

# quaderni aap

bimestrale di informazione politico - culturale e di ausili didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri

## Il dibattito continua

edizioni no profit ACP



Associazione Culturale Pediatri "Umbria"

## XII GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

Perugia 19, 20, 21 settembre 1997

### Venerdì

- 9,00 Sessione Pediatria e società: dal dire al fare
- Le esperienze internazionali *F. Panizon* (Trieste)
- Alla ricerca dei valori terapeutici:  
l'associazionismo giovanile *L. Greco* (Napoli)
- L'adozione sociale *G. Tamburlini* (Trieste)
- Una scuola per tutti *A. Labonia* (Perugia)
- La città dei bambini: a passeggio a "Porta Pesa"  
*C. Sereni* (Perugia)
- Editoriale - La qualità delle cure in pediatria ambulatoriale  
*G. Biasini, A. Alberti* (Cesena)
- 16,30 Reazioni avverse gravi e rare ai vaccini,  
e il rifiuto vaccinale *G. Bartolozzi* (Firenze)
- 17,45 Il punto sull'otite media effusiva *E. Zocconi* (Trieste)

### Sabato

- 9,00 I test di sviluppo psicomotorio nell'ambulatorio  
del pediatra di famiglia *C. Laicardi* (Roma)
- Intervento peordinato *F. Ciotti* (Cesena)
- 10,00 La valutazione neurologica del bambino  
in laboratorio attraverso l'osservazione *G. Cioni* (Pisa)
- 10,45 I casi di Pasquale *P. Alcaro* (Soverato)
- 11,15 Gruppi di lavoro
- 15,00 Ospedale e pediatra di famiglia:  
e la dimissione precoce e l'iniziazione all'allattamento al seno  
*D. Baroncini* (Lecco), *S. Quintero* (Trieste)
- 16,30 Il punto sulla displasia dell'anca *G. Atti* (Ferrara)
- 17,00 Gruppi di lavoro

### Domenica

- 9,00 Novità in pediatria, parte II *F. Panizon* (Trieste)
- 10,00 Ecografia e fegato *G. Maggiore* (Pisa)
- 11,00 Pillola sulla scoliosi *G. Maranzana* (Trieste)
- 11,30 La clinica dell'immunità fragile *A. Ventura* (Pisa)
- 12,15 Gruppi di lavoro
- Casi clinici *P. Alcaro* (Soverato)
- Insegnare l'allattamento al seno  
*S. Quintero, R. D'Avanzo* (Trieste)
- La valutazione neuromotoria e cognitiva del bambino  
*G. Cioni*
- 17,00 Vaccini *G. Bartolozzi* (Firenze)
- La displasia dell'anca *G. Atti*
- Ortopedia *G. Maranzana* (Trieste)
- Otorinolaringoiatria *E. Zocconi*

#### Informazioni:

*Lucio Piermarini*, tel. 0744/403172  
*Franco Passalacqua*, tel. 075/5726350

#### Segreteria organizzativa:

*Tre emme congressi s.r.l.* via Risorgimento 4, 56126 Pisa  
tel. 050/44154 - 20583. Fax 050/500725 e-mail:  
treemme@sirius.pisa.it

Associazione Culturale Pediatri

## IX CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Alberobello (Bari) 24, 25, 26 ottobre 1997

### Venerdì

- *Volpi* (Firenze). Figli d'Italia. Quanti, quali e come.
- Gruppo di lavoro ACP. Indicatori-base di salute del bambino.
- *Panizon* (Trieste). Interventi efficaci in Pediatria preventiva.
- *Bert, Quadri* (Torino). Il counseling: dalla teoria alla pratica.
- Incontro con gli operatori della scuola.
- "Dialoghi di scuola e salute": i problemi e le risorse.
- *Ciotti* (Cesena). I disturbi dell'apprendimento.
- *Siani* (Napoli). La dispersione scolastica.
- *Cuomo* (Bologna). Lo sviluppo cognitivo del bambino con  
handicap.
- *Martino* (Ostuni). L'integrazione del bambino a scuola.

### Sabato

- *Armenio* (Bari). L'immunoterapia in Pediatria.
  - *Caroli, Chiarappa, Furet* (Bari, Parigi). Il bambino con obe-  
sità.
  - Gruppo di lavoro ACP. Statement sulla ricerca nell'area delle  
cure primarie del bambino.
  - *D'Avanzo, Cattaneo* (Trieste). Le cure per il neonato di basso  
peso: il sistema della madre-canguro.
  - *Auricchio* (Napoli). (Ri)leggere la celiachia.
  - *Arcangeli* (Rimini) *Bonifazi* (Bari). I fattori di localizzazione  
in dermatologia pediatrica.
- Assemblea con l'elezione del Presidente, di 5 Consiglieri e del  
Revisore dei conti.*

### Domenica

- Presentazione delle ricerche nell'area delle cure primarie.
  - Tavola rotonda su "Quale futuro per l'assistenza pediatrica in  
Italia": *Dirindin* (Torino, Economista sanitaria), *Calia* (Roma,  
Pedibas), *Tedeschi* (Reggio C., Ped. Ospedal.)
- Inviare i lavori al dr. M. Gangemi via C. Ederle, 36  
37126 - Verona entro il 30 giugno.

#### Segreteria organizzativa:

*Domenico Bruno* tel. 080/721747, 0330/938871 Fax 080/721940

Quota di partecipazione: L. 250.000

Per iscrizioni e prenotazioni alberghiere: Agenzia Globo,  
tel./fax 080/9322686

# 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.

E-mail: gbia@cessn.unibo.it

## Direttore responsabile

**Franco Dessi**

via Montiferru 6,  
09070 Narbolia (OR).

E-mail: fdessi@mbox.vol.it

## Redazione

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

c/o Salvo Fedele  
via Galileo Galilei 99,  
90145 Palermo.  
Tel. 091/201553  
E-mail: sfedele@mbox.vol.it

**Grafica e videoimpaginazione**  
**Ignazio Bellomo**

**P. R. Ester Prina**

## Pubblicità

**Comunicazione P. R.**  
viale Boezio 4, 20145  
Milano Tel. 02/33604500

## Stampa

**Rocco Curto Editore**  
Sasso Di Castalda 85050  
Potenza

**Autorizzazione** del Tribunale  
di Oristano 308/89

Spedizione in abbonamento  
postale comma 26 art. 2  
legge 549/95 Potenza.

**Tariffa** di abbonamento  
per i non soci:  
lit. 40.000 da versare sul c/c  
n. 12109096 intestato a  
Associazione Culturale  
Pediatri, via Montiferru 6,  
09070 Narbolia (OR).

© Associazione  
Culturale Pediatri

## Acp edizioni No Profit

La rivista è suddivisa in due  
sezioni:

### quaderni e ausili didattici

La sezione **quaderni** pubblica oltre a notizie sulla acp, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale dei medici e degli infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, 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 ai problemi 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.

Il disegno di copertina è tratto da "The Wheeling and Whirling Around Book" di Judy Hindley illustrato da Margaret Chamberlain, Walker Books London 1996. Le altre illustrazioni di questo numero sono tratte da "Ti voglio bene ma non ti amo" di Chiara Rapaccini illustrato dall'autrice stessa; Giunti Gruppo Editoriale 1996.

## Sommario

Maggio - Giugno 1997

## quaderni

- 2** Appuntamenti *Rubrica redazionale*  
XII Giornate Perugine; IX Congresso nazionale dell'ACP
- 4** Editoriale *Giancarlo Biasini*  
Sei anni di ACP
- 6** Congressi Controluce *Rubrica redazionale*  
Lussemburgo - Palermo - Napoli
- 8** Ricerca *AA. VV.*  
La resistenza all'Eritromicina dello *Streptococcus pyogenes*
- 9** Ricerca *AA. VV.*  
La resistenza ai macrolidi dello *Streptococcus pyogenes*
- 12** Educazione sanitaria *M. Iaia*  
Rischio pesticidi e alimentazione infantile
- 14** Libri *N. D'Andrea*  
Le recensioni del mese
- 16** Osservatorio internazionale *G. Biasini*  
Il sistema sanitario francese
- 18** Diritti  
Piano d'azione del Governo per l'infanzia e l'adolescenza
- 21** Qualcuno risponde al colonnello *L. Piermarini*  
Discutendo con un esperto di Medicina dello sport
- 22** Info & World - Info *Rubrica redazionale*  
Notizie di interesse sanitario dall'Italia e dal mondo

## ausili didattici

- 32** Leggere & Fare *Rubrica redazionale*  
Informazioni pratiche per persone pratiche
- 37** Bilanci di salute *G. Cerasoli*  
Visita a 5-6 mesi
- 40** Abc in pratica *L. Greco*  
Celiachia... in cielo, in terra, in mare
- 43** Informazioni per genitori e pazienti *AA. VV.*  
Come comportarsi in caso di febbre
- 45** Saper fare *D. Baronciani*  
Come riconoscere le lesioni da maltrattamento
- 51** Aggiornamento avanzato *C. Masullo*  
Le encefalopatie spongiformi umane (malattie da prioni)
- 54** Un po' per gioco *Rubrica redazionale*



## Sei anni di ACP

Giancarlo Biasini

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 4-5

*Questa relazione al IX congresso dell'ACP sarà più breve delle precedenti. Nei prossimi tre anni sarà infatti un altro acipino a guidare l'Associazione. Per questo nella relazione non si faranno programmi che dovranno essere invece tracciati dall'assemblea congressuale che eleggerà il nuovo presidente. Si indicheranno, soltanto, le linee sulle quali è avvenuto il percorso associativo dell'ACP negli anni scorsi e che possono essere indicative di uno sviluppo coerente.*

### 1. Lo sviluppo associativo

Le tappe dell'ACP, in questi ultimi sei anni di attività, le abbiamo vissute tutti quanti. Dal punto di vista organizzativo, anche senza "campagne", è spontaneamente cresciuto, fino quasi a raddoppiare, il numero degli iscritti; è cresciuto il numero dei gruppi locali. Si è consolidato il numero delle manifestazioni culturali in tutto il paese, sia quelle interne ai gruppi che quelle esterne, aperte a tutti i partecipanti. Dal punto di vista organizzativo si è riscritto lo statuto prendendo atto notarile delle modifiche avvenute che non erano state più registrate fino dalla presidenza di Marcello Orzalesi: ciò rendeva precaria l'esistenza e la funzionalità, specie economica, dell'Associazione. Vorrei qui ripercorrere, insieme con gli iscritti, alcuni temi che sono stati dominanti fino a istituire una abbastanza ben definita "cultura ACP" condivisa all'interno dell'Associazione.

### 2. La cultura Acipina

#### 2.1 Comunità e salute

Dal punto di vista della cultura organizzativa, si è affermata (per lo meno dentro l'ACP e per lo meno a livello culturale) la concezione della "funzione" di rete comunitaria della pediatria che è compito della pediatria di comunità, da chiunque essa sia svolta. Solo con la presenza di una rete funzionale, composta da tutti i pediatri (ognuno con le proprie funzioni), si può investire in progetti e si possono ottenere risultati. È passato inoltre il concetto che questo tipo di cultura fa tipicamente parte della preparazione del pediatra. I corsi universitari di pediatria di comunità gestiti anche dall'ACP - come quello della università di Milano - hanno avuto questo significato. Questa acquisizione, che pare oramai una base fondante della cultura dell'ACP, e che - solo qualche anno fa - era sembrata dividere il mondo della pediatria italiana, pare una delle più importanti conquiste degli ultimi anni. Quanto di questa "cultura", oramai digerita, si sia trasferita nella pratica è discorso del tutto

diverso, è problema che passa alla vita dell'ACP degli anni prossimi.

#### 2.2 La cultura del management

Il piccolo mondo della pediatria italiana ha dovuto affrontare negli ultimi due anni il problema della introduzione dei metodi del management in medicina: il buon uso delle risorse, e quindi l'etica dell'organizzazione, e i suoi rapporti con la soddisfazione del cittadino/cliente/paziente. Questo aspetto è sembrato avere inizialmente un impatto distruttivo quando si è presentato nel mondo della cosiddetta "dipendenza" con strumenti che si chiamano budget, DRG, centri di costo, centri di responsabilità. Arriverà sicuramente, fra non molto, nel mondo della convenzione. Ci sono già esperienze, almeno nell'Italia del Nord, che - pur non richiamandosi al budget in versione inglese - fanno comunque riferimento a logiche di responsabilizzazione del pediatra e del medico generalista. L'ACP non ha demonizzato l'ingresso di questi strumenti nel mondo della dipendenza anche se questi eventi sono sembrati a qualcuno (si veda la riunione di Bologna della SIP nell'aprile 1995) terribili e destruenti fantasmi. L'ACP ha detto sin dall'inizio che i DRG erano solo sistemi di misura: imperfetti come tanti, arbitrari come tanti. Arbitrari almeno, e non più, dell'odiatissima occupazione media dei P. L. che era stata la croce di generazioni di ospedalieri. Ma se si conveniva che, in qualche modo, era necessario misurare occorrevano dei sistemi di misure e la cosa più importante da fare era conoscere - con la maggiore esattezza, o approssimazione, possibile - i difetti, le imperfezioni dei sistemi di misura proposti. Per questo l'ACP non ha pianto miseria: ha organizzato i suoi corsi (4 corsi di 16 ore l'uno per 120 colleghi) prima di tutto per capire. E la prima cosa che ne è uscita è stata la notevole differenza fra "punti DRG" delle neonatologie, che ne erano danneggiate come tutte le terapie intensive, e "punti DRG" delle pediatrie.

Con la collaborazione dei colleghi ospedalie-



ri (ricerche di Parizzi e coll.; rete ospedaliera curata da D'Andrea e coll.) ha messo in piedi ricerche ancora per capire. Attualmente il timore si è attenuato. Non è da credere che l'attenuazione sia dovuta solo all'aumentato punteggio di tre DRG neonatologi e al riconoscimento del punteggio per il neonato sano per i quali la SIP si è giustamente battuta: quello che non si è capito è se l'attenuazione è avvenuta per assuefazione, per assimilazione o per comprensione.

Sembra di potere dire, comunque, che quello della valutazione e del management è un aspetto che il nuovo consiglio direttivo deve tenere sott'osservazione perché ci sembra che esso sia fondamentale per i prossimi anni.

Si tratta di capire come la pediatria debba prepararsi a questo scenario che con un nome pomposo viene chiamato "della qualità", ma è comunque quello della disponibilità a cambiare.

È probabile che una iniziativa in tal campo sia ancora utile. In Basilicata, dalla collaborazione dell'ordine dei medici di Matera con l'ACP, è nato, nell'aprile 1997, un convegno sulla qualità in medicina che potrebbe essere un modello a cui pensare.

### **2.3 La cultura dei bisogni speciali**

Un terzo aspetto dell'attività ACP è stato quello del bambino con bisogni speciali e del bambino a rischio sociale. Sul primo rimane fondamentale la ricerca ACP-Negri, sul secondo sono stati organizzati, negli ultimi due anni, due convegni di elevato livello in due sedi di grande significato sociale: Napoli e Palermo. Questo è un problema sul quale è stato detto già molto, ma certo solo una piccola parte del reale. Si è comunque giunti a una definizione oramai precisa di "chi è" e "quali caratteristiche ha" il bambino a rischio sociale: il sistema degli indicatori è stato oramai definito.

È stato anche abbastanza precisato l'insieme delle funzioni delle varie parti della pediatria nei riguardi del problema. A questo è seguita una presa di posizione politica dell'ACP nei riguardi di questo stato sociale che discrimina i bambini. Si è già detto che il problema del bambino a rischio sociale è nato, in ACP, come un trascinarsi del problema del "bambino con bisogni speciali".

Proprio per dare un senso più compiuto alla presenza dell'ACP in questo ambito il consiglio direttivo dell'ACP, riunito a Trieste nel dicembre scorso, ha affidato a Giorgio Tamburlini (e ad un gruppo da lui coordinato) il compito di individuare una serie di indicatori utili a valutare lo stato generale della salute dell'infanzia che non faccia solo riferimento agli indicatori classici di mortalità, ma includa anche indicatori socio-demografici-scolastici.

Questo contribuirà anche a fare intendere la possibilità di sviluppare ambiti di ricerca e di approfondimento sul piano assistenziale.

### **2.4 La ricerca in ACP**

Sul significato della ricerca nell'area delle cure primarie e sul rapporto fra ricerca e formazione si è detto, in ACP, oramai tutto. Sarà permesso di non ripeterci rispetto alle relazioni degli anni precedenti.

Sembra, invece, che una riflessione e una revisione dell'attività passata vadano fatte. Non sembra più possibile che ci si limiti alla istituzione di un organo di collegamento fra i gruppi: la segreteria per la ricerca. Non sembra più possibile che "l'ideazione" dei progetti resti una funzione solo nelle mani dei gruppi locali. Sembra necessario un organo di collegamento/coordinamento/supervisione che suggerisca e, nel corso dello svolgimento, valuti/corregga le iniziative di ricerca. Questo organo di collegamento dovrebbe avere il compito di suggerire linee di ricerca che partano da una lettura dei bisogni dell'infanzia e di indirizzare in questo ambito le iniziative che emanano dai gruppi locali, trovando eventualmente le risorse necessarie. Pur tenendo conto della libertà/possibilità che i gruppi diano avvio a iniziative di ricerca locali, autonome e autogestite, oppure a proporre ambiti di ricerca "sopralocali", si deve prendere atto - per il passato - che molte delle ricerche di questi anni hanno avuto un respiro abbastanza limitato.

Sembra inoltre necessario che, per fare questo salto di qualità, l'ACP trovi collegamenti più stretti con Istituti che si occupano istituzionalmente di ricerca.

I collegamenti con il "Mario Negri" per lo studio sulle malattie croniche e con il "Burlo Garofalo" per la formazione sul progetto dell'allattamento al seno sono stati un esempio cui si può fare riferimento.

### **2.5 L'assenza dell'università dalla formazione del pediatra**

La completa assenza di iniziative dell'università (con le solite sparute eccezioni) sui problemi espressi nei paragrafi che abbiamo sopra esposti conferma la più volte denunciata lontananza/assenza della formazione universitaria dai veri problemi dell'assistenza di base (territoriale e ospedaliera) e riconferma la necessità che vi sia un'organizzazione autogestita dai pediatri per far fronte alle carenze della formazione accademica. Anche su questo sarebbe perdita di tempo ripeterci.

Quelle sopra riassunte sembrano potere essere indicate come le basi fondanti della cultura ACP.

### **3. La funzione di "quaderni acp"**

Una cosa sulla quale, invece, si è discusso poco in ACP riguarda la funzione e la qualità di *quaderni*. Molti colleghi hanno detto, e qualcuno ha scritto, che si tratta di una buona rivista, assai diversa dalle altre, in discreta parte utilizzabile. Ci è, però, sempre sembrato, e continua a sembrarci, che la mancanza di critica/critiche sia un limite serio allo sviluppo della rivista. Non è possibile, infatti, che tutti pensino che la rivista e la sua funzione vanno bene così e che meglio di così non si può fare. Per questo continuiamo a sollecitare critiche e contributi in sede congressuale e nelle pagine della rivista stessa.

