglobina è largamente conosciuta ed è sicuramente superiore a quella per l'ossigeno.

I livelli "medi" nell'aria di questo gas sono generalmente molto al di sotto della soglia di extramortalità ma spesso non si considera che essi, in condizioni particolari (gallerie, aria stagnante, elevate e particolari situazioni di traffico veicolare) possono indurre, specialmente nella popolazione infantile, casi di avvelenamento nei soggetti già affetti da malattie respiratorie ma anche nei lattanti e neonati sani. Infatti la presenza di emoglobina fetale aggrava in questi il rischio di avvelenamento. Ancora più ricettivi sono i bambini con anemia, quelli con talassemia o soltanto quelli portatori di tratto talassemico.

Anche se questi casi di morte sono ben noti, non si trovano nella letteratura scientifica dati a proposito, proprio perché, in un certo senso sono "ovvii" da un punto di vista etiopatogenetico e anche perché, per la natura stessa di tali eventi che si verificano "a macchia", sembra non vi sia nessun interesse di tipo "epidemiologico". È certo, comunque, che i combustibili attuali consentono l'emissione inavvertita di notevoli quantità di **CO** incolore e inodore che, a dosi basse di 15-85 p.p.m. (corrispondenti al 2-5% di emoglobina ridotta), possono determinare cefalea, malessere e disturbi neurologici ma, a dosi superiori a 200 p.p.m. (corrispondenti a oltre il 32% di carbossemoglobina), portano alla perdita di coscienza e a morte in pochi minuti (7).

Inquinamento atmosferico e asma bronchiale

L'aumento della prevalenza dell'asma infantile è coincisa con un forte decremento delle concentrazioni atmosferiche di SO₂, con un forte incremento delle concentrazioni di ossidi di azoto e di O₃ e di particolato (PST, PM₁₀, PM₁₅), tutti derivanti dalla combustione per autotrazione (8).

Inoltre le allergie respiratorie (comprese le pollinosi) hanno negli ultimi anni avuto un incremento notevolissimo.

Oggi sappiamo che uno stato di ipereattività bronchiale, che certamente dipende da fattori ereditari, si può acquisire anche dopo la nascita, (ipereattività b. acquisita), in questo caso sarà lecito invocare i fattori ambientali e in modo particolare **l'inquinamento atmosferico**.

Indagini condotte su popolazioni scolastiche infantili in Europa e negli Stati Uniti, hanno dimostrato l'esistenza di correlazione tra entità dell'inquinamento e comparsa di segni di irritazione e di ipereattività bronchiale (6, 15).

In particolare, hanno studiato gli effetti della SO₂ e delle PST Ware (16, 17), Charpin (18), Arossa (19). Ware ha coordinato uno degli studi più importanti sull'effetto dell'inquinamento in età pediatrica. Al Six Cities Study parteciparono bambini di sei città con livelli diversi di contaminazione atmosferica; furono esaminati, in base a sintomi respiratori e funzionalità respiratoria 10.106 soggetti. La frequenza di tosse e di asma fu associata in maniera significativa alla concentrazione media di vari inquinanti (SO₂ e PST). L'italiano Arossa ha invece condotto uno studio longitudinale su scolari torinesi di aree della città a diverso tasso di inquinamento, e ha dimostrato una differenza significativa della funzionalità respiratoria ed un miglioramento dopo l'applicazione delle norme anti inquinamento adottate nel 1983 in Italia.

Altri autori hanno osservato, in studi sia trasversali che longitudinali, gli effetti soprattutto degli ossidi di azoto e dello ozono e dei particolati emessi dalle auto. Shy et al. (1978), seguendo scolari di due zone a differente livello aereo di NO₂, ha evidenziato significative riduzioni dei parametri dell'espansione forzata nei soggetti esposti a più alti livelli di NO₂. Hig-

gins et al., in uno studio longitudinale su bambini esposti a livelli crescenti di O₃ e bassi livelli di SO₂ e NO₂, hanno dimostrato un relazione inversa tra tassi di ozono e parametri spirometrici e la reversibilità di tali effetti.

Anche Schwarz (20), ha dimostrato correlazioni tra patologia respiratoria e singoli inquinanti. La conclusione è che, allo stato attuale, nella grandi città, gli ossidi di azoto e gli inquinanti fotochimici sono i maggiori responsabili delle alterazioni funzionali respiratorie e della patologia asmatiforme.

Recentemente un ruolo importante viene attribuito alle particelle sospese con dia-

metro inferiore a 10 micron (PM₁₀). Il monitoraggio delle concentrazioni di tali particelle è molto utile per approfondire i rapporti tra asma e inquinamento dell'aria. Schwarz et al. (21) hanno studiato gli effetti della esposizione a PM₁₀ registrando il numero di visite al Pronto soccorso per asma bronchiale in 8 ospedali dell'area di Seattle - USA (2809 visite di cui 714 a bambini di età inferiore a 5 anni). Gli autori osservarono che la concentrazione di PM₁₀ dei precedenti 4 giorni era il miglior predittore della incidenza di visite.

Inquinamento e allergie

Blakley (22), alla fine del secolo scorso, aveva notato che la pollinosi era più frequente nelle città piuttosto che nelle campagne. Risultati di studi in Giappone (23) hanno suggerito che l'interazione tra esposizione ai particolati dei motori diesel e polline di Cedro (*Cryptomeria Japonica*) sia la causa di aumentata allergia al polline di Cedro nelle ultime decadi.

Studi molto recenti, di tipo sperimentale, su animali hanno dimostrato che inquinanti quali SO₂, NO₂, O₃ e gas di scarico aumentano la sensibilizzazione agli allergeni inalanti (24).

In conclusione, ormai è certo che gas irritanti e particolato incombusto (soprattutto quello prodotto dai motori diesel), oltre a produrre fenomeni flogistici diretti, hanno effetti di potenziamento nella sintesi di IgE specifiche verso i comuni allergeni (25).

Verosimilmente, ciò che è accaduto in Giappone nei confronti del Cedro sta accadendo in altre parti del mondo (26, 27), nelle città italiane per i pollini di graminacee, di parietaria, di betulla e per quanto riguarda specialmente i bambini per gli acari della polvere (26, 27, 28, 29). A Napoli è stato osservato che le allergie respiratorie sono aumentate negli anni di pari passo con l'incremento dei tassi di inquinamento atmosferico. In particolare si sta verificando che le cuti-positività agli allergeni inalanti (acari, parietaria, graminacee) si manifesta in maniera molto precoce nella popolazione infantile (29).

L'effetto degli inquinanti atmosferici nella genesi dell'asma bronchiale si verifica, quindi, a tre diversi livelli e modalità:

1) Effetti acuti degli aereoinquinanti che a

concentrazioni elevate possono determinare attacchi acuti specialmente nei soggetti asmatici, in particolare nei bambini.

2) Effetti flogistici diretti sulla mucosa bronchiale da esposizione cronica agli inquinanti i quali nel tempo possono indurre uno stato di ipereattività bronchiale.