### **4. Conclusione**

Anche se il ringraziare è verbo poco usato, nello stile secco dell'ACP, credo di dovere rivolgere un ringraziamento a tutti coloro che nei direttivi, nelle segreterie, nei gruppi, nella redazione di *quaderni*, hanno collaborato per lo sviluppo dell'Associazione nei sei anni trascorsi. ■





## LUSSEMBURGO

VIII meeting  
della S.E.R.P.A.

Il convegno si è tenuto a Lussemburgo il 16 e 17 novembre e hanno partecipato circa cento pediatri europei provenienti da Francia, Spagna, Svizzera, Belgio, Portogallo e Italia.

La presenza italiana è stata purtroppo scarsa (6 su 90 iscritti); le comunicazioni presentate sono state discrete, ma non esaltanti: Gangemi (VR) ha presentato un lavoro dei pediatri giuliani sulla Sindrome del Burn-out nel personale pediatrico; Raimo (VR) ha parlato dei problemi psicorelazionali in pediatria ambulatoriale; Venturelli (BG) ha riportato l'esperienza di Bergamo per la difesa del bambino dall'inquinamento ambientale. Il convegno ha toccato altri argomenti, dibattuti in tavole rotonde.

- L'allattamento al seno: i dati sull'allattamento materno in Spagna sono sovrapponibili a quelli italiani, presentati con notevole puntualità e incisività dal nostro Conti Nibali, ormai esperto e rigoroso sostenitore di "Breast is best": slogan ripreso da pubblicazioni e video targati OMS, utilizzati dai colleghi francesi per la formazione di personale medico, paramedico e genitori; a tal proposito anche in Italia sono partiti i primi corsi di formazione sull'allattamento al seno, coordinati dall'ufficio cooperazione internazionale del Burlo di Trieste e da Sergio Conti Nibali. È stato ribadito che uno dei momenti più importanti per favorire l'avvio dell'allattamento materno è il precoce e costante contatto tra neonato e madre fin dalla nascita.

- L'utilizzazione degli antibiotici in età pediatrica in Europa: per l'Italia era presente Roberta Luchelli che ha presentato i dati di una ricerca dell'APREF; in tutti i paesi emerge il problema dell'abuso di nuovi antibiotici per la cura delle patologie respiratorie. La popolazione francese ha un consumo di antibiotici doppio rispetto a Italia e Gran Bretagna e di due volte e mezzo rispetto alla Germania; le

considerazioni emerse sono state: più razionalità nelle prescrizioni, ritorno a molecole semplici, meno costose, attenzione alla compliance.

- La qualità di vita del bambino: è stato presentato un questionario da un gruppo di lavoro di psichiatri e pediatri di Lione. Serve come autovalutazione da parte del bambino o dei genitori del suo modo di vivere, relativamente a: autonomia, scelte, funzioni, ambito familiare; i colleghi francesi vorrebbero allargare a una ricerca europea tale valutazione, mettendo a confronto, in particolare, qualità di vita e patologia cronica nell'infanzia.

Il prossimo appuntamento della SERPA è a Firenze: si spera, almeno in Italia, in una più numerosa partecipazione di pediatri autoctoni!

L. V.

## PALERMO

Rischio sociale

"Si può, si deve, si cambia..." con queste parole Gaetano Giunta, Assessore alle politiche sociali del Comune di Messina, ha chiuso la sessione sui progetti possibili al convegno sul "Bambino a rischio sociale" tenutosi a Palermo dal 28/2 al 1/3. Dopo circa due anni dal convegno di Napoli l'ACP è tornata a parlare di rischio sociale in modo sistematico e scientifico, in una città, Palermo, che come Napoli o forse di più, vive grandi contraddizioni, ma anche grandi mutamenti che, come ha detto il Sindaco Orlando (presente a tutta l'ultima sessione del convegno) costano sacrifici, impegno ma anche creano opportunità nuove. Il problema del bambino a rischio sociale interessa tutto il Paese, ha affermato il Sindaco nel suo intervento conclusivo, e anche molti paesi europei, ma al Sud il bambino a rischio sociale vive in una città che è anch'essa a grave rischio sociale per cui i problemi dei bambini non possono e non devono essere scissi da quelli della città in cui vivono. Ed è per questo che l'intervento di Tonucci (ormai assiduo relatore ai con-

vegni ACP) sulla città dei bambini è diventato un intervento centrale. Rispetto a Napoli, Palermo ha rappresentato un passo avanti: ormai sono chiari i numeri del disagio, sono chiare le dinamiche e cominciano a essere chiare anche le metodologie di intervento. Ha preso corpo la rete (molto ben illustrata dalla prof.ssa Di Nicola), sono chiari gli indicatori, sono possibili gli interventi. I progetti portati avanti a Messina, Napoli, Cesena, Trieste, Lecco, dove gli operatori hanno realizzato la rete dall'alto (a Cesena) o dal basso (a Napoli) ne sono la chiara dimostrazione. E allora gli interventi a favore di questi bambini e delle loro famiglie sono possibili, ma gli operatori devono sapere che per realizzarli nella pratica bisogna togliersi l'elmo, spogliarsi del camice, accettare il consenso sulle priorità, lavorare per obiettivi precisi e a bassa soglia, puntare cioè ai miglioramenti e non alle soluzioni, essere operatori ben visibili nelle comunità dove si opera. Il progetto sperimentato a Napoli in aree (Secondigliano) di così grande concentrazione del disagio sociale ha mostrato che è possibile l'identificazione precoce (alla nascita) di bambini a grave rischio sociale (attraverso sei semplici indicatori sociali) e l'attivazione dell'aiuto sociale e sanitario è in questo modo efficiente ed efficace. Bisogna dare atto all'ACP di essere stata la prima società scientifica in Italia ad aver compreso che quella del bambino a rischio sociale è la nuova malattia della nostra società e ad aver affrontato il problema con rigore scientifico e con passione. Ai colleghi di Palermo che hanno organizzato un convegno senza sponsor va il grazie di tutta la società civile che ha a cuore il destino di questi bambini e che non sta a guardare dall'esterno il fenomeno studiandolo in modo asettico, ma va al cuore del problema e, sul campo, si sporca le mani.

P. S.





## NAPOLI

### Conferenza sulla droga

Dal 13 al 15 marzo si è tenuta a Napoli la II conferenza sulla droga (la prima tre anni fa si era svolta a Palermo) fortemente voluta dal Ministro della solidarietà sociale On. Livia Turco. La conferenza, a cui hanno partecipato i Ministri della Sanità, della Giustizia e che è stata aperta dal Presidente della Repubblica e chiusa dal vicepresidente del Consiglio Walter Veltroni, è stata animata dagli oltre 2.000 operatori che in tutta Italia affrontano sul campo il problema droga. Sono attualmente 93.832 i tossicodipendenti in cura presso i 562 SERT, 22.165 i giovani in cura presso le 1.370 comunità terapeutiche; l'età media dei tossicodipendenti è di circa 30 anni. Il 52% dei soggetti riesce a conciliare lo stato di dipendenza con il lavoro. Il 90% di chi si rivolge alle strutture lo fa per dipendenza dall'eroina, stanno aumentando però i problemi legati alle nuove droghe. In questi ultimi anni i morti per overdose sono andati aumentando: sono stati 42 nel 1977, 242 nel 1985, 1.161 nel 1990 e 1140 nel 1995. Circa 15.000 morti in 20 anni: il nostro Vietnam, l'ha definito Walter Veltroni o la più grande strage di mafia don Luigi Ciotti.

A Napoli l'età media dei tossicodipendenti che frequentano i Sert è di 27 anni (25-34 anni), il 45% ha la licenza media inferiore, il 30% quella elementare, oltre il 58% è costituito da disoccupati o in cerca di prima occupazione. Le strutture pubbliche più numerose sono in Lombardia (82), poi c'è il Piemonte (63), la Puglia (59), il Lazio (48). Le strutture private sono 294 in Lombardia, 140 in Emilia, 131 nel Veneto. Una partita difficile per la nostra Società quella della droga che va affrontata certamente sul versante della prevenzione e non soltanto su quello terapeutico. Si è parlato della necessità di formare "unità di strada" che senza aspettare il tossicodipendente vadano da lui (offerta attiva) lo preparino al contatto con i Sert, offrano siringhe pulite e preservativi per abbassare il rischio AIDS. Una scritta tra le tante sventolate dai

ragazzi delle scuole medie ci è sembrata la più efficace e anche la più suggestiva per disincentivare i giovani all'uso delle droghe: "a Napoli neanche il Vesuvio fuma più".

L'appuntamento è fra tre anni, speriamo per contare qualche decesso in meno.

P. S.

## NAPOLI

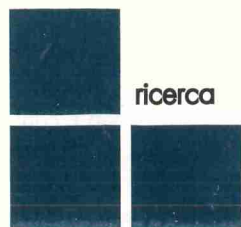
### Corso interattivo di pediatria di comunità

A Napoli dal 13 al 15 febbraio si è tenuto il primo corso interattivo di pediatria di Comunità organizzato dalla Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli studi di Napoli "Federico II", dall'ACP Campania e dal Distretto 50 dell'ASL 1. Al corso, che era a numero chiuso, hanno partecipato 25 pediatri dei consultori o degli uffici vaccinazioni, 10 assistenti sociali, 2 psicologi e 1 sociologo: tutti operatori territoriali. Il corso è stato articolato in sessioni di lavoro (tre al mattino e due nel pomeriggio) con brevi relazioni di esperti (Auricchio, Biasini, de Seta, Baronciani, Acerbi, Greco) seguite da lavoro a piccoli gruppi (otto discenti per gruppo con 1 tutor) con successiva presentazione e discussione in assemblea plenaria degli elaborati di ciascun gruppo. È la prima volta che a Napoli si affronta in un corso strutturato, e con il fattivo contributo della Scuola di Specializzazione in Pediatria, il ruolo e la funzione del pediatra di comunità, che come ha ribadito il prof. Biasini è colui che guarda da lontano i bambini e annota i dati che rileva, che non visita un bambino ma si occupa di tutti i bambini, cioè della comunità. Se un pediatra di comunità volesse vedere da lontano, per esempio a Secondigliano, i problemi della sua comunità vedrebbe: un certo numero di pediatri di base che conoscono bene tutti i problemi ma soltanto dei loro 500-800 assistiti; vedrebbe i due uffici vaccinazioni che conoscono solo i bambini che hanno vaccinato, ma che non sanno nulla dei non vaccinati,

neppure quanti sono e dove sono e continua ad aspettarli (inutilmente, perché non verranno); vedrebbe che il pediatra del consultorio visita bambini già visti dal pediatra di base; vedrebbe che i servizi sociali conoscono i bambini e le famiglie che a loro si sono rivolti, ma non sanno quanti bisogni speciali vi sono nel distretto. Nel distretto nessuno rileva i bisogni di salute ma si riceve solo la domanda di salute che è consentita a coloro che sanno fare le domande; ed è ormai noto che chi più ha bisogno (per esempio le famiglie a rischio sociale) meno chiedono e sono proprio questi bambini a Napoli i meno vaccinati, quelli che si ricoverano di più, che usano in pratica poco e male i servizi di prevenzione che pure esistono. L'obiettivo del corso era quello di iniziare un percorso di formazione per gli operatori (pediatri e non) che dovrebbero occuparsi di comunità in una realtà socialmente difficile come quella napoletana. Per cui è stato dato grande rilievo alle problematiche del bambino a rischio sociale e sono stati presentati due modelli di intervento sulle vaccinazioni e sull'identificazione precoce, alla nascita, del bambino a rischio sociale. È stato illustrato il lavoro in rete con tutte le sue difficoltà e i suoi problemi, ma che è al momento l'unico modo concreto, possibile di affrontare queste problematiche. Il corso è stato giudicato molto positivamente da tutti i partecipanti con i quali è stato stabilito un contatto che si cercherà di mantenere in piedi nei prossimi mesi per dare operatività alle cose dette in quei tre giorni. La presenza non formale della Scuola di specializzazione di Pediatria è stato un segnale forte di come l'Università ha preso coscienza di questi problemi e ha deciso di investire anche sulla formazione di questi pediatri che non dovranno occuparsi soltanto di malattie rare, ma dovranno organizzare sul campo i servizi, occupandosi non di un solo bambino ma di tutti i bambini e che produrranno, se ben formati, molto più benessere e salute nelle future generazioni. E questo è tanto più urgente a Napoli che ha ancora oggi uno dei tassi di copertura vaccinale più bassi d'Italia anche se ha due ottime scuole di specializzazione in Pediatria.

P. S.





ricerca

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 8

Nelle pagine della ricerca pubblichiamo due poster presentati all'VIII congresso ACP con un commento redazionale.

# La resistenza all'eritromicina dello *Streptococcus pyogenes*

L. Scotti\*, M. Narducci\*, L. Mauri\*, L. Castelli\*\*

\*Pediatria di base

\*\*Pediatria ospedaliero "Ospedale Predabissi" Melegnano, Milano

## Premessa

Durante uno degli aggiornamenti proposti dall'ACP Milano i partecipanti sono stati guidati dal dr. M. Borzani e dal dr. F. Varotto (rispettivamente Ricercatore della 1<sup>a</sup> Clinica Pediatrica di Milano e Aiuto Microbiologo I.C.P. Milano) a riflettere sull'andamento della Eritromicina-Resistenza (E/R) dello *Streptococcus pyogenes* (GAS) negli ultimi anni analizzando insieme i dati relativi ai Tamponi Faringei effettuati nel grosso laboratorio degli I.C.P. Università di Milano.

In letteratura la prima segnalazione di E/R risale al 1959, in seguito sono stati segnalati importanti incrementi di E/R in più parti del mondo: Giappone, USA, Australia etc. In Italia le prevalenze sono sempre rimaste al di sotto del 10%, almeno sino al 1993.

## Materiali e metodi

Abbiamo osservato i dati relativi a circa 7000 T.F. l'anno effettuati nel corso degli ultimi dieci anni presso il laboratorio I.C.P. Università di Milano, con particolare attenzione agli ultimi due anni.

## Risultati e discussione

La E/R non si è sostanzialmente modificata (vedi *tabella*) sino al 1994, anno in cui è iniziato un significativo e progressivo aumento della prevalenza: 17% circa nel 1994 e 31% circa nel 1995. Particolarmente preoccupante il dato relativo al mese di dicembre 1995: 50% circa. Il trend di crescita non presenta ancora stabilizzazione o inversione di tendenza.

Osservando i dati mensili sono ben identificabili i periodi epidemici che si identificano in un aumento del numero assoluto di GAS isolati.

Ad ogni periodo epidemico corrisponde un aumento della prevalenza di GAS E/R che poi permane al valore elevato raggiunto anche una volta concluso il periodo epidemico.

Nella tabella sono rappresentati il numero degli *Streptococcus Pyogenes* (GAS) isolati per ciascun mese degli anni 1994 e 1995, il numero e la percentuale dei ceppi eritromicina-resistenti

Anno 1994	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
n° GAS	46	62	115	83	108	78	18	13	53	69	86	83
n° GAS E/R	6	7	19	7	16	13	3	0	2	13	12	20
% GAS E/R	13,0	11,3	16,5	8,4	14,8	16,7	16,7	0,0	3,8	18,8	14,0	24,1
Anno 1995	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
n° GAS	68	61	67	92	81	78	29	17	49	52	53	46
n° GAS E/R	10	13	17	24	20	31	11	7	18	23	16	23
% GAS E/R	14,7	21,3	25,4	26,1	24,7	39,7	37,9	41,2	36,7	44,2	30,2	50,0

## Conclusione

Abbiamo considerato che anche nella nostra realtà locale esiste un chiaro legame tra l'aumento della E/R e l'incremento dell'uso dei macrolidi in suggestiva concomitanza alla commercializzazione di nuove molecole.

L'osservazione di questi dati, numericamente cospicui ed epidemiologicamente significativi, ci ha offerto un substrato di sapere che ha influito sulle nostre prescrizioni quotidiane. ■





# La resistenza ai macrolidi dello *Streptococcus pyogenes*

A. Nova\*, R. Rescaldini\*\*, S. Bramati\*\*

\*coordinatore ASL 29, Monza

\*\*laboratorio di microbiologia "Ospedale S. Gerardo", Monza

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 9-11

## Premessa

Presso l'osservatorio epidemiologico dell'istituto di Microbiologia dell'Università di Verona, vengono centralizzati i risultati degli esami batteriologici provenienti da oltre venti grandi ospedali italiani (con prevalenza di quelli del centro-nord). Osservazioni relative allo *Streptococcus pyogenes* (beta emolitico di gruppo A) hanno posto in evidenza l'insorgenza della resistenza all'eritromicina.

I dati riscontrati nei diversi centri non sono uniformi, ma nel nostro territorio è emersa una percentuale di resistenza fra le più elevate. Un'analisi retrospettiva dei campioni di pazienti ambulatoriali analizzati dal 1990 al 1995 ha messo in evidenza un *incremento di tale resistenza a partire dal 1993*, con una impennata nel 1995 che ha portato l'indice di resistenza a valori prossimi al 40%. Un'analisi più particolareggiata, con riferimento mensile, rivela come alla fine del 1995 e nel gennaio 1996 questo fenomeno abbia assunto dimensioni allarmanti, fino a raggiungere oltre l'80% di resistenza. Sono inoltre state osservate resistenze crociate nell'ambito di altri macrolidi. L'insieme di queste osservazioni ci ha fatto ritenere opportuno diffondere l'informazione al fine consigliare un'accertamento batteriologico, tramite tampone faringeo, in tutti i pazienti con faringo-tonsillite prima di instaurare il regime terapeutico ritenuto più opportuno, eventualmente modificabile in base all'esito dell'antibiogramma nei casi di isolamento dello *streptococco*.

## Obiettivi

Valutare la sensibilità dello SBEA nei confronti degli antibiotici più usati sul territorio e tentare di individuare eventuali cause ambientali o intrinseche delle resistenze.

Il protocollo è stato definito con un "consensus" in due riunioni, alle quali hanno partecipato i microbiologi ed i pediatri operanti sul territorio e quelli ospedalieri della Clinica pediatrica dell'Ospedale S. Gerardo di Monza. La durata della ricerca è prevista in due fasi.

Durante la prima, che avrà luogo dalla fine di marzo a giugno 1996, saranno valutati i risultati ottenuti, la validità del sistema operativo adottato e le eventuali modifiche da apportare al sistema operativo. La seconda fase avrà inizio nel prossimo autunno e avrà lo scopo di monitorare per circa due anni la sensibilità dello *Streptococcus pyogenes* agli antibiotici più impiegati.