3) Effetti da interazione degli inquinanti con gli allergeni inalanti.

Asma e inquinamento indoor

Acari della polvere e derivati epidermici di animali domestici (gatto) sono ormai riconosciuti come frequenti cause di allergie nella popolazione infantile (30).

Questi aeroallergeni assumono importanza ancora maggiore dal momento che concentrazioni basse di essi anche se non inducono attacchi di asma sono responsabili di induzione di ipereattività bronchiale aspecifica. L'aumento dei casi di asma infantile potrebbe essere causata anche da un maggior isolamento termico delle abitazioni, nonché da cambiamenti nei comportamenti di igiene e pulizia degli ambienti domestici e dal tipo di arredamento delle case moderne. Inoltre, un ridotto numero di cambiamenti dell'aria può accrescere la concentrazione di allergeni indoor e favorire la loro interazione con fumo di tabacco, emissioni di gas d'azoto delle cucine a gas e formaldeide (3, 8).

Conclusioni

Questa sintesi ha l'obiettivo di contribuire ad accrescere nei pediatri la consapevolezza dei problemi di salute che derivano dall'inquinamento atmosferico. Ciò è necessario per almeno due motivi:

1) poter incidere, a livello sociale e a livello politico, perché si possa provvedere con disposizioni opportune a migliorare sempre più l'habitat in cui vivono i bambini e riparare ai notevoli ritardi accumulati in tal senso;

2) poter incidere a livello individuale nel quotidiano dell'attività professionale, ricordandosi, nell'approccio diagnostico e terapeutico del bambino malato di valutare l'importanza di alcune noxae patogene di origine ambientale che nei testi comuni di medicina e di pediatria non vengono messe nell'evidenza che meritano.

La bibliografia può essere richiesta agli autori



Linee guida per il controllo del bambino Down

Una proposta dell'ACP Romagna

Pubblichiamo queste linee guida per il controllo del bambino Down da parte del pediatra di libera scelta. Sappiamo benissimo che il controllo del bambino Down non può essere compito di un solo professionista; vi devono concorrere tutte le professionalità che operano nell'area delle cure primarie. Questo che pubblichiamo riguarda, però, la figura centrale del controllo che, a nostro avviso, è il pediatra di libera scelta. Egli ha in mano la gestione sia dei controlli clinici del bambino Down che delle linee guida che suggeriscono di chiamare a consulenza anche gli altri specialisti. Da notare che qualsiasi consulenza deve pur sempre cominciare con un controllo da parte del pediatra; l'invio allo specialista deve avvenire solo se il pediatra riscontra che esistano i criteri per l'invio. Il pediatra del bambino Down, insomma potrà chiedere un ECG a sei mesi, come indicano le linee guida, ma sarà inutile che egli lo mandi dallo specialista cardiologo se non ha riscontrato soffi. Non lo manderà, parimenti, a fare la visita dell'ortopedico per il piede piatto se non risconterà un piattismo del piede. Diverso il discorso per il rapporto con il neuropsichiatra infantile con il quale il pediatra deve avere un rapporto di collaborazione frequente e intenso per una corretta valutazione globale del bambino.

Le varie schede

Nella scheda 1 il punto nascita trasmette al pediatra le informazioni che ha raccolto e che saranno utili per la gestione del bambino Down. Il punto 7 di questa scheda si riferisce ad un incontro fra il pediatra ospedaliero (che ha fatto la comunicazione della diagnosi) il pediatra di libera scelta e la famiglia. Questo incontro è difficile da fare durante la degenza, a meno che questa non sia particolarmente lunga. Può essere utile farlo anche dopo la dimissione, sia perché i genitori abbiano la percezione che ci si occupa di loro, sia perché l'ospedalizzazione in qualche modo sarà più frequente nel bambino Down che nel non trisomico e la famiglia conoscerà ancora l'ospedale, sia perché se i genitori hanno dei dubbi è meglio che li esprimano anche in presenza di chi ha fatto la prima comunicazione oltre che in presenza di colui che gestirà definitivamente il bambino. L'incontro può essere utile anche per trasmettere al pediatra di libera scelta le impressioni che il

pediatra ospedaliero ha avuto delle reazioni e dei rapporti intercorsi nei primi giorni di vita tra bambino e genitori.

Nella scheda 2 viene presentata una griglia dei tempi nei quali gli interventi vanno collocati. Le note a seguire commentano sinteticamente i singoli problemi.

Nella scheda 3 viene ricordata l'incidenza di alcuni problemi di salute, la loro frequenza nel bambino Down a confronto con la popolazione generale.

Infine pubblichiamo le curve di crescita del bambino Down per renderle agevolmente disponibili a tutti i nostri lettori.

Inoltre nei prossimi numeri della rivista pubblicheremo una messa a punto dell'esame neurologico secondo Amiel-Tison (1)(2) e del test di Denver, strumenti assai utili nella valutazione psicomotoria del bambino in generale ma anche nel bambino Down e che sono ancora troppo sottoutilizzati nella pratica corrente.

(G.B.)

SCHEDA 1

Punti da indagare alla nascita e da riferire al pediatra di base

1. Diagnosi prenatale (sì, no, perché)
2. Malformazioni associate (indagare con potenziali evocati uditivi, eco cerebrale, cardiaco e renale, Rx torace. Ricerca criptorchidismo, cataratta)
3. Mappa cromosomica (risultato)
4. Patologia perinatale (quale, degenza, terapia)
5. Collocazione nei percentili del bambino down
6. 1° incontro con i genitori del pediatra ospedaliero. (Riferire quando è stato effettuato e da chi è stato condotto)
7. 2° incontro con i genitori insieme al pediatra di base (Riferire se è stato fatto o non fatto).

SCHEDA 2: Follow up dei controlli da eseguire nel bambino con sindrome di Down dalla nascita a 12 mesi
Cerchiare le cose fatte.

	nascita	1 mese	3 mesi	5 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	2 anni	3 anni	4 anni
riconoscimento e inquadramento citogenetico	x									
screening neonatali	x									
controllo pediatrico clinico	x	x	x		x	x	x	x	x	x
valutazione auxologica	x	x	x		x	x	x	x	x	x
valutazione psicomotoria	x	x	x		x	x	x	x	x	x
vaccinazioni			x	x	x		x	x	x	
controllo ematologico	x						x	x		
controllo cardiologico					x					
controllo oculistico							x			x
controllo ortopedico			eco anche				x			x
controllo ORL	P.Evocati						x	x	x	x
ricerca malformazioni	x									
controllo funz. tiroidea									x	

COMMENTO AL FOLLOW UP

Riconoscimento e inquadramento citogenetico

Mappa cromosomica. Eventuale mappa cromosomica ai genitori. La presenza di traslocazioni bilanciate nelle coppie è un fattore di rischio elevato di ricorrenza.

Screening neonatali

Lo screening va condotto secondo lo schema utilizzato in tutti i neonati dopo la 72^a ora per fenilchetonuria, galattosemia, ipotirodismo.