## Materiali e metodi

Vengono indagati bambini di età compresa tra i 24 mesi e i 14 anni che affluiscono all'ambulatorio del pediatra di libera scelta (pz ambulatoriali e a domicilio) che presentano un chiaro quadro di "tonsillite". Il medico esegue il tampone faringeo (usando l'abbassalingua) al momento della visita o invia il paziente ai laboratori di riferimento per il prelievo del tampone faringeo. La terapia viene instaurata, a discrezione del pediatra, dopo l'esecuzione del tampone. Il risultato viene comunicato entro 72 ore e il tampone di controllo viene eseguito obbligatoriamente dopo 10-15 giorni dalla sospensione della terapia antibiotica.

## Risultati

Al primo esame sono risultati positivi allo *Streptococcus pyogenes* 183 tamponi (59,4%)

Al controllo dopo terapia antibiotica adeguata non vi è stata eradicazione in 20 soggetti (23,2%). Le *scelte terapeutiche* da parte dei pediatri in faringo-tonsillite acuta Streptococcica sono state: amoxicillina (+ acido clavulanico) 81%, macrolidi 12%, cefalosporine 7%. L'*andamento* della resistenza ai macrolidi nel corso dello studio è stato in progressiva diminuzione (dato relativo solo ai tamponi affluiti all'Ospedale di Monza).



	Penicill.	Eritrom.	Claritrom.	Azitimom.	Rokitram.
Sensibile	100	49,8	50,2	48,1	84,2
Intermedio		7,6	6,6	8,2	8,7
Resistente		42,6	43,2	43,7	7,1

### Conclusioni

I pediatri hanno dimostrato un notevole sospetto diagnostico confermato due volte su tre. Viene confermata l'elevata percentuale di resistenza ai macrolidi degli *Streptococchi Pyogenes* isolati prima della somministrazione della terapia; tale elevata resistenza si riferisce a macrolidi a 14 e 15 atomi di carbonio; mentre è decisamente inferiore per la rokitamicina che presenta 16 atomi di carbonio. La resistenza è andata diminuendo nel corso dello studio. Grazie alla segnalazione tempestiva del laboratorio i pediatri hanno eseguito un trattamento più corretto con conseguente migliore adeguatezza delle cure e notevole risparmio nell'uso dei farmaci.

## Commento

I due contributi presentati come poster al congresso ACP riferiscono che la resistenza in vitro alla eritromicina è in aumento, ma a noi offrono l'occasione per definire come dovrebbe essere una ricerca che volesse chiarire, al di là di bias ed errori, il problema della resistenza a un farmaco da parte dello streptococco e il suo significato clinico. Questo sia come contributo a "come si legge una ricerca" sia per incoraggiare, o scoraggiare, i gruppi ACP a compiere ricerche sull'argomento. Per quanto riguarda i metodi le condizioni da osservare dovrebbero essere quelle sotto indicate.

1. Anzitutto la ricerca, per essere applicabile alla pratica, dovrebbe essere area based, cioè comunitaria, e non ospedaliera; una delle due ricerche lo è. La ricerca area based, però, non chiarisce se tutti i bb con tonsillite incontrati sono stati studiati e non chiarisce se tutti, nessuno, o qualcuno erano in trattamento al tempo del tampone.

- Per eliminare ogni possibile bias, infatti, il bambino prescelto dovrebbe non avere fatto terapia antibiotica (nelle casistiche ospedaliere ciò mai succede) di nessun tipo (tanto meno con i farmaci di cui si occupa la ricerca stessa) da circa tre mesi: ci sono dati sperimentali che suggeriscono che una resistenza indotta da un farmaco su un germe può impiegare tre mesi a scomparire. Un bias di non poco conto che in altre ricerche, condotte da pediatri italiani, si è cercato di evitare ottenendo risultati molto diversi da quelli qui riportati.

- L'identificazione del germe, e il test di resistenza, andrebbe fatto con tutte le garanzie per ottenere un campione puro. Molto istruttivo per chi vuole capire di più di queste cose può essere leggere (nei *Brief reports* del *Pediatr. Inf. Dis. J.*

## Convocazione assemblea dei soci ACP

I soci dell'ACP sono convocati, nella sede del congresso nazionale di Alberobello, il giorno sabato 25 ottobre 1997 alle ore 13 in prima convocazione ed alle ore 16.30 in seconda per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente circa lo statuto e relazione del presidente (discussione, votazione)
2. Relazione del tesoriere (discussione, votazione)
3. Bilancio consuntivo 1996 (discussione, votazione)
4. Bilancio preventivo (discussione, votazione)
5. Varie ed eventuali
6. Elezioni delle cariche sociali vacanti

il presidente  
prof. Giancarlo Biasini

la scheda elettorale per il rinnovo delle cariche sociali è pubblicata a pagina 17 di questo numero.

1996;15:715) una storia di fratelli con streptococchi identificati come beta di gruppo A resistenti ai macrolidi che alla fine, a ricerche più raffinate, sono risultati essere germi di altro tipo (*streptococcus Milleri*), commensali nel faringe. Anche questo è rischio non da poco per chi vuol fare ricerca "pulita".

- Per potere confrontare casistiche (se per esempio si volessero confrontare le due ricerche) occorrerebbe poi che il saggio della sensibilità fosse studiato con metodiche analoghe nei vari centri. Nella ricerca più citata (quella di Schito) l'incidenza di resistenza variava nei diversi centri dal 10 al 70%, ma per ammissione dello stesso coordinatore, le prove di saggio erano le stesse solo in 7 centri su 10 (*Schito: comunicazione personale*).

- Occorrerebbe eliminare dalla ricerca i portatori (in nessuna delle due ricerche lo si è fatto) e quindi si deve effettuare o la definizione quantitativa delle culture o adottare altre misure di esclusione dei portatori. Si veda a questo proposito la ricerca di Schaad e coll. (*Pediatr. Inf. Dis. J. 1996;15:791*) nella quale, per giustificare una persistenza dello streptococco in faringe nel 35% dei bb trattati con azitromicina, contro il 18% dei trattati con penicillina, gli aa ipotizzano che possa essersi trattato di portatori. Del resto gli aa che hanno fatto il 2° tampone non ci dicono se i bb non eradicati sono comunque guariti. Se lo sono e sono stati trattati con macrolidi qual è la spiegazione? E se sono portatori come hanno distribuito le loro resistenze invalidando di fatto i risultati?

- In ogni casistica ogni bambino, sia sensibile che resistente, andrebbe inserito una volta sola. Non sappiamo se ciò sia stato fatto nella ricerca, specie quella ospedaliera.

- Occorrerebbe effettuare l'identificazione del sierotipo prima e dopo la terapia. Nella ricerca veronese questo accorgimento



avrebbe consentito di capire qualcosa di più a proposito dei non eradicati.

2. Per quanto riguarda l'interpretazione del fenomeno "resistenza" occorre ricordare alcuni dati prudenziali.

- La definizione di resistenza che ci interessa è *quella clinica*, e non quella di laboratorio. Occorre tenere conto di alcuni dati: la MIC utilizzata per definire in laboratorio la resistenza è - ci sia permessa la grossolanità - "*MIC in vitro*": vale per la sede di infezione batterica in mezzi liquidi (plasma, liquor); vale meno per il caso in questione perché lo streptococco non è nei mezzi liquidi che deve essere bloccato.

La polmonite, ad esempio, guarisce allo stesso modo sia essa provocata da pneumococchi sensibili alle penicilline o da pneumococchi resistenti o perché, probabilmente, nel tessuto il livello è più alto che nel siero o perché nella sede di infezione ci sono macrofagi, leucociti, citochine e via dicendo (*Friedland. Ped. Inf. Dis. J. 1995;14:885*). Lo stesso non si può dire per la meningite. Qui "resistenza" vuol dire "non guarigione". Ancora: l'efficacia antibatterica *in clinica* è in relazione al tempo per il quale la concentrazione del farmaco inibisce la crescita dei batteri; si tratta di un evento non misurabile con un antibiogramma.

3. A commento generale si deve dire che vi sono dati provenienti da molte parti, e *tutti in vitro*, che suggeriscono l'ipotesi che vi siano fenomeni di maggiore o minore resistenza dello strepto ai macrolidi, ma *non vi è alcun dato che dica che è aumentata la malattia reumatica*.

Questo può dipendere da due fattori: o i pediatri usano sempre le penicilline (e tutti sappiamo che ciò non è), oppure alle resistenze in vitro ai macrolidi non corrispondono fallimenti in vivo. Partire dalla resistenza a batteri per ipotizzare, ad esempio, come qualche casa di medicinali fa, un cambio di strategie invece di partire dal fenomeno clinico è come prendere il toro per la coda, andando per una volta a rovescio nelle impostazioni epistemologiche.

4. Cambia tutto questo le linee guida per i pediatri pratici? Le linee guida devono avere precisi fondamenti e devono essere soprattutto:

- *clinicamente specifiche*: cioè devono potere essere applicate nel caso di cui trattasi (che significa trattamento per la prevenzione della malattia reumatica);

- capaci di costituire un presidio che migliora la salute, quando la salute è migliorabile (cioè per essere cambiate dovrebbero essere capaci di dare *meno* malattia reumatica).

Sui dati finora disponibili, le linee guida rimangono quelle di sempre. Il pediatra farà il tampone (non certo l'antibiogramma!) e tratterà il bambino con i criteri consolidati per l'uso degli antibiotici di *prima scelta* (in tutte le ricerche presentate la sensibilità alla penicillina è sempre del 100%!) e di *seconda scelta*, che rimangono sicuramente quelli di ieri e che non sono affatto cambiati. E che sono efficaci, sia in prima che in seconda scelta, perché la malattia reumatica continua ad avere in Italia l'incidenza bassissima degli anni scorsi. ■

## Norme redazionali per gli autori

### ARTICOLI

Su Quaderni possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra.

I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata. Per Windows si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Per Macintosh si dovranno convertire i file su dischetti IBM-compatibili, tramite Apple File Exchange, per poterli leggere in Word per Windows.

Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione. Chi non accetti la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Lettere e articoli devono essere inviati all'indirizzo postale del direttore e non sono compensati.

### RICERCA

Nella rubrica "RICERCA" possono essere pubblicati brevi lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, l'area delle cure primarie e l'attività di base delle unità operative ospedaliere.

I testi dovranno essere strutturati in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*; non dovranno superare le 6.800 battute (85 righe di 80 battute; in casi eccezionali da concordare con la redazione il numero di battute può superare le 6.800), con un massimo di due tabelle o figure. Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Gli AA dovranno fornire anche un riassunto in inglese di 80-120 parole. Il riassunto deve essere strutturato in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*. Devono essere indicate da due a sei parole chiave. La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus. Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.*

Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto-virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette. I lavori per la rubrica "RICERCA" vanno inviati a Michele Gangemi (via Carlo Ederle, 36 - 37126 Verona) e saranno sottoposti al giudizio di un revisore.

Il commento del revisore sarà risottoposto agli aa. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione.



# Rischio di tossicità da pesticidi e alimentazione infantile

Maurizio Iaia

U. O. Pediatria di Comunità, Cesena

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 12-13

Nella valutazione del *rischio di tossicità cronica* che comporta l'esposizione ai residui di pesticidi nel cibo dei consumatori esistono a tutt'oggi diverse zone d'ombra. Queste aumentano se entriamo nello specifico del *rischio per l'età evolutiva*. Infatti nel 1993 l'Istituto Nazionale delle Ricerche USA (NRC), al termine di uno studio quinquennale commissionato dal Congresso per fare luce sul problema, ha pubblicato il rapporto "Pesticides in the diet of infants and children" in cui sono riportate delle conclusioni inquietanti: ad esempio che le norme legislative non tengono nella dovuta considerazione lattanti e bambini (gruppo particolarmente vulnerabile). Viene sottolineata nel rapporto anche la necessità di adottare nuovi criteri e metodologie per valutare il rischio di tossicità fetale e infantile.

La situazione legislativa attuale nei paesi europei compresa l'Italia è del tutto sovrapponibile.

Si è finora consentito che i bambini introducano dosi "adulte" e approvate per legge (ammesso peraltro che il rimanere dentro queste dosi protegga sufficientemente gli adulti!) senza una valutazione specifica in termini di sicurezza per la loro età. Le seguenti considerazioni chiariscono perché la normativa è da ritenersi inadeguata.

- I livelli di residui ammessi per legge si riferiscono, per estrapolazione dei dati sperimentali ottenuti su cavia adulta, a un adulto medio di 60 kg. di peso senza tener conto dell'età e del sesso e ignorando l'intera fascia dell'età evolutiva. Inoltre se un principio attivo è mutageno, teratogeno o cancerogeno non è possibile fissare una soglia di sicurezza sotto la quale non c'è più alcun effetto.

- Si valuta il rischio come se i consumatori fossero esposti a un pesticida per volta. In realtà noi adulti e i bambini assumiamo

quotidianamente cocktail di alimenti e liquidi per cui si deve realisticamente tenere conto dei consumi alimentari abituali nelle varie fasce d'età e quindi dell'esposizione multipla e contemporanea ai vari residui presenti nel cibo o assunti da altre fonti: rischio cumulativo e moltiplicativo per interazione sinergica di più residui.

- Rispetto a un adulto un bambino assume una quantità maggiore di calorie (cibo) e liquidi per kg di peso corporeo con un maggior turnover metabolico nell'organismo e quindi con un maggior rischio di accumulo di contaminanti tossici per unità di peso tanto più elevato quanto maggiore è la velocità di crescita.

L'EPA (l'Ente di protezione ambientale USA che ha il ruolo di fissare i limiti di residui di pesticidi nel cibo) presume invece erroneamente che l'esposizione ai pesticidi si distribuisca uniformemente nel corso dell'intera vita; il che per quanto detto, comporta una sottovalutazione del rischio. Ne deriva che, a causa delle loro peculiarità fisiologiche, del tipo e della quantità di cibo che mangiano, dell'insieme di residui di pesticidi che si possono trovare negli alimenti, i bambini possono superare di molte volte il rischio di cancro considerato "accettabile" dagli standard correnti. Un'indagine dal titolo "Pesticides in Baby Food" pubblicata nel 1995 dall'Environmental Working Group (EWG), un organismo USA non governativo impegnato in una campagna nazionale per la riforma della normativa sui pesticidi, ha evidenziato, attraverso la valutazione dell'esposizione cumulativa ai residui presenti in alimenti e liquidi comunemente consumati nell'infanzia, che già all'età di sei anni i bambini possono aver superato di ben 10 volte il rischio di cancro considerato "accettabile": ossia quello che non più di un individuo su un milione



contragga il cancro se è esposto ogni giorno per l'intero arco della vita - 70 anni - a una data dose di una noxa ambientale. Una metodologia di calcolo del rischio accettabile potrebbe riferirsi allora non a un adulto di 60 kg, ma a una bambina di sei anni (maggiore sensibilità degli organi riproduttivi femminili) come suggerito dall'EWG.

### La normativa italiana

La normativa CEE del 1979, recepita in Italia nel 1981, ed i successivi aggiornamenti pur con i limiti sopra detti, richiede che ogni nuovo fitofarmaco sia sottoposto a una serie più approfondita di test sugli effetti mutageni, teratogeni e cancerogeni prima di essere messo in commercio. Tuttavia per i fitofarmaci registrati in Italia prima di tale data, e tuttora utilizzati in agricoltura, si sta ancora procedendo a una revisione in tal senso che terminerà nel 2003. Su un certo numero di essi grava un forte sospetto di cancerogenicità. Infatti un

lavoro dello IARC (Istituto Internazionale di Lione per la ricerca sul cancro) ha esaminato in maniera rigorosa 45 pesticidi fra i più usati a tutt'oggi in Europa e per 25 di essi sono risultate sufficienti evidenze di cancerogenicità; per 19 i dati non sono conclusivi, mentre solo per 1 si è accertato che non ha effetti cancerogeni.

### Alimentazione dei bambini e pesticidi

Un'indagine su 8178 campioni di frutta e verdura, analizzati nel 1995 in tutt'Italia, dai presidi multizonali di prevenzione ha evidenziato che:

- il 2,5% di tutti i campioni contenevano residui in quantità superiori ai limiti fissati dalla legge;
- il 43,4% dei campioni contenevano residui nei limiti stabiliti (ma ribadiamo le considerazioni sopra fatte);
- il 20% dei campioni "regolari" contenevano più di un residuo.

Una valutazione quantitativa precisa del rischio tossicologico cronico per il consu-

matore esposto a basse dosi quotidiane di residui di pesticidi è estremamente problematica per le numerosissime variabili in gioco. Siamo costretti perciò a basarci grossolanamente su estrapolazioni sull'uomo di dati ottenuti su cavia o su gruppi di lavoratori maggiormente esposti. Con i limiti detti, un recente studio commissionato dall'EPA all'Istituto nazionale delle ricerche USA ha calcolato che nell'arco di una vita media di 70 anni 5,8 americani su 1000 sviluppano tumori dovuti all'esposizione ai pesticidi. Qualcosa si è mosso negli USA: nell'agosto 1996 sono stati approvati da Clinton nuovi emendamenti alle normative USA indubbiamente migliorativi nella direzione del rapporto presentato dal NRC. E in Italia? La mancanza di una protezione specifica dal rischio per l'età evolutiva è stata recentemente portata all'attenzione del Parlamento italiano attraverso una interrogazione parlamentare. Inoltre i Verdi in collaborazione con la Lega Ambiente hanno messo a punto una nuova proposta di legge "Nuove norme in materia di prevenzione del rischio da pesticidi" sulla scia dell'iniziativa statunitense.

### Conclusioni

I dati esposti non devono comunque convincere a non offrire attivamente frutta e verdura ai bambini in considerazione del loro importante effetto protettivo anticancerogeno ed antiaterogeno per la presenza di sostanze ad azione antiossidativa come vitamina C, E, Betacarotene, Selenio, Enzimi, ecc.

D'altronde i residui di pesticidi si trovano più concentrati nei grassi animali (latte e derivati, carni) che nella verdura come è dimostrato da numerose ricerche.

Perciò i progetti di educazione alimentare da proporre nelle scuole devono avere come asse portante la promozione educativa del consumo di prodotti dell'agricoltura biologica (secondo la normativa CEE). A tal proposito ci occuperemo nei prossimi numeri di Quaderni di una iniziativa (il "Progetto Pappamondo") che è basata su tali criteri e che è stata sperimentata per lungo tempo nella refezione scolastica e che riteniamo sia ampiamente esportabile. ■





## Le recensioni del mese

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 14-15

a cura di Nicola D'Andrea

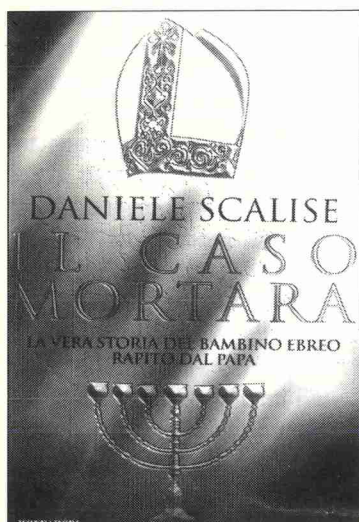


Nel 1976 avevo avuto la fortuna di ascoltarlo a Trieste in una conferenza, in cui dimostrava che “il feto non è un corpo estraneo da espellere, ma un soggetto che attivamente partecipa all’atto nascita, perché *ha deciso* di nascere” e che il neonato già vede, e sente, e che con i toni bassi (abituato ai borborigmi della pancia materna) si acquieta. Dopo qualche ora ne diede una dimostrazione pratica. Provare per credere: andiamo in Neonatologia, vicino alla culla di un neonato strillante, che viene preso dalle mani robuste di questo “patriarca” e consolato con un verso abbastanza lungo di voce bassa da lui emesso come in sintonia con il piccolo. E poi da quell’anno adottammo nella cartella ambulatoriale la scheda di valutazione neuro-evolutiva Di Milani Comparetti. Sì, il fratello di don Lorenzo Milani: l’ultimo capitolo di questo libretto (120 pagine) si intitola appunto: “Lorenzo e Adriano, due uomini scomodi”. Il pediatra e neuropsichiatra infantile era scomodo perché era da sempre alla ricerca del meglio per i bambini disabili, per le loro famiglie, per i suoi allievi e per la riabilitazione, esponendolo spesso a incomprensioni. Anche in quell’incontro, per me “rivoluzionario”, a Trieste non furono tutte rose e fiori; più di uno, anche bravo, lo snobbò.

La sua professionalità era raffinata. Lui ragionava senza pregiudizi: c’è il metodo Bobath? Si va a vedere di che cosa si tratta, lo si impara bene, e poi si guarda che cosa c’è da buttare via e che cosa c’è da tenere, senza innamorarsi di alcuna metodologia in particolare. Quarant’anni fa era certamente profetico dire che “il bambino handicappato è essenzialmente un bambino, una persona, e il nostro obiettivo nei suoi confronti *non è quello di effettuare un “trattamento”, ma è soltanto quello della “educazione” in senso ampio*. È per questo motivo che la valutazione non può essere solo la somma algebrica dei singoli limitati obiettivi raggiungibili o raggiunti”. È un testo di formazione, pur nelle sue ridotte dimensioni.

N. D.

S. Besio, M. G. Chinato, *L’avventura educativa di Adriano Milani Comparetti*; e/o ediz. 1996, Lit. 16.000



“E per codesta insulsaggine vale la pena di commuovere e contristare una città nobilissima, coll’improvviso, violento, clamoroso rapimento a mezzo di tanti gendarmi d’un fanciullo? Vale la pena di gettar via fra le lagrime e le convulsioni del dolore, nella desolazione, nella rovina della salute, e dei beni, una quieta, onorata, industriosa famiglia, due genitori, tipo di amor paterno, sei figlioletti rimasti orfani di un fratello carissimo? Vale la pena di metter sulle lingue d’Europa sulla bocca d’amici, o nemici della Chiesa Cattolica, sulle penne spesso astiose del giornalismo dei due Emisferi, un rapimento sì strano, sì esoso, sì snaturato?”

In queste parole della pubblica accusa all’inutile processo contro l’Inquisitore di Bologna, padre Pier Gaetano Feletti, ben si riassume la vicenda di Edgardo Mortara, bambino ebreo della città, rapito dai gendarmi del Papa il 23 giugno 1858, sul far della sera. Era infatti stato segretamente battezzato qualche anno prima da una fantesca cristiana che era a servizio in casa dei Mortara, tale Anna Morisi, la quale aveva raccontato l’accaduto ad altre fantesche del vicinato: lei aveva somministrato il sacramento al piccolo Edgardo credendolo in punto di morte per un malanno (“una malattia da ragazzi”) dal quale s’era invece poi ripreso. Sparsa la voce, lo venne a sapere l’Inquisitore: un bambi-



no battezzato, e dunque cristiano, non poteva vivere presso degli ebrei, fossero anche stati i suoi genitori. Perciò Edgardo venne strappato alla sua casa e ai suoi affetti, e trasportato in carrozza a Roma presso la Casa dei Catecumeni, una sorta di spartano "limbo", in cui venivano alloggiati e istruiti coloro che, a forza o di spontanea volontà, si accingevano a entrare nella Chiesa.

Così all'età di tredici anni Edgardo diventerà novizio, e successivamente, col nome di frate Pio Edgardo Mortara, sarà un apologista dotto e convinto, vivrà in Francia e morirà nel 1940 in un convento in Belgio, in tempo per non essere prelevato dalle SS, che non avrebbero certo badato alla sua tonaca.

L'appendice del libro è dedicata ai vari "dopo Edgardo", quei bambini che dopo di lui l'intolleranza ha strappato di brutto alle proprie famiglie. Infatti, ancora nel non tanto lontano ottocento, la sottrazione di bambini ebrei non era affatto un "pallido vestigio", ma il triste reiterarsi di una pratica assai comune.

N. D.

**Scalise, *Il caso Mortara. La vera storia del bambino ebreo rapito dal Papa*; Mondadori 1997, Lit. 28.000**

Come funziona nel quotidiano, che cos'è veramente *la ricerca*, come si trovano i soldi, come si fa carriera, come si selezionano le varie proposte di ricerca, come si rapportano tra di loro gli scienziati...

"Siamo entrati da tempo in un periodo caratterizzato dalla tendenza verso il prevalere assoluto di una *Big Science* sempre più centralizzata, sempre più al servizio di interessi accentratissimi nelle mani di chi tiene i cordoni della borsa. Gli orientamenti della ricerca dipendono pesantemente dai canali di finanziamento ed è chiaro che questi favoriscono i progetti che sono in sintonia con gli interessi di chi li finanzia" così scriveva Tomatis in un suo precedente, ormai lontano (1965) libro (*Il laboratorio*).

Questa preoccupante *Big Science* è l'argomento di questo volumetto. Ma la principale chiave di lettura è tuttavia quella politica: ricorrenti sono in queste pagine le considerazioni sulla guerra del Golfo e i nessi tra la politica di un grande Istituto internazionale di ricerca sul cancro e la politica sottostante alla guerra del Golfo.

Innanzitutto la macchina bellica ha costi astronomici, mentre gli stessi governi che la promuovono lesinano pochi milioni all'Istituto di ricerca, che ha fini di grande utilità collettiva. Una delle principali attività dell'Istituto, per cui è conosciuto non solo dagli scienziati ma anche dai governi e dalle istituzioni che si occupano di sanità pubblica, è stata la ricerca e la valutazione delle prove sulla cancerogenicità di sostanze chimiche di uso industriale, cui sono esposti dunque operai e comuni cittadini.

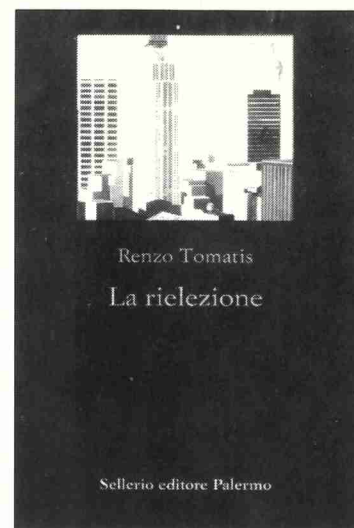
Alcune di tali attività confliggevano necessariamente con gli interessi dell'industria, e Tomatis ci racconta sia le diverse forme di condizionamento e ingerenza nel lavoro scientifico da parte di interessi costituiti (lasciando chiaramente intuire le collusioni tra industria e potere politico) sia la resistenza opposta da lui personalmente e dal personale dell'Istituto, che per molti anni ha mantenuto un elevato rigore e una rara coesione interna attorno agli obiettivi della prevenzione e della sanità pubblica.

Il racconto segue la traccia di un diario intorno alle manovre per nomina a un alto incarico di dirigente della ricerca, negli anni del cosiddetto liberismo e della incompetente efficienza dei manager.

Lo scrittore Fulvio Tomizza, presentando questo libro ha scritto: "*Scrittore e medico si trovano all'unisono nella decifrazione del volto umano, dove rilassamento e contrazione dei muscoli disegnano o celano inequivocabili sentimenti e stati d'animo. Poche altre volte mi era capitato, per un non romanzo o un non poema, di provare la gioia di rincasare per riprenderne la lettura*".

N. D.

**R. Tomatis, *La rielezione*; Sellerio 1997, Lit. 28.000**





# Il sistema sanitario francese prima e dopo il "piano Juppé"

Giancarlo Biasini

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

La copertura sanitaria in Francia è obbligatoria (*Sécurité sociale*) e generale. La *sécurité* è stata finora amministrata da funzionari statali che, fino al piano Juppé, che si vedrà in seguito, non avevano quasi nessuna interferenza governativa. Il sistema è di tipo assicurativo. La cassa più importante (copre l'84% dei francesi) è la *Cassa nazionale d'assicurazione dei lavoratori salariati* che corrisponde alla nostra vecchia INAM.

La salute è garantita, per la funzione di ricovero, da ospedali pubblici (65%) e privati (35%). Questi ultimi sono *profit* e *non profit*. Gli ospedali pubblici e i *non profit* ricevono una allocazione di budget annuale dallo stato. Gli ospedali privati *profit* vengono pagati a prestazione.

Il 95% delle cure ambulatoriali sono fornite da ambulatori privati. Le prestazioni ambulatoriali sono compensate a prestazione attraverso una negoziazione fra casse e sindacati medici e paramedici. Il compenso ai medici viene pagato o direttamente dalle casse o dai cittadini che sono poi rimborsati dalle casse.

A eccezione della cura delle malattie più severe e della maggior parte dei ricoveri ospedalieri il cittadino paga dei ticket. Esiste la libera scelta del medico e il cittadino ha accesso, attraverso la prescrizione del suo medico, anche alle tecniche diagnostiche sofisticate: esiste, a tal proposito, un codice degli ordini dei medici cui i sanitari devono attenersi.

Come si diceva sopra le spese ospedaliere sono sostanzialmente tutte sostenute dalle casse. La cura ambulatoriale è sostenuta per il 60% dalle casse, per il 20% da assicurazioni personali e per il 20% dai cittadini stessi.

Lo stesso per i farmaci. Come in ogni sistema garantito dallo stato in periodo di congiuntura favorevole la copertura è alta,

in periodi di crisi questa si abbassa. Nel 1995 il sistema ha speso per l'assistenza 134.000 milioni di dollari (50% di spese ospedaliere, 28% ambulatoriali, 18.5% per farmaci) per la diagnosi e cura e 2.855 milioni di dollari per la prevenzione. Il sistema ha consumato, nel 1995, il 9.8% del Prodotto Interno Lordo e più di 2400 dollari a cittadino.

In Europa la Francia con il suo 9.8% è lo stato che spende di più (Germania 8.7%, Italia 8.2%, Gran Bretagna 7.2%, Svezia 7.9%, Spagna 7%). La spesa è aumentata dal 1991 del 26.5%. Nello stesso periodo in Italia l'aumento è stato dell'1%, in Gran Bretagna del 26%. Sono aumentate le spese ospedaliere del 35% e quelle ambulatoriali del 20%.

L'efficacia del sistema sanitario valutata sulla mortalità evitabile e sugli anni di vita guadagnati per cause sanitarie affrontati, come metro, a quelli USA non pongono la Francia in buona posizione: la pongono in Europa all'ultimo posto per ambedue gli indici.

L'attesa di vita è passata in 15 anni per i maschi da 70.4 anni a 73.8 anni e per le femmine da 78.6 a 81.9 anni.

## Il piano di rientro dal deficit

Il piano Juppé tenta di ridurre drasticamente le spese: il deficit attuale è, infatti, di 6 miliardi di dollari.

Il ripiano dovrebbe avvenire in 13 anni trasferendo il deficit a un organismo che provvederebbe a sanarlo mediante un piano di tassazione progressiva, a seconda del reddito dei cittadini.

Inoltre sarà fissato un tetto annuale per le spese delle casse che sarà invalicabile e non trasferibile sul deficit dell'anno successivo.

Maggiore attenzione verrà posta sulle prescrizioni farmaceutiche rimborsabili: su



queste sarà effettuato un controllo di efficacia. In particolare sarà attuato un sistema di aggiornamento continuo per i medici. Il ministero della sanità ha anche istituito un'Agenzia Nazionale per lo Sviluppo della Valutazione in Medicina che ha soprattutto sviluppato delle linee guida "per assistere il medico pratico nella utilizzazione delle risorse nella assistenza della salute in circostanze specifiche".

L'Agenzia ha però incontrato qualche difficoltà applicativa (i medici che le stanno usando sono appena 200) per la lontananza dell'Agenzia dai medici pratici dovuta alla composizione del Panel che ha redatto le linee guida.

Per i finanziamenti ospedalieri saranno effettuate procedure di valutazione e accreditamento che saranno a regime entro cinque anni.

Ci sarà un coordinamento regionale fra attività ospedaliere e ambulatoriali che sono state finora rigidamente centralizzate come ogni cosa in Francia.

Ogni anno ci sarà una "tre giorni" della Conferenza nazionale della sanità, in preparazione al dibattito parlamentare sul bilancio del Ministero della sanità. La Conferenza sarà preparata da un gruppo di 72 persone, medici, tecnici, sindacalisti. Le priorità attualmente scelte dalla Conferenza sono le seguenti:

1. Preparare metodi per la promozione e la valutazione della salute.
2. Continuare la tutela della salute dal feto all'adolescente.
3. Rinforzare le azioni di prevenzione per gli adolescenti su alcool, droghe e sostanze psicotrope.
4. Mantenere gli anziani in comunità.
5. Continuare la lotta contro i tumori.
6. Prevenire i suicidi.
7. Ottenere informazioni sulle morti accidentali.
8. Ridurre gli accidenti da ingestione di farmaci.
9. Garantire a tutti le cure di alta qualità.
10. Ridurre le ineguaglianze interregionali e intraregionali nella tutela della salute.

Bibliografia

Lancet 1997;349:791

Prospettive sociali e sanitarie 1995;17:1

## IX CONGRESSO NAZIONALE ACP

RINNOVO CARICHE SOCIALI 1997 - 2000

### votazione per il presidente

.....

### votazione per cinque consiglieri

in sostituzione di quelli in scadenza:

C. Berardi (P. di famiglia), G. Cirillo (ospedaliero),  
S. Conti Nibali (P. di famiglia), L. Venturelli (P. di famiglia);  
e in sostituzione di G. Masera (universitario) da sostituire  
per dimissioni (il sostituto scadrà nel 1999)

.....

.....

.....

.....

.....

### votazione per il revisore

.....

### Modalità di voto

#### Voto a distanza

Per votare non essendo presenti in congresso:  
fotocopiare la scheda stampata in questa pagina.

**Per i consiglieri** esprimere il proprio voto indicando negli spazi i nomi di quattro iscritti all'ACP scegliendoli fra quelli indicati o candidando anche altri iscritti all'ACP in sede di congresso. **Per il presidente** votare un solo nome; lo stesso **per il revisore. Inviare** la scheda in busta chiusa, contenuta in una seconda busta indicando il mittente, a Franco Dessi, via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR). *Non si terrà conto delle buste senza mittente né di quelle contenenti più schede.*

#### Voto diretto

Il socio può votare in sede congressuale con una scheda che gli sarà consegnata dalla commissione elettorale. Non sono ammesse deleghe.

#### Candidature

I candidati indicati dal consiglio direttivo e dai gruppi locali saranno riportati nel prossimo numero di *quaderni* e nella sede del seggio elettorale. La presente scheda è comunque valida per le votazioni.





quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 18-20

# Piano d'azione del Governo per l'infanzia e l'adolescenza

*Il 28 Aprile 1997 il Governo ha reso noto il suo piano d'azione per l'infanzia. Lo ha fatto con grande silenziosità. Il piano consiste in cinque parti; quella che pubblichiamo è la prima, quella introduttiva. Seguono la seconda che si occupa delle iniziative legislative, la terza che comprende la azioni di coordinamento, la quarta gli interventi di solidarietà e la quinta il piano d'azione del Dipartimento Affari Sociali. Quelle che maggiormente ci interessano sono la prima e la terza parte. Pubblicheremo altre parti del piano che ci interessano nel prossimo numero.*

## Parte prima

**1.** Negli ultimi decenni si è sviluppata nel nostro paese - ma non solo nel nostro - una nuova attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alla sue condizioni di vita, ai suoi bisogni non sempre soddisfatti, alle sue domande di crescita umana non sempre appagate. Le scienze umane hanno scandagliato così in profondità le esigenze reali dei soggetti in formazione; l'ordinamento giuridico ha incominciato a riconoscere che il "minore" non poteva essere solo destinatario di norme giuridiche di protezione ma doveva essere riconosciuto come titolare di diritti che dovevano essere garantiti e ottenuti; la Comunità internazionale - con la dichiarazione dei diritti del minore prima (1959) e con la Convenzione sui diritti del fanciullo poi (1989) - ha, progressivamente, sempre più messo a fuoco la necessità che le comunità nazionali si impegnassero attivamente per assicurare a coloro che si affacciano alla vita un percorso di crescita adeguato a realizzare una soddisfacente identità personale e sociale. Anche sul piano politico vi sono state in questi anni diverse iniziative che hanno prodotto una serie di considerevoli progressi del sistema giuridico minorile, realizzati migliori condizioni di esistenza per l'infanzia e l'adolescenza, costruito una rete di strutture e servizi di promozione e di assistenza per l'età evolutiva. Ma gli interventi sono stati spesso troppo settoriali e cioè sganciati da un quadro di riferimento organico; si è spesso più tentato di risolvere problemi che prepotentemente emergevano che impostare una globale strategia di sviluppo dei soggetti in età evolutiva; è spesso mancato un efficace coordinamento delle attività delle pubbliche amministrazioni sia a livello centrale che a livello locale oltreché tra Centro e autonomie locali. Non sempre infine si è realizzata una efficace collaborazione tra interventi pubblici e risorse della società civile per una effettiva offerta di opportunità e di servizi.

Si è avvertita perciò la necessità di delineare - per la prima volta - un comune e organico piano di azione che il Governo della Repubblica si impegna ad attuare nel prossimo biennio in stretta collaborazione tra le istituzioni centrali dello Stato, le Regioni e le Municipalità per la realizzazione di interventi sul piano culturale, normativo e amministrativo a favore dell'infanzia e dell'adolescenza da realizzarsi con la partecipazione attiva delle forze del privato-sociale, del volontariato, dell'associazionismo, delle Ong e della

società civile in stretto raccordo con le istituzioni dell'Unione Europea. È da sottolinearsi, al riguardo, che l'Italia ha provveduto negli ultimi due anni all'istituzione dell'osservatorio Nazionale sulla condizione dei minori, di un Centro Nazionale di studio e documentazione, alla predisposizione del presente *piano d'azione* e di un significativo provvedimento legislativo che orienta risorse in misura assolutamente superiore rispetto al passato a favore dell'infanzia e dell'adolescenza (Legge Finanziaria 1997 e successivo disegno di legge recante "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"). Questo sforzo, di cui sembra corretto sottolineare l'entità, testimonia la consapevolezza del Governo e delle istituzioni italiane della necessità di porsi con assoluta trasparenza di fronte ai limiti della realtà nazionale e, soprattutto, di operare con decisione per il concreto miglioramento di tale realtà in primo luogo a favore delle nuove generazioni. Il *piano d'azione* è elaborato sulla base delle acquisizioni cui perviene il Ministro della Solidarietà Sociale attraverso il periodico Rapporto sulla condizione del minore in Italia realizzato dal Centro Nazionale di documentazione e analisi del Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e approvato in sede di Osservatorio Nazionale sulla condizione dei minori in Italia. Il *piano d'azione* ha una configurazione essenzialmente modulare in cui ciascun modulo copre un campo o una materia di intervento. L'approccio del *piano d'azione* è di conseguenza il più completo e integrato possibile (anche se alcune delle azioni in esso previste richiederanno tempi prolungati per la loro graduale realizzazione) perché l'oggetto di questo intervento a favore dei bambini e degli adolescenti riguarda la loro vita la qualità delle loro relazioni familiari ed extra familiari la possibilità di partecipare ad alcuni processi decisionali o anche semplicemente di essere correttamente informati su quanto accade intorno a loro.