Controllo pediatrico clinico

Il controllo clinico alla nascita deve essere svolto con particolare attenzione a ricercare malformazioni cerebrali (eco) cardiopatie congenite, atresia e stenosi delle vie aeree superiori, atresi e stenosi dell'apparato digerente, emie diaframmatiche, malformazione dell'apparato urinario (soprattutto agenesia renale monolaterale), displasia congenita dell'anca, criptorchidismo e cataratta congenita.

Valutazione auxologica

La valutazione auxologica segue il calendario delle visite pediatriche. Il controllo dell'accrescimento staturponderale va fatto con riferimento alle curve di accrescimento specifiche

per il soggetto down. Particolare attenzione deve essere indirizzata alla profilassi e al trattamento dell'eventuale obesità.

Vaccinazioni

I protocolli vaccinali sono identici sia per le vaccinazioni obbligatorie che facoltative a quelli di tutti i bambini. il vaccino anti HIB è fortemente consigliato nei bambini Down.

Controllo funzionalità tiroidea

Va fatto un controllo periodico della eventuale comparsa di ipotiroidismo a patogenesi autoimmune mediante dosaggio di T4 e TSH e delle frazioni anticorpali dirette contro la tireoglobulina (Ac-anti TG) e contro la componente microsomale cellulare (Ac-anti M). Da proseguire oltre il 12° anno, ogni 3 anni.

Controllo ematologico

Alla nascita vanno eseguiti emocromo e formula per la ricerca della policitemia e leucosi congenita. A un anno, emocromo. Se si evidenzia uno stato di anemia microcitica sono utili approfondimenti diagnostici (sideremia, T.I.B.C., protoporfirina eritrocitaria, ferritina ed elettroforesi dell'emoglobina). Eventuale controllo dello stato immunitario (dosaggio delle immunoglobuline, studio delle sottopopolazioni linfocitarie). Va sorvegliata la comparsa di celiachia (AGA, EMA) e di diabete mellito (HbA1c, anticorpi anti-insulina a 6 anni e successivamente ogni anno)

SCHEDA 3: Follow up dei controlli da eseguire nel bambino con sindrome di Down da 5 anni a 14 anni
Cerchiare le cose fatte.

	5 anni	6 anni	7 anni	8 anni	9 anni	10 anni	11 anni	12 anni	13 anni	14 anni
controllo pediatrico clinico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
valutazione auxologica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
valutazione psicomotoria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
vaccinazioni	x					x				
controllo funz. tiroidea		x			x			x		
controllo ematologico	x			x			x			
controllo cardiologico										
controllo oculistico			x			x			x	
controllo ortopedico	x		x						x	
controllo ORL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
controllo odontoiatrico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Controllo cardiologico

In tutti i soggetti Down è opportuno un controllo elettrocardiografico a 6 mesi di vita. Se c'è evidenza clinica di cardiopatia congenita alla nascita è necessario un approfondimento non invasivo con Rx del torace, ECG, ecocardiografia mono-bidimensionale. Se da queste indagini dovesse emergere un quadro di patologia malformativa con iperafflusso polmonare sarà necessario ricorrere entro 6 mesi allo studio emodinamico completo.

Controllo oculistico

In tutti i soggetti Down vanno effettuati un controllo oculistico al compimento dell'anno e successivi periodici controlli ogni 3 anni per evidenziare al più presto l'insorgenza di strabismo, cataratta e miopia e altre condizioni patologiche.

Controllo ORL

Ricerca alla nascita della sordità congenita con i potenziali evocati uditivi; sono necessari controlli annuali in relazione al frequente instaurarsi di ipoacusia trasmissiva da otite media essudativa. I tappi di cerume sono un problema frequente e fastidioso nel bambino Down.

Controllo odontoiatrico

E' da prevedere un controllo odontoiatrico in tutti i soggetti Down a partire dal 6° anno per evidenziare malocclusioni, parodontopatie e carie. Fluoroprofilassi secondo gli schemi abituali.

Valutazione psicomotoria

La valutazione psicomotoria segue nel primo anno il calendario delle visite pediatriche e delle valutazioni auxologiche e successivamente va effettuata ogni sei mesi fino a 5 anni di età e poi una volta all'anno. Valuta: (a) postura e motricità grossolane, (b) motricità fine e manipolatoria, (c) linguaggio, (d) socializzazione, (e) attenzione, (f) intelligenza, (g) apprendimenti scolari. Va condotto dal pediatra utilizzando il test di Denver appropriato per i bambini Down e l'esame neurologico secondo lo schema di Amiel-Tison (1) (2)

Controllo ortopedico

Va ricercata la lussazione congenita dell'anca. Va effettuato un controllo ortopedico specialistico al compimento dell'anno e successivi periodici controlli per il precoce riconoscimento di: varismo del 1° metatarso, piede piatto, ginocchio valgo, instabilità rotulea, scoliosi, episiolisi femorale.

Il 20% dei bambini Down ha una instabilità atlanto-assiale (I. AS). Nella radiografia del collo la distanza tra atlante e dente è superiore a 4 mm. Un bambino su sei o uno su dieci ha sintomi (paresi arti, parestesie, tosse, disturbi sfinterici). Per identificare l'I. AS. attenersi alle seguenti regole:

a 5 anni: screening radiologico (rx laterale in posizione neutra, in iperflessione del capo e in iperestensione del capo)

dai 5 anni, ogni anno: screening neurologico per i disturbi sopra accennati.

SCHEDA 4

Probabilità di patologie nella sindrome di Down.

Cardiopatie

frequenza
Sindrome di Down: 30-50% popolazione generale: 0.8-1%

Frequenza relativa di cardiopatia congenita nella sindrome di Down:

- Difetto dei cuscinetti endocardici: 36-47%
- Difetto interatriale: 9%
- Difetto interventricolare: 26.33%
- Pervietà del dotto di Botallo: 10%
- Tetralogia di Fallot: 1-6%

Ipotiroidismo

Criteri diagnostici di ipotiroidismo: T4 < 50 ng/ml.
TSH:>10 u.i./ml.
Criterio di ridotta riserva tiroidea: T4 normale.
Risposta esaltata del TSH al TSH. Rientro a livello entro 2 ore

frequenza
Sindrome di Down: 1/150 (adulto) Popolazione generale: 1/4000
anticorpi antitireoglobulina: 1/4
anticorpi antimicrosomi: 1/40

Diabete mellito

Più frequente nella sindrome di Down con età media di inizio a circa 8 anni

Leucemia

Più frequente nella sindrome di Down (8-60 volte)

LLA

frequenza
Popolazione generale 1/20.000-40.000 Sindrome di Down 1/500-5000.

bibliografia:

- (1) C. Amiel-Tison, A. Stewart: Follow up studies during the first five years of life: a pervasive assessment of neurological function. Archives of Disease in Childhood, 1989. 64, 496-502.
- (2) C. Amiel-Tison, F. Lebrun: L'examen neuro-moteur au cours de la première année de la vie. Journal de Pédiatrie et la Puériculture 1990. 7, 398-410.