**2.** Il *piano d'azione* - che il Governo e le istituzioni italiane intendono adottare per realizzare un denso salto di qualità nelle politiche per l'infanzia e l'adolescenza - si radica in alcuni presupposti fondamentali.

Compito della politica è di promuovere tutti i diritti dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze, dei giovani e delle giovani. L'inter-



vento non può essere orientato solo al superamento delle situazioni di disagio o di devianza, ma deve svilupparsi per assicurare a ciascuno lo sviluppo armonico e completo della propria identità personale e sociale garantendo le forme e i modi per la partecipazione attiva alla vita sociale, culturale ed economica. Il che significa sollecitare fin dall'infanzia il sentimento di un'etica civile condivisa. Le grandi decisioni per la vita del paese devono essere assunte considerando le esigenze, le potenzialità e le aspettative delle persone che vivono la stagione della crescita e della formazione.

Il diritto delle bambine e dei bambini all'educazione e all'istruzione è uno dei diritti umani universali. Esso costituisce l'investimento più forte della società per il futuro. Per questo motivo la formazione e la valorizzazione dell'intelligenza e delle risorse umane è l'obiettivo dell'intero sistema formativo e della sua riforma.

Il livello della qualità della vita goduto dalle bambine e dai bambini, dalle ragazze e dai ragazzi, dalle adolescenti e dagli adolescenti è un indicatore potente dello sviluppo di tutta la società. Investire con intelligenza sulle nuove generazioni significa costruire per tutti una società più sicura, più giusta, più capace di competere nella dimensione internazionale del lavoro e dell'economia.

La qualità complessiva dell'ambiente di vita delle generazioni future si lega all'avvio improrogabile di politiche di sviluppo sostenibile e di salvaguardia dell'ambiente.

Le nuove generazioni sono e saranno sempre più protagoniste di tutto il faticoso processo di integrazione sociale e culturale della società italiana avviata, come tutte quelle occidentali, ad avere una morfologia sociale multi-etnica. Il rispetto e la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, anche dei bambini e delle bambine straniere, può aiutare a costruire processi di integrazione sociale e culturale, avviando modelli di multiculturalismo, necessari per una lotta efficace contro il razzismo e la xenofobia, nonché per la promozione della pace internazionale. Il Governo italiano si impegna a sviluppare tale azione in tutte le sedi internazionali, e in particolare in quelle dell'U.E. e dell'ONU.

Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza dovranno scaturire da una nuova e diversa costruzione dei rapporti tra cittadini e istituzioni. Per questo scopo è essenziale che queste ultime avviano un percorso di acquisizione di competenze operative specifiche. Fondamentale è che le istituzioni adottino, senza indugi, la metodologia del coordinamento delle azioni a livello locale e nazionale.

3. Obiettivo del piano d'azione e quello di

costruire una politica per i soggetti in età evolutiva non segmentata e parcellizzata ma ricondotta a unità. Tale politica deve partire dalla considerazione della vita come un "unicum", scandito dalle varie fasi evolutive della crescita e formazione personale. E deve - anche valorizzando al massimo l'autonomia, la capacità creativa, la partecipazione di tutti coloro che impropriamente sono definiti "minori" - tendere ad assicurare un armonico processo di crescita non solo eliminando le condizioni negative che troppo spesso ostacolano lo sviluppo umano, ma anche promuovendo condizioni che lo agevolino positivamente. Infatti:

La qualità della vita di un bambino/a è determinata anzitutto dalla qualità della relazione che lo lega fin dalla gestazione, alla propria madre, in modo del tutto particolare, e al proprio padre. Per questo è molto importante favorire l'acquisizione di una cultura della maternità e paternità libere e responsabili, e sostenere concretamente l'esercizio delle responsabilità familiari. Lo sviluppo di buone relazioni familiari deve essere sostenuto da una adeguata rete di servizi, capaci anche di valorizzare le reti comunitarie, di scambio e mutuo aiuto tra le famiglie. In particolare dovranno attivarsi tutti quei servizi miranti a ridurre al minimo i rischi nei casi di maternità difficili per ragioni anagrafiche, economiche, psicologiche e sociali. I servizi ospedalieri dovranno informare, assistere e collegarsi con i servizi territoriali. Infine dovrà essere assicurata a tutte le donne un'adeguata informazione sui diritti delle gestanti e in particolare: sul diritto all'assistenza, all'anonimato e sulla possibilità di non riconoscere il neonato. I consultori devono rafforzare la loro funzione di servizio territoriale aperto e competente, anche in merito alla contraccezione e all'interruzione di gravidanza, curando che le cittadine e i cittadini siano informati sulla natura dei servizi disponibili. Vanno inoltre riorganizzati e potenziati tutti i settori del servizio materno infantile sia per la psicologia dell'età evolutiva che per la salute mentale in età evolutiva, con particolare riferimento a bambini portatori di handicap fisici-psichici-sensoriali-intellettivo-relazionali. Particolare attenzione va rivolta alle strutture del parto che debbono essere organizzate in funzione delle necessità, ritmi e tempi della madre e del bambino/a, sia italiana che straniera. I servizi territoriali come i servizi ospedalieri, devono intervenire con rispetto e capacità diagnostica precoce su tutti i possibili problemi della madre e del bambino, assicurando nel contempo ai genitori tutte le forme di sostegno e di informazione utili ad affrontare e migliorare la situazione.

I primi anni di vita della bambina e del bambi-

no sono decisivi per la costituzione della sua personalità. Lungi dall'essere passivo, in questo periodo il bambino/a attiva molti investimenti relazionali, affettivi e cognitivi. Per queste ragioni è importante che siano agevolate le esperienze di socializzazione e di educazione dei bambini, con la duplice finalità di arricchire il loro percorso di crescita e di favorire una organizzazione familiare che non distrugga i tempi della relazione figlio-genitore. Si devono perciò elaborare risposte innovative, duttili e agili, alla domanda di asili nido e di scuole materne. Soluzioni che siano in grado di contemperare qualità professionale e contenimento della spesa pubblica. È in questa direzione che deve essere, ad esempio, favorita la creazione di microasili di quartiere, anche autogestiti da famiglie.

Nel nostro paese non è ancora pienamente diffusa una cultura civile dell'infanzia e scarsa è l'attenzione alla solidarietà intergenerazionale. I ritmi del lavoro e della vita, il differenziarsi dei modelli familiari, la rincorsa ai consumi e il crescere delle aspettative di benessere, hanno fatto sentire i genitori sempre più soli di fronte a nuove responsabilità e nuove contraddizioni. Pertanto vanno promosse politiche che favoriscano le relazioni tra coloro che si assumono responsabilità genitoriali e diano strumenti per capire le esigenze reali dei bambini e delle bambine, dei giovani e delle giovani. Promuovere una nuova solidarietà tra le generazioni vuole anche dire adottare politiche di salvaguardia dell'ambiente, che sappiano coniugare la crescita del sistema di scambio e produzione, per la creazione di nuovi posti di lavoro, con le esigenze della sostenibilità dei processi di sviluppo.

Sull'infanzia ricadono crisi familiari di vario tipo che mettono a rischio la crescita equilibrata di bambine e bambini. Compito delle istituzioni locali dell'autorità giudiziaria minorile è attivare, attraverso i servizi territoriali, soluzioni in grado di sostenere i bambini e i genitori in difficoltà. Così come, di fronte alle ancora numerose istituzionalizzazioni di minori, vanno messe in atto politiche nazionali e locali che favoriscano decisamente il sostegno competente e quotidiano alla famiglia in difficoltà, l'affidamento eterofamiliare e l'adozione. Deve sostenersi, in tutto il Paese, la costituzione di piccole comunità di tipo familiare che siano in grado di rispondere compiutamente alle esigenze del progetto individualizzato elaborato per ciascun bambino. In ogni caso tutti gli interventi debbono mirare a ridurre al minimo il rischio connesso che le difficoltà della famiglia naturale conducano allo stabilizzarsi, per il bambino/a, di una prospettiva di vita dominata dalla marginalizzazione sociale, relazionale e affettiva. Infine occorre



prevedere iniziative volte a facilitare la condizione dei bambini/e con genitori in carcere.

Succede, talvolta, che gli adulti diventino i principali nemici dell'infanzia.

Il triste e perdurante fenomeno della violenza e dello sfruttamento dei bambini deve trovare una prima risposta nella fermezza con cui le istituzioni combattono le organizzazioni criminali.

Occorre conoscere in modo sistematico la realtà della violenza contro i minori, anche all'interno della famiglia, indagarne entità e caratteristiche e creare le condizioni per interventi che combattano alla radice questo fenomeno.

Bisogna prevenire e costruire le condizioni per limitare il danno nei bambini maltrattati. È certamente importante reprimere ogni forma di violenza contro i minori, ma occorre farsi carico di prevenire e di spiegare, per facilitare in tutti gli adulti l'attitudine a comunicare e relazionarsi correttamente con i più piccoli.

La vita dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze, degli adolescenti e delle adolescenti è scandita da tempi e segnata da spazi che quasi mai sono stati pensati per le loro esigenze e le loro capacità.

Ci si accorge dell'infanzia e dell'adolescenza, solo quando si presentano "problemi" ed emergenze. Bisogna invece imparare a pensare la normalità della vita quotidiana, per rendere le città amiche dell'infanzia. Ad esempio, non sembra più rinviabile far sì che anche nel nostro paese si adottino soluzioni semplici per problemi causati da disattenzione culturale: una segnaletica stradale alla portata di bambini e bambine, il rispetto e la precedenza nei luoghi e negli uffici pubblici, la priorità d'imbarco e di posto nei percorsi autoferrotranviari e aerei ecc.

È di grande importanza che i centri urbani, in modo particolare, si conformino per riconoscere la cittadinanza dei più piccoli. Per crescere bene, infatti, è necessario che vi sia tempo per i rapporti e spazi dove vivere la propria età.

Vi debbono essere occasioni, da condividere anche con gli adulti, per sperimentarsi e formarsi alla vita della comunità civica, costituita da approcci, confronti e integrazioni di persone diverse per età, sesso ed etnia.

In questa prospettiva è opportuno prevedere organismi di partecipazione diretta dei ragazzi, finalizzati all'individuazione e alla soluzione dei problemi loro e della comunità.

Le istituzioni locali e nazionali devono favorire l'offerta di una rete di servizi, complementari alla scuola e alla famiglia, volti a migliorare la qualità del tempo libero dell'infanzia e dell'adolescenza.

Questo vuol dire promuovere programmi di

aggregazione e di formazione civica di qualità, fondati su modelli educativi aperti e rispettosi della ricchezza del patrimonio sociale, culturale e religioso del nostro paese.

Gli orientamenti educativi dovranno corrispondere alla necessità di formare alla convivenza civile, alla legalità, al rispetto della differenza sessuale, alla salute integrale della persona, al lavoro creativo e produttivo, alla multiculturalità.

La formazione e l'apprendimento sono connaturali ai bambini.

Il desiderio di conoscere e di saper fare non è solo funzionale al raggiungimento della propria autonomia, ma è anche l'espressione della piacevole curiosità con cui ci si affaccia verso la complessità del mondo circostante.

La scuola è il luogo nel quale i ragazzi e le ragazze, i giovani e le giovani devono sentirsi protagonisti, esprimendo potenzialità, interessi, progetti.

Per troppi adolescenti, invece, la scuola è un luogo da cui si fugge.

L'abbandono scolastico è una piaga che va combattuta.

Per favorire la crescita integrale delle persone è necessaria una maggiore flessibilità dell'organizzazione didattica e va promosso un rilancio culturale, a tutti i livelli, della stagione della formazione scolastica, riaffermandone la funzione insostituibile.

Tutto il paese deve essere attraversato da una diversa concezione dei diritti dell'infanzia. Non si tratta solo di tutela, ma di una politica che sappia valorizzare la capacità creativa e di giudizio della realtà che i bambini e le bambine sono in grado di esprimere.

Vanno ascoltati e rispettati, in un rapporto di fiducia chiaro e coerente.

Così come devono essere considerati destinatari e protagonisti del sistema della comunicazione e dell'informazione.

Questo vuol dire sollecitare gli operatori della comunicazione a utilizzare linguaggi e contenuti compatibili con le loro esigenze e capacità.

Per questo il piano d'azione si propone in particolare di operare le seguenti linee programmatiche:

- *Sviluppare un'adeguata conoscenza della condizione di vita dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro paese; dei suoi problemi; delle sue difficoltà; della diversità per aree geografiche; per sesso; per nazionalità; dei reali processi formativi nella costruzione dell'identità e della maturità.*

- *Lavorare per il superamento del divario attualmente esistente, in termini di opportunità, risorse e servizi, tra il Centro-Nord e il Sud d'Italia, con l'obiettivo di sconfiggere la*

*povertà dell'infanzia.*

- *Promuovere una nuova attenzione all'infanzia, all'adolescenza e ai suoi diritti, nella nostra comunità nazionale, con la diffusione della conoscenza della Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia e con la costruzione, con i vari ordini professionali, di protocolli di intesa per la sua concreta attuazione.*

- *Sviluppare forme di partecipazione di bambini, bambine e adolescenti perché praticino nel concreto la loro cittadinanza e perché comprendano i diritti che loro spettano, ma anche i doveri verso gli altri e verso la comunità.*

- *Realizzare non solo una migliore definizione dei diritti di cui devono essere titolari i minori, attraverso alcune revisioni della legislazione vigente in materia, ma anche un sistema di tutela che renda questi diritti non solo astrattamente declamati, ma anche effettivamente goduti.*

- *Assicurare non solo sul piano legislativo ma anche nelle prassi operativa, che sia rispettata la personalità del soggetto in formazione e che l'interesse del minore venga ad essere privilegiato nei confronti di altri interessi.*

- *Contrastare tutte le forme di sfruttamento dei minori.*

- *Realizzare interventi di sostegno alle famiglie per assicurare più soddisfacenti relazioni familiari.*

- *Prevenire, con adeguati interventi, il disagio minorile identificando le situazioni oggettive di rischio sociale o familiare e operando per sostenere i minori in difficoltà attraverso strumenti in grado di contrastare le occasioni di disadattamento e di devianza.*

- *Realizzare strumenti di recupero della devianza, attraverso interventi non segreganti ma risocializzanti.*

- *Promuovere le condizioni che favoriscano lo sviluppo armonico della personalità del minore. Sviluppare l'associazionismo giovanile e promuovere un utilizzo del tempo libero che abbia valenze educative.*

- *Consolidare politiche di sviluppo sostenibile.*

- *Assicurare un'effettiva integrazione sociale ai bambini stranieri e a quelli italiani che si trovino in situazioni di emarginazione sociale promuovendo anche un'azione educativa e informativa nell'opinione pubblica italiana sulle diverse identità culturali e sociali dei bambini e delle bambine dei Paesi del Sud del mondo, innanzitutto attraverso gli strumenti di informazione pubblica radio-televisivi.*

- *Assicurare servizi e opportunità di socializzazione per bambini, bambine, ragazze, ragazzi e adolescenti disabili.*

- *Rilanciare interventi di cooperazione allo sviluppo in particolare a favore dei diritti dell'infanzia. ■*



Abbiamo inviato una lettera alla professoressa Antonietta Marchi della Clinica Pediatrica di Pavia, che si occupa con competenza di medicina dello sport ma anche di pediatria. Ne è venuto fuori un dibattito che sintetizziamo per i lettori.

## Sport e sanità

# Discutendo di sport e Medicina

Lucio Piermarini

pediatra di comunità, AUSL Terni

*Gentilissima Professoressa Marchi, Abbiamo trovato una certa difficoltà a individuare un interlocutore nel settore della Medicina dello sport, ma da tempo ci poniamo alcune domande e adesso le sottoponiamo a lei: il decreto sull'attività sportiva è del 1982, dopo 15 anni si conosce qual è il risultato "benefico" portato dal decreto? Ci sono stati meno morti da sport fra i ragazzi (era questo che il decreto voleva) o nulla è cambiato? Ci chiediamo da tempo qual è il confine fra attività motoria e sport. Ragazzini che si ammazzano, d'agosto, nel campetto sotto casa non fanno sport, quelli che saltellano in palestra lo fanno: per quelli ci vuole il certificato per gli altri no. Chi lo decide? Le federazioni, i professori di ginnastica, le insegnanti di danza? E i medici sportivi che attività fanno? Curano le tonsilliti croniche, le ematurie microscopiche, fanno radiografie per scoliosi per 2 mm di gibbo, fanno ECG, echi, Holter. Con quale scopo? Una spesa sanitaria enorme, preoccupazioni per le famiglie per "alcune emazie nel sedimento". Dove si possono trovare risposte a queste domande? Quanti morti in meno dopo il decreto? Quali successi, quali tutele? Quanto costa la medicina sportiva?*

Le domande sono in parte provocatorie e in parte no. La legislazione in tema di tutela della salute di chi pratica attività sportiva consiste nella legge del 26/10/1977 che contiene il lasciapassare per lo sport agonistico senza il quale l'atleta non può partecipare ad alcuna competizione. I criteri tecnici generali sulla cui base si devono effettuare i controlli sanitari sono sanciti dal successivo decreto del ministero della sanità del 18/2/1982 (capacità morfofunzionale e psichica, maturità dell'atleta). Vi è poi la circolare del 18/3/1996 del ministero della sanità che indica le linee guida per l'organizzazione omogenea della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica che, in base alle risorse delle singole regioni e province autonome è demandata: ai servizi di medicina dello sport, ai centri privati accreditati e autorizzati, ai singoli specialisti in Medicina dello sport in quanto operanti in strutture adeguate. Queste norme hanno apportato sicuri benefici per i ragazzi che praticano attività sportiva in quanto oggi è sempre più diffusa la tendenza a iniziare le attività sportive in età precoce nella convinzione che esse rappresentino un fattore favorente l'armonico sviluppo e il miglioramento funzionale e psichico dell'organismo. Se si scorre l'elenco delle federazioni ci si rende conto di quanto vari da una specialità all'altra il criterio in base al quale si determina il "quando" per un certo tipo di sport

sia necessaria la visita per l'inizio della pratica agonistica (per le bocce e la ginnastica otto anni, per il rugby e gli sport del ghiaccio sei anni). Evidentemente al di sotto di queste età è necessario solo l'attestato di "buona salute" rilasciato dai medici di famiglia. Alcune Federazioni, poi (il Centro Sportivo Italiano, il movimento sportivo popolare, le Polisportive giovanili salesiane), non richiedono ai loro iscritti alcuna certificazione perché "non effettuano attività agonistica". Certo si ha ragione nel sostenere che il ragazzino che "si ammazza nel campetto sotto casa" fa agonismo proprio come il ragazzino che fa rugby, e la distinzione fra attività agonistica e non agonistica, non è possibile nei due casi. Nella attuale legislazione la tutela della salute del bambino/ragazzo che fa sport sta: - nell'attenta responsabilità della famiglia e in un'altrettanta attenta responsabilità dei tecnici sportivi, - nella professionalità dei medici di famiglia e degli specialisti di medicina dello sport. Per evitare i danni fisici che possano derivare da un'attività agonistica malcondivisa che può far danni specie in età evolutiva, ma anche per prevenire danni che talora hanno inizio in forma subdola e apparentemente innocente. Il caso del calciatore Kanu dovrebbe fare riflettere.