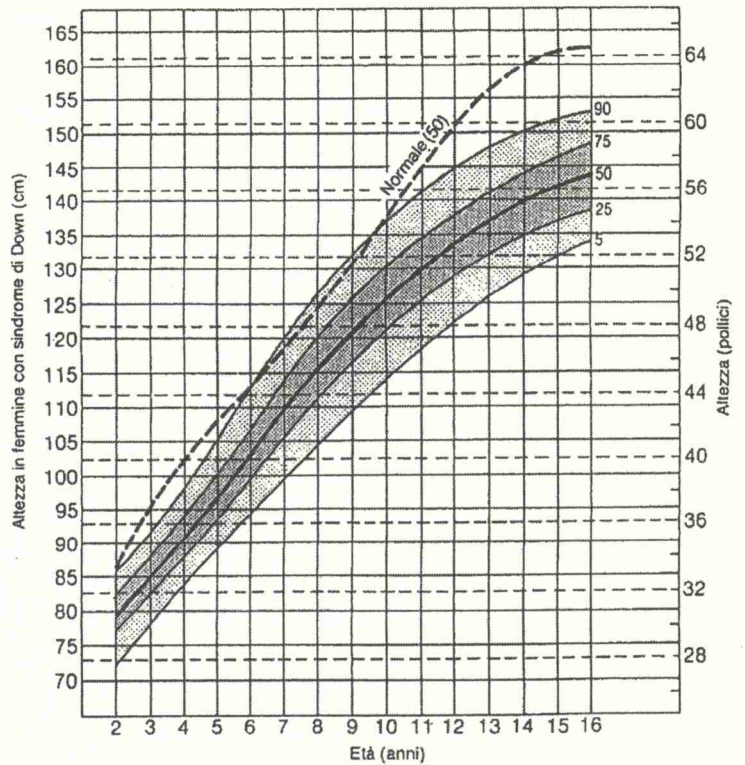


Fig. 1 - Altezza in femmine con sindrome di Down, dalla nascita a 16 anni (da Cronk et al. - 1988).

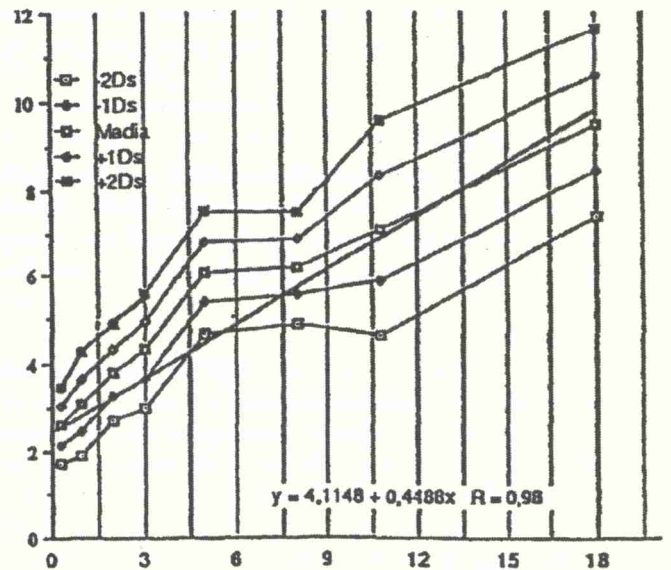


Fig. 2 - Medie e Deviazioni Standard del peso (per il valore centrale degli intervalli di età) in soggetti di sesso femminile dalla nascita a 24 mesi.

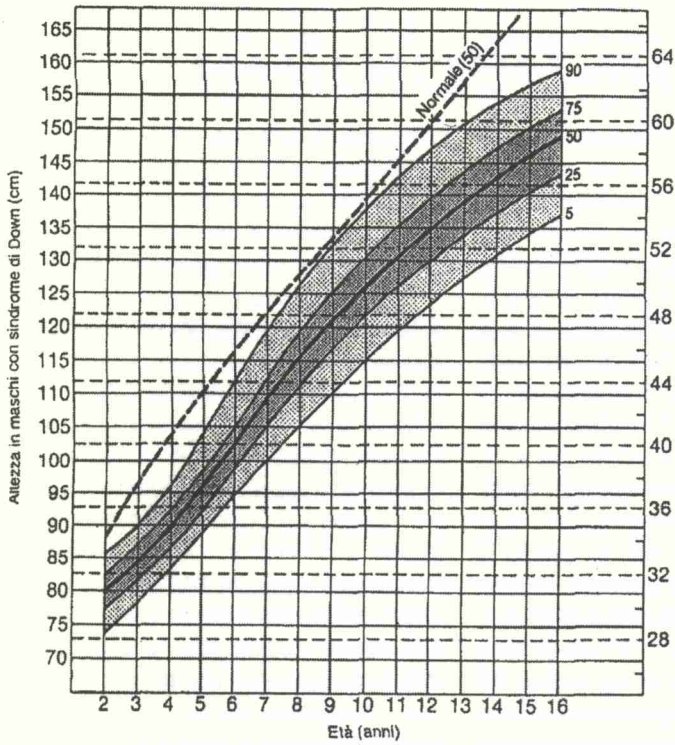


Fig. 3 - Altezza in maschi con sindrome di Down, dalla nascita a 16 anni (da Cronk et al. - 1988)

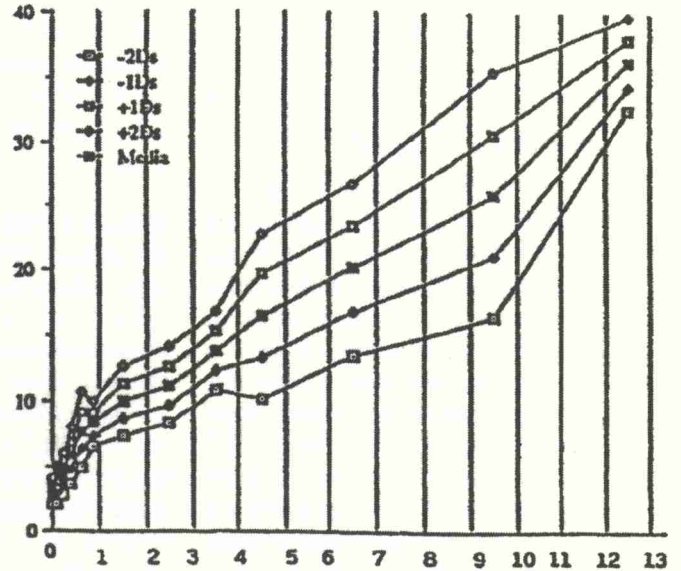


Fig. 5 - Medie e Deviazioni Standard del peso (per il valore centrale degli intervalli di età) in soggetti di sesso maschile dalla nascita a 14 anni.

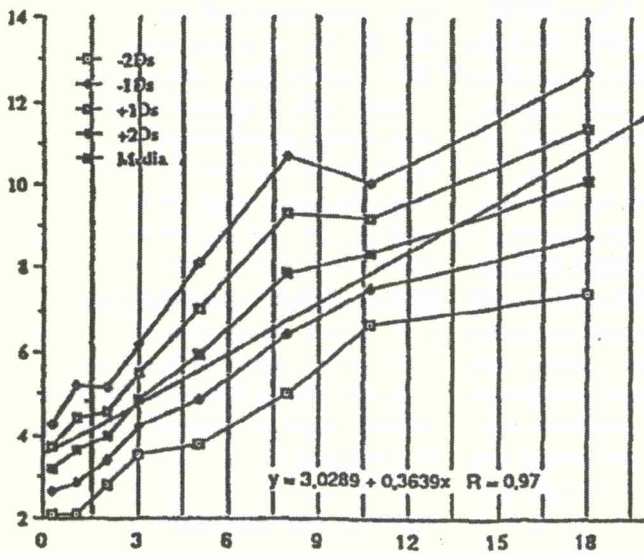


Fig. 4 - Medie e Deviazioni Standard del peso (per il valore centrale degli intervalli di età) in soggetti di sesso maschile dalla nascita a 24 mesi.

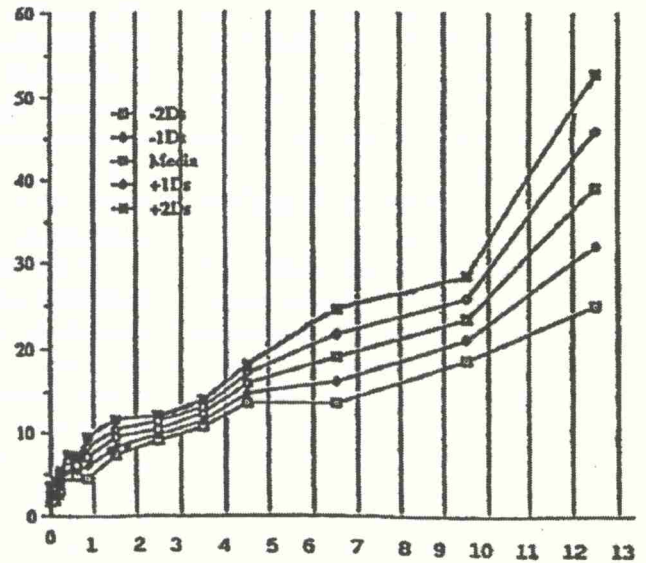


Fig. 6 - Medie e Deviazioni Standard del peso (per il valore centrale degli intervalli di età) in soggetti di sesso femminile dalla nascita a 14 anni.

I nuovi "device" in pediatria

di Michele Gangemi

In un precedente numero di *Quaderni ACP* ⁽¹⁾ ci eravamo occupati dell'uso degli spaziatori aerosolici e ci sembra utile ritornare sull'argomento alla luce delle novità sul mercato italiano, volte a migliorare la compliance del bimbo con asma e a ottimizzare l'efficacia della terapia aerosolica.

Nel bambino asmatico il farmaco deve raggiungere le basse vie aeree e i farmaci da veicolare sono bronco dilatatori, cortisonici, DSCG e Nedocromil.

Per raggiungere tale obiettivo la dimensione delle particelle deve essere compresa tra 1 e 5 micron, perché quelle più piccole vengono esalate e le più grandi si fermano nelle prime vie aeree, non raggiungendo le basse vie e provocando effetti collaterali vari a seconda dei farmaci inalati. I principali vantaggi degli spray dosati ⁽²⁾ consistono nel ridurre il tempo di esecuzione rispetto all'aerosolterapia con nebulizzatore jet o ultrasonico e nell'essere più maneggevoli e facilmente trasportabili, rendendone più facile l'uso nel caso di un accesso asmatico a scuola o durante l'attività sportiva.

Vi sono dei limiti dovuti essenzialmente alle seguenti cause:

1. necessità di coordinazione tra erogazione del farmaco e inalazione;
2. alta velocità di uscita del farmaco (120 km/h) che viene in minima parte convogliato nel flusso inspiratorio, impattando in gran parte nel cavo-faringeo;
3. svantaggi ecologici: l'uso del freon come propellente può però contribuire al buco nell'ozono ed entro l'anno 2000, dovrà essere eliminato;
4. possibile bronco ostruzione da freon;
5. esistenza del "COLD FREON EFFECT": fenomeno consistente nel blocco dell'inspirazione quando il propellente raggiunge il palato molle ⁽³⁾. Per ovviare ad alcuni inconvenienti, si è intro-

dotto l'uso degli "SPACERS" o spaziatori o camere di riserva, i cui principali vantaggi possono essere così riassunti:

riducono i problemi della coordinazione tra inalazione e rilascio della dose, in quanto il bimbo può compiere più inspiro per inalare il farmaco; rendono l'inalazione eseguibile con più atti respiratori e questo permette di eseguire la terapia anche a bimbi piccoli, seppure dispnoici; riducono gli effetti collaterali: le dimensioni delle particelle e la loro velocità diminuiscono per l'interposizione dello spaziatore e assicurano così una maggiore penetrazione nelle basse vie aeree;

riducono i problemi della coordinazione tra inalazione e rilascio della dose, in quanto il bimbo può compiere più inspiro per inalare il farmaco;

rendono l'inalazione eseguibile con più atti respiratori e questo permette di eseguire la terapia anche a bimbi piccoli, seppure dispnoici;

riducono gli effetti collaterali: le dimensioni delle particelle e la loro velocità diminuiscono per l'interposizione dello spaziatore e assicurano così una maggiore penetrazione nelle basse vie aeree.

Alcune caratteristiche degli spacers sono importanti per il loro funzionamento ⁽⁴⁾:

1. FORMA E VOLUME DELLO SPAZIATORE: nei distanziatori più piccoli una parte dello spruzzo va consumato, in quanto va a sbattere contro le pareti o la valvola, mentre i distanziatori più grandi non sono adatti al bambino più piccolo, in quanto richiedono un numero elevato di inspirazioni e tempi troppo lunghi per essere svuotati;

2. PRESENZA DI UN DISPOSITIVO A VALVOLA: sono forniti di una valvola a bassa resistenza che si apre in inspiro e si chiude in espiro, evitando che l'aria espirata entri nel distanziatore e faccia uscire

il farmaco, rendendo inutile la successiva inalazione;

3. PRESENZA DI UNA MASCHERA FACIALE: assai utile nei più piccoli. Pur non esistendo una soluzione ideale in assoluto, in quanto ogni sforzo va fatto per scegliere il "device" che meglio ottimizza la collaborazione del bambino, in base all'età e al suo volume corrente, va detto che lo spray più lo spacer vengono attualmente considerati la soluzione migliore, se non quella ottimale.

Molta attenzione è stata rivolta alle POLVERI PER INALAZIONE che sono sicuramente vantaggiose dal punto di vista ecologico ⁽⁵⁾.