*Conclusioni? Sia la prof. Marchi che altri conoscitori della materia ci hanno confermato che non esistono statistiche sugli incidenti del "prima" e del "dopo legge" del 1982, come non esistono dati sui costi della medicina sportiva e quindi del rapporto costi/benefici della medesima. Che l'attività dei medici sportivi risenta in parte di assurde esagerazioni è ben noto e del resto essi dovrebbero maggiormente usare il raccordo con il pediatra di famiglia che meglio di loro sa inquadrare alcune patologie o pseudopatologie sulle quali la competenza del medico sportivo è quasi nulla. La legge demanda alle federazioni il diritto/dovere di individuare cos'è l'agonismo: in base all'art. 1 del DM 18 febbraio 1982, la qualificazione agonistica è demandata alle Federazioni sportive nazionali e/o agli Enti sportivi riconosciuti dal CONI. Ad esempio per la Federazione Italiana Gioco Calcio (FIGC) "La qualificazione agonistica deve darsi all'attività di quei calciatori che, superato il 12° anno di età, prendono parte ai campionati o tornei organizzati dalle Leghe di competenza o dal Settore Giovanile con esclusione delle manifestazioni indette nell'ambito dei Giochi della Gioventù". In pratica la stessa partita di calcio a seconda da chi è organizzata diventa agonismo o relax. Tutto questo non sembra abbia nulla a che fare con il caso del calciatore Kanu. Francamente c'è ne abbastanza per chiedere con forza un cambiamento di indirizzo. ■*



## OSPEDALI PRIVATI IN LOMBARDIA: AHMI

Secondo dati forniti da consiglieri dell'opposizione della Regione Lombardia, e riportati dal *Corriere della Sera* del 16/1/1997, si sarebbe verificato un notevole aumento di introiti ospedalieri da parte degli Istituti privati lombardi. I casi ricoverati negli Istituti *privati* di ricovero e cura a carattere scientifico sarebbero aumentati nel 1996 del 29% (da 44.000 a 62.000); quelli ricoverati negli Istituti *pubblici* del 5.4% (da 69.000 a 73.000). Negli Istituti privati i ricoveri superiori a tre giorni sono passati dall'87% al 68%, effetto questo del fatto che dopo tre giorni si "matura" il diritto a riscuotere il DRG, ma il valore di questo non aumenta dopo il 3° giorno. Nell'Istituto S. Raffaele nei primi 6 mesi del 1996 i pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso sono aumentati di 7.3 volte rispetto ai dati dell'anno precedente.

## BRESCIA

### I ragazzi che fumano

Nelle scuole pubbliche di vario ordine e grado di Brescia è stata condotta una indagine su quanto fumano i ragazzi.

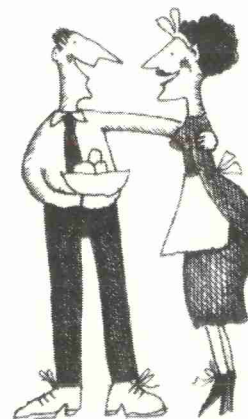
Questionari distribuiti 2.647, questionari compilati 1.903 (72%), maschi 44%. Fumano il 29% sia dei maschi che delle femmine.

L'andamento dell'abitudine al fumo aumenta con gli anni: i più vecchi fumano di più. I nati nel 1979 fumano per il 66%, quelli del 1980 per il 32%, quelli del 1981 per il 23%. Il 78% fuma <10 sigarette al giorno; l'1% >20 al giorno. Il 59% dei genitori (almeno uno) dei ragazzi che fumano, fuma a sua volta. Fuma invece solo il 40% dei genitori (almeno uno) dei non fumatori ( $p < 0.01$ ). L'indagine manca di riferimenti sul livello culturale delle famiglie dei ragazzi che è noto come elemento influente sulle abitudini dei giovani: i più poveri fumano di più.

## UN WELFARE CHE DISCRIMINA I BAMBINI, CHE WELFARE È?

Il 17 marzo la Banca d'Italia ha reso nota una ricerca sulla situazione dell'assistenza con particolare riguardo all'infanzia. La Banca d'Italia conferma (è bene che anche loro se ne siano accorti, ma la cosa era nota da tempo!) che il nostro paese è quello che, in Europa, destina la minore parte delle spese per il Welfare all'età fino a 14 anni: il 3% contro il 6.5% della spesa sociale. Il 30% degli italiani sotto i 15 anni (il 50% al sud) è costituito da poveri, cioè ha un reddito che è la metà di quello medio nazionale. La metà delle famiglie con 3 o più figli è povera. Questi ragazzi - dice la Banca d'Italia - *non studieranno, saranno disoccupati o avranno lavori precari; in Italia l'attenzione verso la povertà dei minori è sempre stata piuttosto modesta; il sistema tutela solo i lavoratori dipendenti*. Tutte cose, in verità che i lettori di questa rivista conoscono da tempo. Come conoscono lo stretto rapporto fra povertà e cattiva salute. Recentemente fonti del Servizio Sanitario inglese hanno ufficialmente dichiarato (*Lancet* 1997;349:708) che il fallimento della politica fiscale è uno degli strumenti che creano modificazione dello stato di salute perché penalizza la salute dei poveri e in specie dei bambini. C'è quindi uno stretto rapporto - finora poco riconosciuto e poco indagato - fra politica fiscale e salute specie dell'infanzia. Gli psicologi sostengono che il collegamento fra povertà e salute, nei paesi industrializzati, può avvenire in maniera assai diversa da quanto avviene nei paesi del "terzo mondo" dove il problema fondamentale è la denutrizione quantitativa. I meccanismi dei paesi industrializzati possono essere l'esclusione sociale con conseguenze psicologiche e depressive per bassa stima. I biologi sostengono che sale il cortisolo, che vi sono alterate risposte pressorie e diminuzione delle risposte immunitarie. Il difetto di nutrizione qualitativa ha, naturalmente,

anche lui la sua parte. Ci sono numerosi riscontri internazionali. Trevor Sheldon, uno dei responsabili del SSN inglese, ritiene che l'equità fiscale sia alla base dell'equità nella tutela della salute. Johan Martin dell'OMS sostiene che occorre occuparsi della remunerazione del "capitale umano". Questi i collegamenti che ci ha fatto venire in superficie il rapporto della Banca d'Italia. Qualche sera dopo la pubblicazione del rapporto (il 20 marzo) a *Primaserata*, organo di approfondimento del TG3, si è discusso di infanzia. Questi dati della Banca d'Italia sono rimbalzati sul palcoscenico della trasmissione (ma i soli che li conoscevano erano Lucia Annunziata e Stefano Rodotà): c'erano, oltre a Rodotà, Casini, Gloria Buffo e Borghezio. Tutti si sono addolorati di questo stato di cose che è oramai noto *lip-pis et tonsoribus*. Un giornalista dell'*Avvenire* si è quasi strappato i capelli in pubblico. Sembrava che una specie di mostruosità si fosse avventata contro l'Italia in quella sera di marzo. Nessuno si è ricordato che le cose in Italia stanno così da almeno venticinque anni e che tutti coloro che stavano su quel palcoscenico (meno il leghista Borghezio che è arrivato a danno fatto) avevano precise e personali responsabilità in merito. Tutti quelli che erano sul palcoscenico avevano almeno contribuito a mandare in pensione prima del tempo (anche a meno di 40 anni) 2 milioni e 800.000 cittadini. A spese di chi? Certo anche delle giovani generazioni, degli adolescenti e dei bambini di oggi più poveri anche per questo.





## SECONDO LIVELLO DIRIGENZIALE

Come vi si accederà?

L'abolizione degli esami di idoneità nazionale prevista dalla legge n° 4/1997 pone il problema della definizione di nuove regole per l'accesso al 2° livello dirigenziale del SSN. Si tratta di un problema assai importante e dal quale si comprenderà più che da ogni altro intervento governativo quale vorrà essere il modo scelto per avere nel servizio dirigenti capaci di gestirlo. In particolare ci sarà da chiedersi quale parte avrà, in questo settore, l'attenzione all'efficacia piuttosto che all'efficienza che è stata finora privilegiata da qualsiasi intervento governativo.

## PUBBLICITÀ SU "QUADERNI" DEI SUCCEDANEI DEL LATTE MATERNO

Nel mese di marzo è stata cortesemente offerta a *Quaderni*, come ad altre riviste di pediatria, la pubblicazione a pagamento di inserti pubblicitari per alcuni prodotti alimentari per la prima infanzia.

La direzione ha esaminato il contenuto degli inserti che sono sembrati non conformi alle indicazioni che l'assemblea ACP 1997 ha dato per l'attuazione integrale e letterale e magari pignolesca (su questa interpretazione si veda comunque *BMJ* 18 gennaio 1997 pg 167) del codice internazionale della commercializzazione dei succedanei del latte materno (OMS 1981). Per essere più precisi gli inserti non sono sembrati conformi all'articolo 4.2 che obbliga coloro che "sono impegnati nel campo della nutrizione della prima infanzia" a non utilizzare materiale che riporti "immagini... che idealizzano l'uso dei succedanei del latte materno". La direzione di *Quaderni*, pur ringraziando

do la ditta offerente, ha pertanto ritenuto di non potere accettare l'inserzione che invece come si vedrà tutte le altre riviste hanno accettato.

## PENITENZIAGITEI

"El tacon" di Echevarria

"Un sondaggio dice che il 90% degli handicappati sono figli di genitori che non sono arrivati puri al matrimonio".

Un virgolettato di due righe riportato sul *Giornale di Sicilia* del 10 aprile 1997 indica il pensiero del vescovo Saverio Echevarria.

Il pensiero è stato presentato a Catania di fronte a un migliaio di siciliani. Naturale la presa di posizione dell'Associazione Down e dell'ANFASS. Qualcuno dice che il vescovo abbia una non buona padronanza dell'italiano.

Qualcuno dice che si riferiva ai sieropositivi. In ambedue i casi (anche i bambini sieropositivi non sono, in fondo, tutti figli "di colpevoli") si può commentare con il famoso "un bel tacer non fu mai scritto". Il 14 aprile una lettera ai quotidiani che voleva smentire tutto era il classico "pezo el tacon del buso".

## LATTE AL SUPERMERCATO PER CASO

Sono comparsi sugli scaffali dell'ipermercato di Roncadello (BS) latti starting formula, se non andiamo errati, della Nestlé e di Dieterba.

Tempesta in AIPA perché tutte le ditte di latti sono impegnate a non vendere latti per l'infanzia, starting formula, se non nelle farmacie. Le ditte produttrici dei latti presenti negli scaffali del supermercato sembra abbiano affermato che nulla sapevano della vendita dei loro prodotti. Il direttore dell'ipermercato ha spiegato la situazione dicendo di avere acquisito i latti da un grossista e di avere pieno diritto

di venderli. Nelle licenze merceologiche del supermercato esiste infatti questa possibilità. Le ditte produttrici non potrebbero, quindi, stabilire di vendere i loro latti solo in farmacia.

## IL PEDIATRA AL SUPERMERCATO PER SOLDI

Una ditta italiana di latti, con vasta informazione sulla stampa nazionale, ha preso l'iniziativa di "garantire" la presenza di un pediatra in certi supermercati.

Il pediatra fornisce disinteressate informazioni su tutto: alimentazione, magliette, scarpine, sonno, pianto, enuresi, passeggini, raffreddore, uso ed abuso dei nonni, camomille, otiti, tè deteinati e teinati, vacanze, berrettini, pannolini, pappine ecc.

## LATTE AL SUPERMERCATO PER SCELTA

Una nuova ditta di alimenti per l'infanzia va invece nei supermercati per scelta sia con un latte starting che di proseguimento. Si tratta di SICURA. Nella presentazione si annuncia che la ditta è presente su Internet con una Home Page (<http://www.sicura.it>) e un indirizzo elettronico; non ha una catena di collaboratori scientifici e perciò i pediatri verranno contattati semestralmente solo per posta, o via telefono. Nel depliant di presentazione è pubblicata parte del codice internazionale sulla commercializzazione dei latti formulati.





## USA

### E non getta

La commissione del Servizio di Prevenzione del governo USA ha pubblicato l'ultima edizione della Guida ai Servizi Clinici di Prevenzione. Sono stati impiegati cinque anni per esaminare più di 6.000 studi riguardanti la prevenzione (procedure cliniche, screening, vaccinazioni, consulenze, etc.) con la collaborazione di 650 revisori scientifici. L'obiettivo dichiarato non era la produzione di protocolli ma la realizzazione di una guida di "preventive medicine evidence based". La guida è stata accolta con molta soddisfazione da molte associazioni mediche americane fra cui la potente Accademia Americana dei Medici di Famiglia (AAFP) che l'ha definita lo "stato dell'arte". Tra le conferme riportiamo il giudizio della guida sul monitoraggio elettronico fetale che non solo non viene raccomandato di routine nel travaglio delle donne a basso rischio ma neanche nelle gravidanze ad alto rischio. Non esisterebbero infatti dimostrazioni sufficienti per poter affermare che esso sia preferibile a un attento monitoraggio clinico. (*JAMA* 1996; 275:505)

## GRAN BRETAGNA

### I budgettisti: nessun risparmio

È stato pubblicato sul *BMJ* del 14 dicembre 1996 (1996;313:1531) un ulteriore studio nazionale sui risultati economici ottenuti in regime di Budget in Gran Bretagna. La conclusione degli aa è che dopo circa tre anni di Budget i medici Budgettisti, che avevano ridotto le loro abitudini prescrittive, tornano alle abitudini prescrittive iniziali. Complessivamente il medico Budgettista riduce, nei suddetti tre anni di luna di miele, del 6% il costo "inflitto" al SSN e poi non differisce dal non-Budgettista. Non pare insomma che la Thatcher abbia ottenuto grandi successi con questa

responsabilizzazione del general practitioner, specie se si tiene conto dell'aumento della spesa burocratica che l'esperimento ha comportato. Aumentare la spesa burocratica e non ottenere risparmi dev'essere, per un liberista, il massimo dello scorno.

## CEE

### Prodotti agricoli da ingegneria genetica

Il 16 gennaio il parlamento europeo ha votato le norme per i prodotti agricoli provenienti da manipolazione genetica. Questi prodotti - qualora siano messi in commercio - devono portare, nella sede di vendita, l'indicazione di contenere "genetically modified component". In Italia intanto è stata vietata l'introduzione del granturco geneticamente modificato in attesa di verificare l'impatto ambientale.

## USA

### Le spese per la sanità

Gli americani senza assistenza sanitaria sono 42 milioni e, di questi, 10 milioni sono al disotto dei 18 anni di età. Molti altri milioni sono "sottoassistiti" cioè hanno assicurazioni così deboli che un evento patologico importante li riduce sul lastrico. Negli ultimi tre anni le cose sono

peggiorate: mentre la capacità d'acquisto degli americani è aumentata del 19% gli impegni nella sanità da parte dei privati sono aumentati solo del 2.5%.

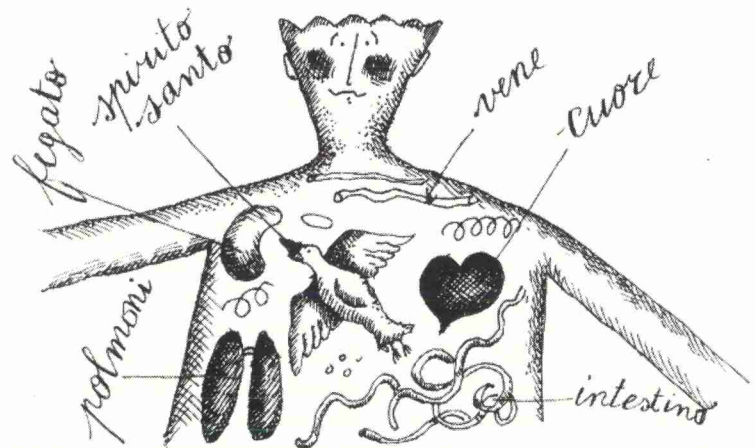
Gli USA sono rimasti l'unico paese industrializzato in cui - a parte Medicaid e Medicare - sono le sole regole del mercato a produrre l'assistenza (*Lancet* 1997;349:295).

La spesa per la sanità è comunque enorme: il doppio di quella italiana rispetto al PIL. E quello che meraviglia è che nonostante la perfezione dei sistemi informatici americani (*Public Health Report* 1997;112) essi non sanno come sta la loro salute: per esempio non hanno un registro nazionale dei tumori (hanno solo una sorveglianza su un "sample size").

## ARGENTINA

### Medici e dittatura: già visto in Europa

Le "nonne della Plaza de Mayo" alla ricerca dei loro nipoti scomparsi hanno accusato un ginecologo, il dr. Magnacco, di complicità in tortura col vecchio regime militare (*Lancet* 1997;349:187). Seguendo le tracce di un bambino scomparso subito dopo la nascita, avvenuta nelle prigioni argentine 18 anni fa, le nonne della Plaza de Mayo sono arrivate al ginecologo che avrebbe assistito al parto e fatto scomparire il bambino. Il ginecologo avrebbe fatto partorire altre





ventotto donne nelle carceri e tutti i bambini sarebbero scomparsi. Ci sono fonti che accuserebbero altri ginecologi di tortura durante il parto.

Il problema è di grande delicatezza perché concerne la partecipazione dei medici alla persecuzione con mezzi biologici e alla tortura.

Un altro medico argentino Jorge Bergès è stato condannato per gli stessi motivi a 6 anni di carcere nel 1987 e liberato qualche mese dopo per una legge che salva coloro che hanno obbedito a ordini. Secondo questa legge, che è chiamata della "obbedienza dovuta", solo chi "dà" gli ordini è colpevole e non chi gli ordini "esegue". Un "già visto" in Europa al tempo del nazismo.