Di queste, attualmente, sul mercato italiano esiste solo lo SPINHALER per l'inalazione del DSCG. Si tratta di un vecchio inalatore poco efficiente, infatti la quantità del farmaco che resta nell'orofaringe e che determina gran parte degli effetti collaterali è molto alta (circa 70% contro il 2-3% dello spray più spacer).

Dovrebbe, tra breve, uscire anche in Italia il TURBHALER per l'inalazione della Budesonide; nettamente più efficace ma con il limite che necessita di flussi inspiratori alti, non sempre possibili nel bambino piccolo, per permettere una buona penetrazione polmonare.

Quando il flusso inspiratorio passa da 58 a 36 L/min, la quantità di farmaco che arriva alle basse vie passa dal 28% al 15%; solo sopra i 6 anni un bimbo bronco ostruito ha un flusso inspiratorio superiore a 50 L/min ⁽⁶⁾.

Veniamo ora a considerare le quattro novità sul mercato italiano per quanto riguarda i "DEVICES":

1. VOLUMATIC
2. BABY-HALER

3. SPACER ANNESSO AL
BECLOMETASONE (CLENIL JET)
4. AUTOHALER (INALATORE
PREDOSATO MODIFICATO,
ATTIVATO DAL RESPIRO)

Il VOLUMATIC è uno spacer, prodotto dalla GLAXO (£.35.000) reperibile in farmacia. Il suo volume è di 750 ml, la lunghezza di 20 cm, è fornito di una valvola unidirezionale e ha un boccaglio, mentre non è dotato di mascherine⁽⁷⁾.

Le sue caratteristiche lo rendono adatto per i bimbi più grandicelli (alto volume e presenza di boccaglio) e ha come limiti l'ingombro e la possibilità di adottare solo spray prodotti dalla Glaxo, a meno di ingegnosi raccordi di invenzione personale.

Il BABY-HALER è sempre prodotto dalla Glaxo (£.60.000+12.000 per una maschera supplementare). Le sue caratteristiche (volume 350 ml, lunghezza 23 cm, 2 valvole a bassa resistenza: una inspiratoria e l'altra espiratoria; due mascherine differenti per età) lo rendono adatto per il bimbo più piccolo. Anche qui i limiti sono costituiti dall'ingombro e dalla possibilità di adottare solo spray prodotti dalla Glaxo, salvo le possibilità sopra riportate.

Il DISTANZIATORE di cui è fornito il CLENIL JET prodotto dalla Chiesi è fornito con il beclometasone spray. Ha forma di chiocciola e funge da distanziatore riducendo l'impatto di particelle in orofaringe e diminuendo quindi l'incidenza della candidosi orale; ma non risolve il problema della coordinazione, avendo un volume assai ridotto.

Infine, consideriamo l'ultima novità costituita dagli
INALATORI PREDOSATI
MODIFICATI (AUTOHALER).

Sono caratterizzati da un sistema grazie al quale è l'inspirazione del soggetto ad azionare la valvola della bomboletta che eroga il farmaco. La bomboletta va tenuta tra le labbra e basta un flusso inspiratorio modesto (circa 30 L/min.) per azionarla.

Ha il vantaggio di eliminare il problema della coordinazione ma, in compenso, ha notevoli svantaggi per l'elevata deposi-

zione del farmaco nel cavo orale con aumento degli effetti collaterali e riduzione della quota del farmaco che raggiunge le basse vie aeree⁽⁸⁾.

I due prodotti con queste caratteristiche sono il SALBUFAX e l'AEROTEC (SALBUTAMOLO SOLFATO). Accanto a questa novità, va ricordato che esiste l'aerochamber, prodotto dalla MARKOS (£.34.500 o 54.000 con mascherina). Ha alcuni pregi da segnalare:

1. piccolo ingombro;
2. possibilità di disporre sia nel modello con boccaglio (ideale) che di modelli con maschera di 3 dimensioni (lattanti, ragazzi, adulti);
3. strumento compatto senza necessità di assemblaggio;
4. adattabile a tutti gli inalatori spray.

L'unico svantaggio è costituito dal volume piuttosto piccolo (145 ml) per il motivo spiegato nelle caratteristiche ideali degli spacer.

Valutando pregi e difetti di Volumatic, baby-haler e aerochamber, va ribadito il concetto che sono tutti validi e, in base all'età del bambino e alla conoscenza della famiglia, il pediatra potrà decidere il più adatto al soggetto in questione, privilegiando nei più grandicelli l'alto volume dello spaziatore e nei più piccoli la presenza di maschere ben adattabili alle dimensioni di naso e bocca.

Un breve accenno va fatto all'uso del bicchiere di plastica con foro alla base in cui introdurre lo spray ma, da quanto detto, la sua utilità si limita alla funzione di semplice distanziatore, mancando la valvola che permette di bloccare l'erogazione del farmaco e consentire così più ispiri. Ha, inoltre, il limite della difficile adattabilità alle caratteristiche del naso e della bocca del bimbo con notevole fuoriuscita di farmaco.

Per concludere questa breve revisione, sembra necessario sottolineare come solo l'educazione all'uso di questi "devices" e la continua verifica da parte del pediatra della corretta esecuzione di tutti i passaggi della tecnica inalatoria consentano di ottenere risultati accettabili, altrimenti non perseguibili, pur con un corretto piano terapeutico⁽⁹⁾.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gangemi M. Agostini M. Come si utilizzano gli spaziatori aerosolici, *QUADERNI A.C.P.* 1994; 2:37

2. Battistini A. Come attuare al meglio la terapia aerosolica, *Parte 1°: Le metodiche*, *PED. MED. CHIR.* 1995; 17:97-103

3. Pedersen Frost L. Arnfred T. Errors in inhalation technique and efficacy of inhaler use in asthmatic children, *ALLERGY* 1986; 41:118-124

4. Chiaretti A. et Al, L'uso degli spaziatori come innovativo approccio nella terapia dell'asma, *PED. MED. CHIR.* 1994; 16:255-260

5. Newhouse M. T, Metered dose pressurized aerosols and the ozone layer, *EUR, RESPIR. J.* 1990; 3:1232-1233

6. Everdard M. L, Clark A.R, Milner A.D. Drug delivery from jet nebulizers, *ARCH. DIS. CHILD.* 1992; 67:586-591

7. Bisgaard H. Aerosol treatment of young children, *EUR. RESP. REV.* 1994; 4:17,1520

8. Ruggins N.R, Milner A.D, Swarbrick A, An assessment of a new breath actuated inhaler device in acutely wheezy children, *ARCH. DIS. CHILD.* 1993;68:477-480

9. Crompton G.K. Problems patients have using pressurized aerosol inhalers *EUR. J. RESP. DIS* 1982; 63 (SUPPL.119):101-104.

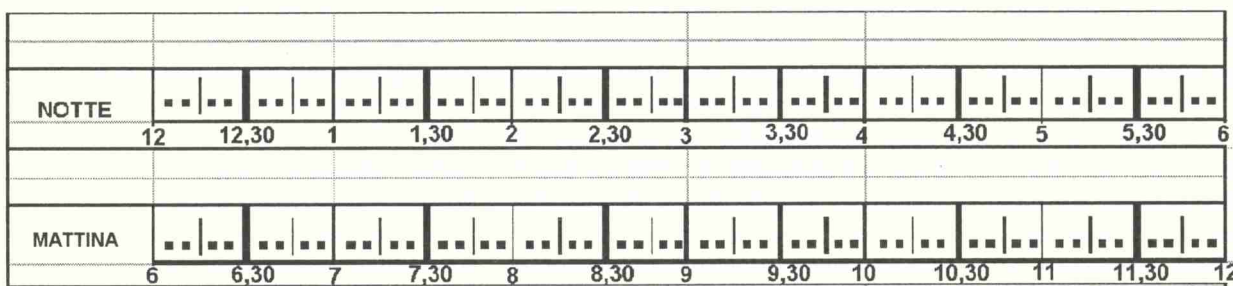
Come misurare il pianto nel lattante

a cura della divisione pediatria Ospedale Bufalini Cesena

I lattanti, si sa, piangono. Ma quando si può dire che un bambino piange troppo? Quando, insomma, bisogna dirlo al pediatra? Alcuni papà e mamma sono incerti o, tra di loro, discordi nel definire quanto il bimbo pianga.

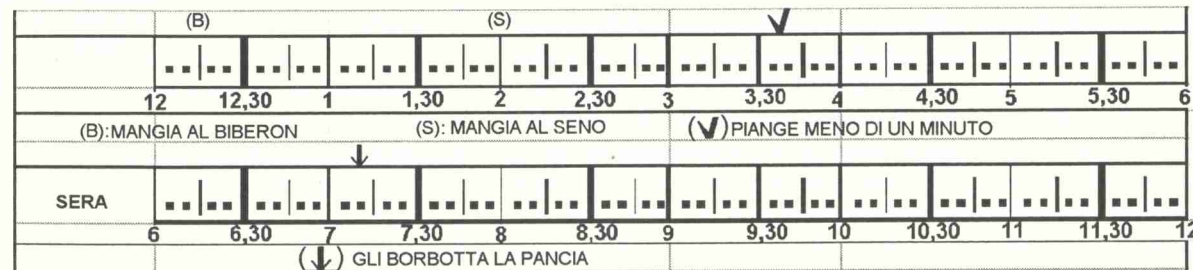
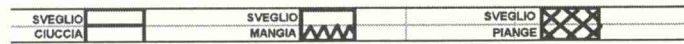
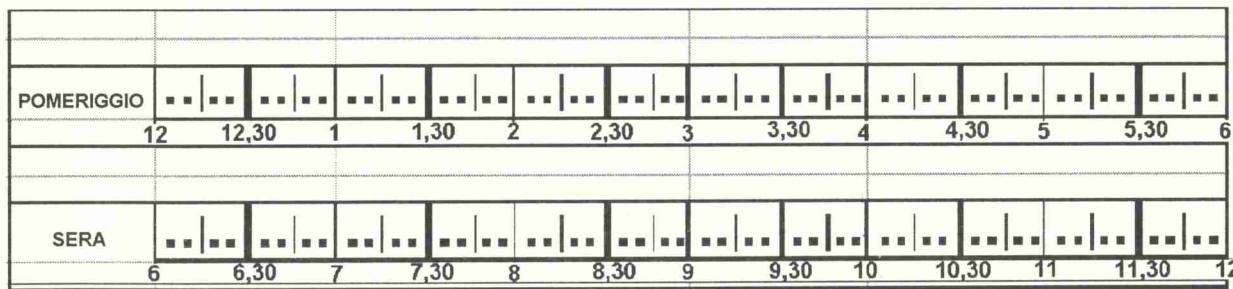
Questa scheda, che i genitori dovranno riempire e che sarà poi letta e interpretata con il pediatra, può realmente dar loro una mano a capire: quanto piange il piccolo, in quali occasioni e in concomitanza di quali eventi?

Quando, cioè, il pianto supera il "livello di guardia"?



Nel Grafico lineare a caselle ogni punto indica 5 minuti; ogni linea verticale piccola indica 15 minuti, ogni linea grande 30 minuti. Il grafico comincia alla mezzanotte di un giorno e finisce alla mezzanotte di un altro ed è suddiviso in notte, mattino, pomeriggio e sera.

La registrazione si fa riempiendo le caselle con i segni convenzionali indicati sotto e utilizzando fuori casella gli altri segni: (S) (B) etc secondo le indicazioni segnalate.



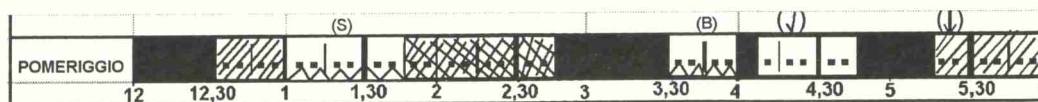
Alcuni simboli aggiuntivi da utilizzare per indicare quando:

- Mangia al biberon
- Mangia al seno
- Piange per meno di un minuto
- Gli borbotta la pancia

Esempio di compilazione di diario

Nella figura accanto il grafico è stato compilato in maniera da segnalare:

1. Dorme dalla 12.00 alle 12.30
 2. È sveglio e agitato dalle 12.30 alle 13.00
 3. Dalle 13.00 alle 13.45 mangia al seno
 4. dalle 13.45 alle 14.45 è sveglio e piange
 5. Dalle 14.45 alle 15.30 dorme
 6. dalle 15.30 alle 16.00 mangia al biberon
- ...e così via



Il programma di Formazione Continua

ACP

cedola da spedire a:

Programma di Formazione Continua ACP c/o Franco Dessì via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)

Desidero Ricevere come: socio ACP non socio ACP ente

La videocassetta del programma di Formazione Continua ACP

- n. 1: Il diabete infantile, i rischi di ipoglicemia. *Una lezione di Mauro Pocecco.*
- n. 2: Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali (parte prima: manifestazioni a carico del S.N.C.; in appendice la sindrome Uremico - emolitica e il botulismo infantile): *Una lezione di Sandro Ventura*
- n. 3: Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali (parte seconda. Le artriti reattive): *Una lezione di Sandro Ventura e Loredana Lepore*
- n. 4: ABC di dermatologia per il pediatra parte prima *di Fabio Arcangeli*
- n. 5: ABC di dermatologia per il pediatra parte seconda *di Fabio Arcangeli*
- le prime sei videocassette del programma di Formazione Continua ACP

Allego ricevuta versamento c/c postale 17010091 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - Sezione Sarda. Ho provveduto a specificare sul bollettino postale la causale del versamento.

Nome/ragione sociale.....

Indirizzo.....

CAP..... Città..... Tel/Fax.....

p.iva (necessaria per gli enti)

tariffe singola videocassetta: L.80.000 per soci o gruppi ACP formalizzati; L.100.000 per non soci ACP
L.150.000 per enti;

tariffe per il programma completo di formazione continua ACP (sei videocassette con uscita bimestrale, da completare entro il 31/12/95): L.400.000 per soci o gruppi formalizzati ACP; L.500.000 per non soci ACP; L.700.000 per enti.