## ALBANIA

La polio:  
il prima, il dopo

Fra aprile e novembre 1996, centotrentotto casi di sospetta polio sono stati riportati in Albania. Dalle feci di 61 malati è stato isolato il polio-1-virus selvaggio.

La frequenza più alta è stata da agosto a ottobre, mesi tipici per le epidemie di polio.

Nell'autunno del 1996 è stata varata una campagna di massa di vaccinazione da 0 a 50 anni con vaccino orale e in dicembre non è stato riportato nessun caso. L'ultimo caso è del 25 novembre 1996 (*Lancet* 1996;349:437). E dopo? Cosa sarà successo?

## CEE

Scarso controllo  
della "mucca pazza"

Il presidente della commissione europea Jacques Santer ha ammesso che la conduzione comunitaria dell'affare mucca pazza è stata pressapochistica e dilettantesca. Il problema è stato affidato al commissario Emma Bonino con il compito di ripartire da zero per verificare la effettiva

situazione e, nel concreto, la trasmissibilità dell'infezione prionica. Chi ha seguito su "quaderni" i commenti riportati dalla letteratura internazionale si è - crediamo - già fatto una opinione precisa sulla trasmissibilità interspecie. Santer ha anche preso atto della necessità di bloccare l'introduzione nel continente di cosmetici che contengono componenti che provengono da tessuti animali bovini.

## FRANCIA

Lo scandalo dell'ormone  
somatotropo

Nonostante che l'uso del somatotropo da cadavere sia stato bandito in Francia dal giugno 1985, (in USA nel marzo 1985) la farmacia centrale degli ospedali parigini ha continuato a far usare il prodotto fino al febbraio 1986: 20.000 dosi sono uscite dai suoi magazzini per non perdere un guadagno illecito di 5.5 milioni di franchi francesi (*L'Express* 9/1/1997).

La notizia giornalistica è stata confermata dal giudice che ha seguito le indagini sull'ormone (*Lancet* 1997;349:189).

Come è noto la Francia ha il più alto

numero del mondo di sindrome di Creutzfeldt-Jacob nei giovani. Si tratta del secondo grande scandalo della sanità francese in pochi anni. L'altro è quello della infezione da HIV da sangue non controllato. Il primo ministro ha dichiarato che sarà egli stesso a proporre l'istituzione di una centrale di controllo da lui dipendente sul tipo della FDA che governi le autorizzazioni a commerciare farmaci e alimenti.

## CANADA

Campagna di educazione  
sanitaria sulle resistenze batteriche

Un gruppo culturale di medici ha lanciato in Canada, una vasta campagna di educazione sanitaria per medici farmacisti e popolazione per indurre un uso più appropriato degli antibiotici.

La campagna è stata organizzata dopo un sondaggio Gallup che ha dimostrato che la popolazione generale non ha la più pallida idea del pericolo per la salute di una vasta induzione di resistenze agli antibiotici.





## LA SALUTE UN OPTIONAL LA PROFILASSI UN LUSO

Da qualche settimana alcune delle prestazioni del pediatra di base devono essere pagate direttamente dall'assistito. Tra queste la certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica e le vaccinazioni raccomandate.

Con un certo imbarazzo comunico ai miei assistiti queste novità, riscontrando quasi sempre stupore e, visto che i nostri rapporti sono sempre stati molto chiari, non me la sento di liquidare la questione con due parole, e perdo un po' di tempo per spiegare i motivi (in questi giorni di superlavoro non sarebbe proprio il caso). Mi sembra però di non aver trovato ancora le parole giuste. La gente ci sente sempre dire che i bambini hanno bisogno di movimento, che non devono stare seduti a guardare la televisione, e adesso devono pagare per seguire i nostri consigli. Altro capitolo, più imbarazzante, è quello delle vaccinazioni raccomandate. Come faremo a promuovere i vaccini non obbligatori, senza dare l'impressione che tutto non sia solo nel nostro interesse? Chiedo ai colleghi, che hanno avuto le mie stesse difficoltà, di rivedere le decisioni prese sul nuovo ACN. Almeno sui due punti esposti, non sarebbe meglio tornare al vecchio, semplice, disinteressato modo di fare?

Giusy De Santes  
Palermo

*In una lettera di una pediatra di famiglia, comparsa recentemente su una mailing list, c'è la stessa preoccupazione per le vaccinazioni raccomandate: che forza ha un messaggio che comporta un guadagno per il messaggero?*

*È un problema che sul piano dell'etica del quotidiano non è trascurabile.*



## LAMENTELE

Ricevo oggi il fascicolo n° 4 di *Quaderni*, relativo ai mesi di luglio-agosto '96. La cosa è consueta, nel senso che i fascicoli mi arrivano con molti mesi di ritardo. Questo è irritante se non altro perché le riviste come "Quaderni" sono, per noi "periferici", una delle poche fonti per conoscere i vari congressi che avverranno (tempo futuro!).

Per esempio: del congresso ACP di Verona ho saputo da M&B e ci sono andato, ma intanto mi perdo "Sirmione VIII" a cui avrei partecipato volentieri se non fosse che "Quaderni" mi informa solo oggi che bisognava iscriversi entro il 12 settembre! Ciliegina: come mai a me il fascicolo arriva oggi quando era bello in mostra a Verona un mese fa fra la pubblicistica del congresso ACP?

Ti ringrazio per l'ascolto che mi dai, d'altronde, non credo che sia un problema solo mio e penso che la rivista abbia ormai una diffusione e un peso tale per cui debba uscire da simili pressappochismi. Ancora sinceri e affettuosi complimenti per l'impegno tuo e di tutta la redazione e molti cari saluti!

Tiziano Basso

*Carissimo Tiziano, mi scuso innanzitutto per il ritardo con cui rispondo alla tua lettera (che ho ricevuto a Novembre e che solo ora riportiamo), della quale ti ringrazio sia per i complimenti che per le lamentele (tutte e due rappresentano un segno di attenzione e di interesse). I motivi del ritardo con cui ricevi la rivista hanno origini per così dire "multifattoriali". Il primo e più importante è da addebitarsi al nostro servizio postale: abbiamo calcolato che, utilizzando l'abbonamento postale (cosa obbligatoria, altrimenti i costi di spedizione sarebbero proibitivi) i tempi di consegna superano spesso i trenta giorni (eppure inviamo le copie fascicolate per codice postale, per provincia, per città; non ti dico la fatica!). Il secondo, che si riferisce specificamente all'avviso dei convegni, è legato al fatto che molto spesso chi li organizza non considera i tempi di battitura, revisione dei testi, impagina-*

*zione, stampa e, per l'appunto, spedizione e ci manda il programma con un anticipo troppo scarso.*

*Qualche volta c'è stato qualche ritardo da parte della tipografia, ma devo dire che c'è chi in redazione è quasi sempre riuscito, con pazienza e delicatezza, (come è nel suo carattere) a stimolarne adeguatamente la puntualità.*

*Davvero non posso dare responsabilità alcuna alla redazione che, nonostante sia composta, come sai, da colleghi che ogni tanto devono occuparsi anche del loro lavoro (!), è piuttosto zelante nei tempi, anche per la nota vocazione di schiavista del Direttore! Per quanto è nelle nostre possibilità, cercheremo in futuro di migliorare anche in queste cose, come abbiamo cercato finora di migliorare il resto, anche grazie ai "consigli" di chi legge.*

Franco Dessì

## I BILANCI DI SALUTE

### Troppo americani?

Ho visto che sulla rivista "quaderni acp" state pubblicando una serie di linee guida per i bilanci di salute. La trovo una iniziativa assai utile, ma mi pare che esse abbiano uno stile eccessivamente americano. Alludo al "congratularsi" con la madre, al "come state", al "come vanno le cose" che hanno più l'aria libero-professionale del pediatrician che quella del pediatra di base. Così è per le guide anticipatorie e per i consigli che mi sembrano eccessivamente dettagliati per un pediatra italiano.

Mi sembrerebbe di potere consigliare di dare maggiore importanza alle cose che nei singoli bilanci devono essere cercate perché il farsele sfuggire può arrecare danno al bambino.

G. R. P.

Pediatra ospedaliero, Torino

*Abbiamo abbreviato forzatamente la lettera del nostro interlocutore, ma siamo certi che egli concorderà sul fatto che ne abbiamo salvato il senso. La preparazione dei bilanci di salute per quaderni acp*



ha subito una lunga preparazione durante la quale sono state naturalmente esaminate le fonti bibliografiche, gli esempi e gli schemi esistenti, che sono come il nostro lettore sa, quasi tutti di estrazione anglosassone.

Bibliografia italiana ci pare non ce ne sia ma se qualcuno ne conosce gli saremo grati se ce lo farà sapere.

È pertanto possibile che un certo "americanismo" pervada i testi nonostante i nostri tentativi di rielaborazione e adattamento alla realtà italiana.

Ma dobbiamo anche dire che i "come state" non sono lì a caso: dovrebbero consentire al pediatra di entrare un poco di più nella comprensione dei problemi della famiglia; che non sarebbe un male.

Un bilancio di salute infatti non è affatto l'insieme o la somma delle metodiche di screening che applichiamo (anche, fontanella, occhi ecc.), ma rileva l'insieme delle caratteristiche fisiche, psichiche, sociali del bambino e della famiglia che abbiamo di fronte.

Per questo il bilancio di salute ha senso anche se viene eseguito su un solo bambino: lo screening no.

Non concordiamo invece sul giudizio delle guide anticipatorie e dei consigli.

È vero che esse sono inusuali per i pediatri (non solo di base) italiani, ma è altrettanto nota la loro importanza nel preparare i genitori agli eventi che possono insorgere nella vita del loro bambino.

Che i pediatri italiani non vi prestino attenzione è vero, ma è ampiamente ingiustificato e quasi colpevole.

Qui diamo ragione agli americani che ritengono che "in esse ci sia più prevenzione di quanto noi pensiamo".

Quanto alle "cose che devono essere cercate" alle età filtro il nostro lettore si accorgerà che ci sarà per questa parte (il "case finding") una grande attenzione, ma sempre tenendo presente che il bilancio non è, come sopra si diceva, l'insieme di metodiche di screening applicate a un solo bambino, ma è inteso a confermare lo stato di salute.

Su questo esistono non solo esperienze straniere.

Una consistente esperienza è stata maturata proprio nel gruppo ACP cui aderisce l'autore dei bilanci.

## USO & ABUSO DEL KETOPROFENE SALE DI LISINA

L'uso del Ketoprofene sale di lisina è entrato prepotentemente nella pratica ambulatoriale in pediatria e sembra molto alto il consumo che se ne fa, almeno in Campania. Incuriosito da questo successo che non mi aspettavo ho effettuato una ricerca in tre farmacie, una di Napoli centro, una di Marcianise (CE) e una di S. M. Capua Vetere (CE), per conoscere le vendite di tale prodotto, e confrontarlo con quelle del Paracetamolo e dell'acido niflumino. Come si vede dalla tabella il numero di confezioni di farmaci a base di Ketoprofene sale di lisina è in tutte e tre le farmacie il più alto in assoluto ed è maggiore anche del numero di confezioni di tachipirina. In effetti vi scrivo perché a

me è capitato di vedere nell'ultimo anno due bambini con gastrite emorragica (età 2 e 3 anni) e ben cinque con proctite; in tutti e sette i casi era in corso una terapia con farmaci antinfiammatori a base di Ketoprofene sale di lisina supposte e non c'erano altre condizioni che potessero spiegare la sintomatologia. Nel foglietto illustrativo tra gli effetti indesiderati è chiaramente scritto che *sono state segnalate emorragie gastrointestinali e ulcera peptica*. E infatti dal 1997 il Ministero della Sanità ha vietato l'uso di tale farmaco in bambini di età inferiore a sei anni. Giudico molto appropriata la decisione del Ministero e spero che l'uso di tale farmaco in pediatria venga drasticamente ridimensionato (visto l'alto numero di confezioni vendute e gli effetti collaterali, anche gravi, che può provocare). Resta obiettivamente un "mistero" un così grande successo in pediatria di tale farmaco.

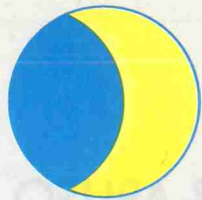
Gaetano Rivezzi

Ospedale di Marcianise (CE)

Tabella. Numero di confezioni vendute

Farmacia	anno 1996	anno 1997	totale
<b>Napoli centro</b>			
Tachipirina supp. 250	147	49	196
Zepelin due supp. 60 mg	65	22	87
Zepelin due supp. 30 mg	15	8	23
Zepelin supp. 30 mg + 60	80	30	110
Oki supp. 30	43	8	51
Oki supp. 60	40	11	51
Oki supp. 30 + 60 mg	83	19	102
<b>Oki + Zepelin</b>			<b>212</b>
Niflam supp. b.	240	60	300
<b>S.M.C. Vetere</b>			
Tachipirina supp. 250	235	100	335
Zepelin due supp. 60 mg	170	31	201
Zepelin due supp. 30 mg	75	18	93
Zepelin supp. 30 mg + 60	245	49	294
Oki supp. 30	60	13	73
Oki supp. 60	63	16	79
Oki supp. 30 + 60 mg	123	29	152
<b>Oki + Zepelin</b>			<b>446</b>
Niflam supp. b.	229	80	309
<b>Marcianise</b>			
Tachipirina supp. 250	314	123	437
Zepelin due supp. 60 mg	179	56	235
Zepelin due supp. 30 mg	80	15	95
Zepelin supp. 30 mg + 60	259	71	330
Oki supp. 30	80	26	106
Oki supp. 60	100	24	124
Oki supp. 30 + 60 mg	180	50	230
<b>Oki + Zepelin</b>			<b>560</b>
Niflam supp. b.	480	161	641

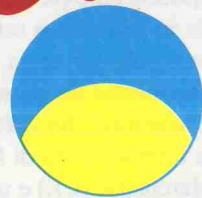




# MINIRIN<sup>®</sup>

*spray*

(desmopressina)

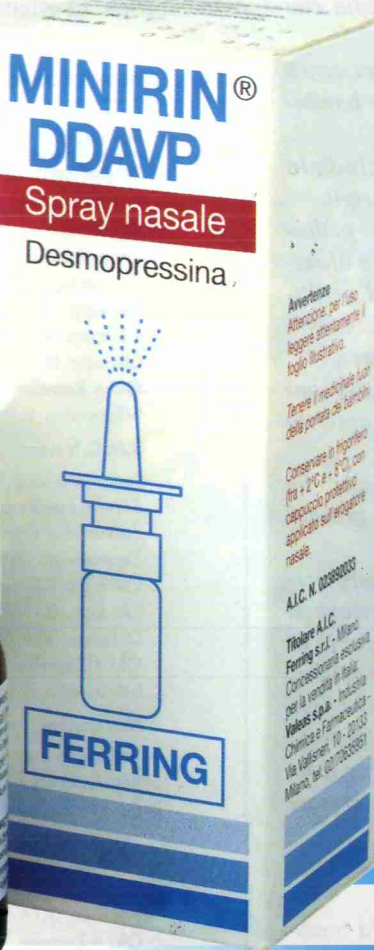


**S.S.N. CLASSE A**

**MINIRIN<sup>®</sup>  
DDAVP**

**Spray nasale**

**Desmopressina**



**Avvertenze**  
Attenzione, per l'uso leggere attentamente il foglio illustrativo.

Tenere il medicinale fuori della portata dei bambini.

Conservare in frigorifero (tra + 2°C e + 8°C) con cappuccio protettivo applicato sull'agugliere nasale.

A.I.C. N. 023830033

**Titolare A.I.C.**  
Ferring s.r.l. - Milano  
Concessione esclusiva per la vendita in Italia  
Valeis s.p.a. - Industria Chimica e Farmaceutica  
Via Galvani, 10 - 20133 Milano, tel. 02/763581



CLASSE A

CLASSE A



**Lunibron-A**  
Flunisolide



**Broncovaleas**  
Salbutamolo

**VALEAS** s.p.a.

Depositato presso il Min. San. in data 31/10/1996



# Triacelluvax®

Riassunto delle caratteristiche di prodotto

**1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE** - Triacelluvax® (vaccino acellulare contro la difterite, il tetano e la pertosse da ingegneria genetica).

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** - Una dose (0,5 ml) contiene: *Principi attivi*: almeno 30 U.I. di anatoxina difterica; almeno 60 U.I. di anatoxina tetanica (dosaggio su topo); 5 µg di PT-9K/129G (tossina della pertosse geneticamente detossificata); 2,5 µg di FHA (emoagglutinina filamentosa) e 2,5 µg di 69KD (pertactina). *Eccipienti*: sodio-etilmercurio-tiosalicilato (conservante) 0,05 mg; idrossido di alluminio (adiuvante) 1 mg; cloruro di sodio 4,5 mg; acqua per preparazioni iniettabili q.b. a 0,5 ml.

**3. FORMA FARMACEUTICA** - Triacelluvax® è una sospensione sterile iniettabile di anatoxine difterica e tetanica purificate e di antigeni purificati di *Bordetella pertussis*. Nel processo di preparazione di Triacelluvax® non vengono utilizzati emoderivati o in genere sostanze di origine umana.

**4. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E TOSSICOLOGICHE** - Triacelluvax® è un vaccino acellulare adsorbito su idrossido di alluminio costituito dalle anatoxine tetanica e difterica e da tre antigeni purificati di *Bordetella pertussis*, agente eziologico della pertosse. Le anatoxine difterica e tetanica derivano classicamente dalla detossificazione chimica delle rispettive tossine, mentre per la produzione degli antigeni pertossici sono state utilizzate innovative tecniche di ingegneria genetica. Infatti l'antigene principale del vaccino e cioè la tossina della pertosse (PT), che è il maggiore responsabile della patogenesi della malattia e della sua sintomatologia, deriva da un ceppo mutante di *B. pertussis* che produce una PT immunologicamente attiva, ma priva di tossicità. Tale proteina, brevettata da Chiron e denominata PT-9K/129G, ha dimostrato in prove cliniche controllate, la sua maggiore immunogenicità rispetto alle molecole di PT ottenute per detossificazione chimica. Nella preparazione del vaccino, alla PT detossificata geneticamente, vengono aggiunti anche la emoagglutinina filamentosa (FHA) e la pertactina o proteina di membrana 69KD, che sono responsabili dell'adesione di *B. pertussis* all'epitelio ciliato del tratto respiratorio.

L'efficacia dei vaccini acellulari nel prevenire la pertosse è stata dimostrata nel corso di sperimentazioni sul campo i cui risultati sono stati pubblicati sulla letteratura internazionale.

La vasta sperimentazione clinica effettuata con Triacelluvax® ha evidenziato la sua maggiore tollerabilità rispetto al vaccino DTP tradizionale a cellule intere e la sua elevata immunogenicità.