Vaxem® Hib

Il vaccino contro le infezioni da *Haemophilus influenzae* tipo b



SCHEDE TECNICHE

1. Denominazione della specialità medicinale - Vaxem Hib (Vaccino anti-*Haemophilus influenzae* di tipo b).

2. Composizione qualitativa e quantitativa - Ogni singola dose di 0,5 ml di vaccino (ottenuta miscelando il contenuto del flacone con il contenuto della fiala-siringa) contiene: *Principio attivo*: 10 µg di oligosaccaride capsulare di *H. influenzae* tipo b coniugato a circa 25 µg di proteina Cross Reacting Material 197 (CRM 197). *Eccipienti*: 1 mg di idrossido di alluminio; 0,05 mg di sodio etilmercurio-tiosalicilato.

3. Forma farmaceutica - Sospensione sterile iniettabile.

4. Proprietà farmacologiche e tossicologiche - Il vaccino anti-*H. influenzae* tipo b è un vaccino glicoconiugato costituito da oligosaccaridi capsulari del batterio coniugati ad un carrier costituito dalla proteina CRM 197, mutante non tossico della tossina difterica. L'*H. influenzae* tipo b è una delle più frequenti cause di meningite batterica nei bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni; esso può inoltre causare altre patologie invasive quali epiglottite, polmonite, pericardite, artrite e setticemia. Il polisaccaride capsulare del batterio rappresenta il suo principale fattore di virulenza; livelli di anticorpi antipolisaccaride >1 µg/ml, passivamente trasmessi o indotti mediante vaccinazione, proteggono dalle infezioni invasive determinate da *H. influenzae*. I vaccini anti-*H. influenzae* costituiti dal polisaccaride capsulare del batterio inducono una risposta immunitaria di tipo timo-indipendente insufficiente per immunizzare i bambini di età inferiore ai 18 mesi; nel Vaxem Hib la coniugazione alla proteina CRM 197 di oligosaccaridi derivati dal polisaccaride capsulare di *H. influenzae* trasforma in timo-dipendente la risposta immunitaria al saccaride, aumenta la produzione di anticorpi ed induce memoria immunologica per cui la somministrazione di dosi booster consente di incrementare il titolo anticorpale specifico. La sperimentazione preclinica e clinica del vaccino anti *H. influenzae* ha evidenziato la sua elevata tollerabilità ed immunogenicità. La somministrazione di 2-3 dosi di vaccino ha indotto livelli anticorpali ben superiori alla soglia di protezione quasi nel 100% dei vaccinati.

5. Informazioni cliniche

5.1. Indicazioni - Immunizzazione attiva dei bambini da 2 mesi a 5 anni di età contro le malattie invasive causate da *H. influenzae* tipo b.

5.2. Controindicazioni - Evitare la vaccinazione in caso di accertata ipersensibilità ai componenti del vaccino e durante qualunque affezione di tipo febbrile.

5.2. Effetti indesiderati - Pur essendo estremamente tollerabile, la vaccinazione può essere associata alla comparsa di reazioni a livello del sito di somministrazione (eritema, tumefazione, dolore) o reazioni di tipo febbrile.

5.4. Speciali precauzioni per l'uso - La somministrazione del vaccino in bambini affetti da immunodeficienze congenite e/o acquisite ed in quelli sottoposti a terapia corticosteroidica può dar luogo ad una risposta immunitaria limitata o insufficiente. Anche se il vaccino anti-emofilo può indurre la formazione di anticorpi antidiferici, la sua somministrazione non può

sostituire la normale vaccinazione antidifterica. Come per qualunque altro prodotto di origine biologica non può essere esclusa la comparsa di reazioni di ipersensibilità: mantenere disponibili adrenalina 1:1000 e corticosteroidi per trattare eventuali reazioni allergiche di tipo immediato. Evitare la somministrazione endovenosa.

5.5. Uso in gravidanza - La somministrazione del vaccino anti-emofilo non è raccomandata durante la gravidanza.

5.6. Interazioni medicamentose - Il vaccino anti-emofilo può essere somministrato contemporaneamente ai vaccini anti-difterite/tetano, anti-difterite/tetano/pertosse, anti-poliomielite e anti-epatite B.

5.7. Posologia e modo di somministrazione - La scheda vaccinale consigliata per i bambini di età inferiore ai 12 mesi prevede la somministrazione di tre dosi di Vaxem Hib con un intervallo di 8 settimane tra l'una e l'altra. Nei bambini di età superiore ai 12 mesi generalmente si ottengono titoli anticorpali sensibilmente superiori alla soglia di protezione già dopo la seconda dose. Il vaccino va somministrato per via intramuscolare profonda, preferibilmente a livello della faccia antero-laterale della coscia nei bambini più piccoli. Per ottenere la dose vaccinale (0,5 ml), agitare e quindi iniettare la sospensione di idrossido di alluminio nel flacone contenente il vaccino. Agitare il flacone, aspirare l'intero volume della miscela ottenuta ed iniettare, per via intramuscolare.

5.8. Sovradosaggio - Non sono segnalati casi di sovradosaggio.

5.9. Avvertenze - Assicurarsi che l'ago della siringa non penetri nel lume di un vaso sanguigno.

5.10 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine - Non sono riportati effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.

6. Informazioni farmaceutiche

6.1. Incompatibilità - Non sono riportati casi di incompatibilità.

6.2. Stabilità - Vaxem Hib, se conservato a temperatura compresa tra +2 e +8°C è stabile per 2 anni. La data di scadenza indicata sulla confezione si riferisce al prodotto in confezione integra, correttamente conservato.

6.3. Precauzioni per la conservazione - Conservare in frigorifero a temperatura tra +2 e +8°C. Evitare il congelamento.

6.4. Natura del contenitore, confezioni, prezzo - Flacone di vetro neutro tipo I, contenente 0,25 ml di vaccino + fiala siringa in vetro neutro, tipo I, contenente 0,25 ml di sospensione di idrossido di alluminio. Prezzo L. 45.000.

6.5. Nome e ragione sociale del titolare A.I.C.: Biocine S.p.A., Siena, via Fiorentina 1.

6.6. Codice di A.I.C. e data di prima commercializzazione - A.I.C. Ministero Sanità n. 028780029 flacone + fiala siringa.

6.7. Eventuale tabella di appartenenza secondo la legge 22 dicembre 1975 n. 685 - Prodotto non soggetto alla suddetta legge.

6.8. Regime di dispensazione al pubblico - Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

Biocine S.p.A., via Fiorentina 1, Siena.

Vaxem[®] Hib

Il nuovo vaccino
contro le infezioni da
Haemophilus influenzae
di tipo b



Otite

Cellulite

Artrite

Pericardite

Meningite

Epiglottite

Polmonite

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



GIULIANI S.A. - Lugano (Svizzera)
Rappresentante per l'Italia **Bracco s.p.a.**