La somministrazione di tre dosi di vaccino, con l'intervallo di due mesi l'una dall'altra, induce la comparsa di titoli significativi di anticorpi neutralizzanti antidifterici, antitetanici ed antipertossici praticamente nel 100% dei vaccinati. La somministrazione di una dose di rinforzo un anno dopo la terza dose determina un ulteriore incremento dei titoli anticorpali.

## 5. INFORMAZIONI CLINICHE

**5.1. Indicazioni** - Vaccinazione preventiva combinata contro difterite, tetano e pertosse nei bambini fino a 6 anni di età.

**5.2. Controindicazioni** - Evitare la vaccinazione in caso di accertata ipersensibilità ai componenti del vaccino e durante qualsiasi affezione febbrile. I numerosi studi clinici effettuati con il vaccino acellulare antipertosse da ingegneria genetica hanno evidenziato la sua maggiore tollerabilità rispetto al vaccino antipertosse tradizionale a cellule intere. Tuttavia, nei bambini con storia personale di convulsioni o altri disturbi del sistema nervoso centrale (SNC) dovrà essere attentamente valutato il rapporto rischio beneficio della vaccinazione. Una storia familiare positiva per convulsioni non rappresenta invece una controindicazione alla somministrazione del vaccino. Il verificarsi di una reazione anafilattica di tipo immediato o di una encefalopatia, non dovuta ad altra causa evidente, e definita come una grave compromissione in forma acuta del SNC entro 7 giorni dalla somministrazione del vaccino, costituisce una controindicazione alla somministrazione di ulteriori dosi dello stesso vaccino.

**5.3. Effetti indesiderati** - Gli studi clinici hanno evidenziato che il vaccino è estremamente ben tollerato. Ciò nonostante, possono verificarsi, in una modesta percentuale di vaccinati, effetti collaterali di tipo sistemico (febbre, irritabilità, sonnolenza e perdita dell'appetito) e/o di tipo locale (arrossamento, gonfiore e dolore). Molto più raramente possono verificarsi reazioni di maggiore intensità quali febbre elevata e pianto persistente. Rivolgersi al medico in caso di eventuali manifestazioni diverse da quelle segnalate.

**5.4. Speciali precauzioni per l'uso** - Come per ogni altro prodotto di natura biologica non può essere esclusa la comparsa di reazioni di ipersensibilità; pertanto è necessario mantenere disponibili adrenalina 1:1000 e corticosteroidi per

## VACCINO ACELLULARE CONTRO LA DIFTERITE, IL TETANO E LA PERTOSSE DA INGEGNERIA GENETICA

trattare eventuali reazioni allergiche di tipo immediato. Agitare il contenuto della fiala prima dell'uso. Assicurarsi che l'ago della siringa non penetri nel lume di un vaso sanguigno.

**5.5. Uso in gravidanza** - Non pertinente (il prodotto è di esclusivo impiego pediatrico).

**5.6. Interazioni medicamentose** - La somministrazione di Triacelluvax® può essere effettuata contemporaneamente, ma in siti di somministrazione diversi, a quella dei vaccini antipolio, antiepatite B, antimorbillo-rosolia-parotite e antiemofilo. Nei soggetti affetti da immunodeficienze congenite e/o acquisite ed in quelli sottoposti a terapia corticosteroidica o immunodepressiva, la risposta immunitaria al vaccino può essere minore; la vaccinazione di questi soggetti è comunque consigliata in considerazione della particolare gravità che in essi può assumere la pertosse. Non sono state segnalate interazioni che sconsigliano la somministrazione di questo vaccino contemporaneamente ad altri farmaci.

**5.7. Posologia e modo di somministrazione** - Il vaccino deve essere somministrato per via intramuscolare, preferibilmente a livello della faccia anterolaterale della coscia nei bambini più piccoli. La schedula vaccinale prevede la somministrazione di tre dosi di vaccino:

- la prima dose va somministrata a partire dai 2 mesi di età; la seconda e la terza dose ad intervalli di 6-8 settimane tra l'una e l'altra;

- una quarta dose è consigliata 6-12 mesi dopo la somministrazione della terza dose, all'età di 15-18 mesi;

- una quinta dose di richiamo è consigliata all'età di 4-6 anni.

- successivi richiami possono essere effettuati ogni 5-10 anni con una sola dose di vaccino antidifterite-tetano per adulti e di vaccino antipertosse monovalente (Acelluvax®).

La suddetta schedula di somministrazione è raccomandata per la vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse dalle principali organizzazioni sanitarie internazionali in quanto consente un'adeguata immunizzazione in tempi rapidi (ciò è particolarmente importante per la prevenzione della pertosse che è una malattia potenzialmente pericolosa per la vita entro il primo anno di età); tuttavia, per motivi di opportunità, in particolari condizioni epidemiologiche, il sanitario può decidere di posporre di alcuni mesi la terza dose di Triacelluvax® e farla coincidere con quella di altri vaccini obbligatori nel nostro Paese.

**5.8. Sovradosaggio** - Non pertinente (il prodotto è fornito in confezione monodose).

**5.9. Avvertenze** - Il vaccino non deve essere somministrato per via endovenosa. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini.

**5.10. Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Non pertinente.

## 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

**6.1. Incompatibilità** - Non sono riportati casi di incompatibilità.

**6.2. Stabilità** - Conservato in frigorifero a temperatura compresa tra +2 e +8°C il vaccino è stabile per 2 anni. La data di scadenza indicata sull'astuccio si riferisce al prodotto in confezione integra, correttamente conservato. Non usare il prodotto dopo la data di scadenza.

**6.3. Speciali precauzioni per la conservazione** - In frigorifero a temperatura compresa tra +2 e +8°C. Evitare il congelamento.

**6.4. Natura del contenitore, confezioni, prezzi** - Il prodotto finito è fornito nella seguente confezione:

- fiala-siringa pronta per l'uso contenente 0,5 ml di vaccino.

Prezzo L. 48.000.

**6.5. Nome e ragione sociale del titolare dell'immissione in commercio** - Chiron S.p.A., via Fiorentina 1, 53100 Siena.

**6.6. Numero di A.I.C. e data di prima commercializzazione** - N. 029401027. 1995.

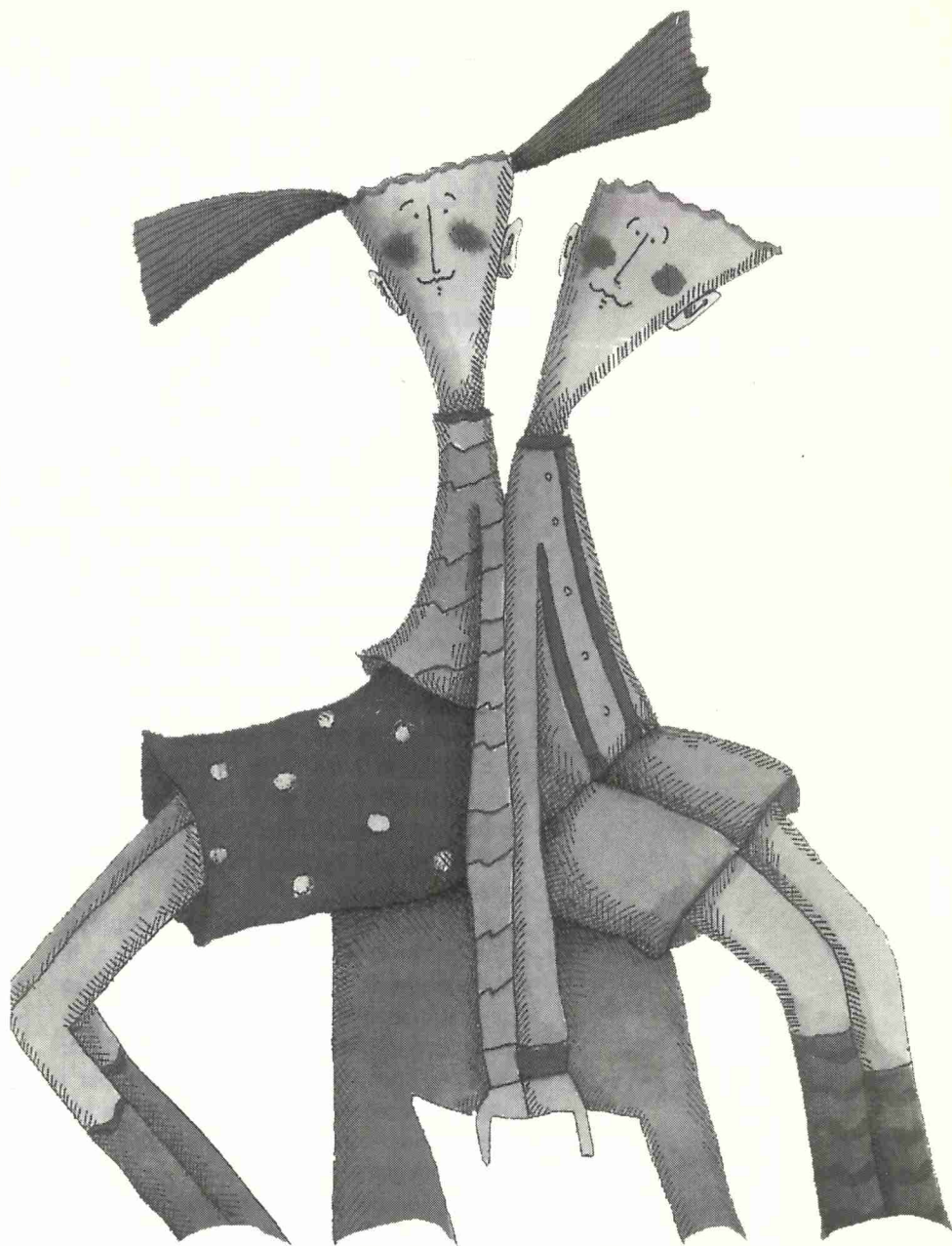
**6.7. Eventuale tabella di appartenenza secondo la legge n. 685 del 22.12.75** - Non pertinente.

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

CHIRON | VACCINES



# ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**  
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Bilanci di salute**  
Visita a 5-6 mesi
- **Abc in pratica**  
Celiachia... in cielo, in terra, in mare
- **Informazioni per genitori e pazienti**  
Cosa fare in caso di febbre
- **Saper fare**  
Riconoscere l'abuso
- **Aggiornamento avanzato**  
Le encefalopatie spongiformi umane  
(malattie da prioni)



## Ma le patologie croniche?

Giuseppe La Gamba

U. O. Neonatologia, Ospedale di Catanzaro

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 32-36

La preminenza, nei paesi occidentali, delle malattie croniche anche nell'età pediatrica è ormai un'acquisita evidenza epidemiologica. Benché non sia mutata l'incidenza di ognuna di esse, la loro complessiva prevalenza è significativamente aumentata per la contrazione delle più comuni patologie acute e la maggiore sopravvivenza dei bambini affetti dalle patologie croniche più gravi e complesse. È anche acquisito, fra i pediatri, che a questi bambini e alle loro famiglie vadano rivolti il massimo dell'impegno e delle risorse per la complessità delle loro esigenze assistenziali.

Rispetto ad alcuni decenni fa è completamente mutata, anche nel nostro paese, la convinzione dell'opportunità di una loro "concentrazione" presso pochi (e mal distribuiti) centri specialistici. I gravosi flussi migratori, specie sud-nord, e i disagi per i controlli che ne sono conseguiti sono la più evidente dimostrazione dell'inopportunità di quella strategia.

La necessità invece di considerare il bambino e non la malattia ha portato a dare il giusto peso alle pesanti implicazioni psicosociali e alle difficoltà scolastiche comuni a tutte le malattie croniche, per le quali l'allontanamento dal proprio ambiente familiare certo non aiuta.

Da qui la opportunità/necessità di una presa in carico di questi bambini da parte dei pediatri di base in accordo con l'ospedale o il centro specialistico per l'assistenza sanitaria ma badando anche agli "altri" loro bisogni: la riabilitazione, le relazioni (ansia familiare, inserimento scolastico), il rispetto dei loro diritti (esenzione ticket, assegno invalidità).

Questo nuovo ruolo di child advocate, impegnato nella creazione di una ampia rete assistenziale, appartiene ormai alla cultura pediatrica anche nel nostro Paese.

Ma la sua trasformazione in una concreta strategia operativa è lunga e difficile, e resta molto ancora da fare, come dimostrano i risultati dell'indagine nazionale sulla croni-

cità promossa dalla nostra associazione, patrocinata dalla Regione Emilia-Romagna e coordinata dal Consorzio "M. Negri Sud".

Ed è prevedibile che il processo sarà ancora più lento e problematico per i mutamenti in atto nel nostro sistema assistenziale. La riorganizzazione aziendalistica dei servizi, la conseguente competitività, il rischio concreto che siano privilegiate le prestazioni a basso costo e ad alta resa nella distribuzione delle (scarse) risorse, i tagli alla spesa sociale non lasciano ben sperare.

Considerando le patologie croniche in età pediatrica come una parte (non la prevalente) delle cronicità e disabilità complessive di tutta la popolazione, tendente a un progressivo e crescente invecchiamento, la questione del sistema assistenziale e delle sue modifiche è molto più seria e allarmante di quanto il dibattito politico consenta di immaginare.

Come e in quale misura saranno affrontati i disagi e i crescenti costi individuali e sociali che tali "nuovi" crescenti bisogni comportano? E prima ancora, il loro soddisfacimento continuerà a rappresentare uno degli obiettivi primari del nuovo assetto sanitario e del nuovo stato sociale?

Poche e vaghe sono le stime disponibili per il nostro paese circa i costi complessivi. Questo consente il non nuovo e "disinteressato" gioco delle cifre sulla stampa, specialistica e non, che non aiuta certo a comprendere gli esatti termini del problema.

Fatte le dovute proporzioni, i risultati di un'indagine sulla cronicità condotta negli USA (*JAMA* 1996;276:1473-1479), possono forse aiutare a meglio comprendere la reale dimensione del fenomeno nel nostro paese e soprattutto il carattere di vera e propria emergenza sociale che molto verosimilmente esso assumerà anche da noi negli anni futuri. L'indagine, condotta da Catherine Hoffman e Dorothy Rice dell'Istituto per la Salute e l'Invecchiamento di San Francisco, ha consentito di conoscere l'entità di soggetti con patologia cronica nella popolazione USA, i



costi diretti (le spese annuali sanitarie personali) ma soprattutto quelli indiretti (quelli sociali: la ridotta produttività e l'anticipo del decesso) in genere ignorati. Benché risalga al 1935 la prima indagine sanitaria nazionale dalla quale risultò che il 22% della popolazione USA fosse affetta da malattie croniche, disabilità ortopediche, deficit visivi e uditivi, da allora i "costi" e l'impegno per tale assistenza ricadono ancora sulle persone che ne sono affette, sulle loro famiglie, sui medici di famiglia, sulle compagnie assicurative poiché il sistema sanitario statunitense rimane prevalentemente orientato verso l'assistenza acuta ed episodica. Per le autrici è improponibile e inaccettabile che così continui ad essere nel corso del secolo venturo. Peraltro i crescenti costi assistenziali per tali patologie, che riguardano molti americani, spiegano la sproporzione nell'uso delle risorse. Il 10% dei beneficiari del Medicare (il principale sistema di rimborso pubblico) "consuma" il 70% delle risorse per spese mediche. Nel 1987 ai cittadini USA con disabilità da patologia cronica, pari al 17% della popolazione generale, è stato destinato il 47 % delle complessive risorse per spese mediche.

Sono sufficientemente noti i costi sanitari della cronicità mentre poco si sa circa quelli "economici" e sociali, cosiddetti indiretti. Nel 1960 sarebbe stata pari al 59% la quota per tali patologie dei complessivi costi diretti e indiretti per tutte le malattie. Da allora, la speranza di vita alla nascita è passata da 69.7 a 75.5 anni e la popolazione anziana da 16.6 a 32.8 milioni. La non conoscenza della reale complessiva prevalenza e dei reali costi diretti e indiretti giustifica in parte ma soprattutto denuncia la scarsa attenzione fino a ora rivolta a tali condizioni nelle politiche sanitarie.

#### Qual è la prevalenza

Dalle stime ottenute con i risultati dell'indagine, 88 milioni e mezzo di cittadini USA non ricoverati risultavano affetti da una condizione cronica nel 1987 che divenivano 90 milioni aggiungendovi quelli con cronicità ricoverati o sottoposti ad assistenza domiciliare nello stesso periodo. Fra i primi, 32.2 milioni avevano

qualche limitazione funzionale conseguente e fra questi 9.2 milioni erano inabili a condurre la loro principale attività, adeguata per l'età. Benché sia risultata più interessata la fascia di popolazione più anziana, nella quale l'88% aveva almeno una condizione cronica, tutte le età sono risultate coinvolte: 12 milioni di bambini/ragazzi con età inferiore ai 18 anni, pari a uno su quattro; più di un terzo fra i 18 ed i 44 anni e i due terzi delle persone in età compresa fra i 45 e i 64 anni. Le persone più anziane rappresentavano circa un quarto di tutta la popolazione affetta da patologia cronica. Il 60% dell'insieme delle persone non ricoverate, affette da patologia cronica, erano comprese nella fascia d'età lavorativa, fra i 18 ed i 64 anni. Il 44% dell'insieme complessivo (38.8 milioni di persone) erano affette da più d'una condizione cronica. Benché tale comorbilità sia risultata più elevata fra gli anziani (68%) crescendo il rischio con l'età, essa era presente in 1 ogni 6 bambini con condizione cronica, in più di un quarto dei giovani adulti, in circa la metà degli adulti.

#### Quali i costi

I costi diretti (per servizi e forniture sanitarie) alle persone affette da patologia cronica e non ospedalizzate, il 46 % della popolazione USA affetta da malattia, sono stati pari a 272.200 miliardi di dollari nel 1987, il 76% dei costi assistenziali diretti complessivi. Considerando anche le spese aggiuntive per intercorrenti episodi acuti, i costi assistenziali annuali risultavano pari a 3.074 dollari pro capite rispetto agli 872 dollari per persona con sola condizione acuta. I costi proiettati al 1990 e comprensivi delle spese sanitarie domiciliari per l'anno considerato, divenivano pari a 452.200 miliardi di dollari, indipendentemente dalle classi d'età considerate, per il 40% destinati alle cure ospedaliere e per un quarto alle visite mediche. L'home care, modalità di assistenza in progressivo sviluppo ma ancora di limitato uso, sempre nel 1990, avrebbe inciso per il solo 5% delle loro spese. Le spese per i giorni di degenza ospedaliera hanno rappresentato l'80% delle spese complessive, con una degenza media di 7.8 giorni rispetto a 4.3 giorni per i degenti senza condizioni

croniche. Tali costi diretti sono stati pagati per il 40% con fondi pubblici (Medicaid, Medicare, ecc) nel 1987 contro il 20% delle analoghe spese per pazienti con condizioni acute.

L'assicurazione privata copre circa un terzo dei costi per le persone con condizioni croniche mentre rifonda il 45% dei costi per le condizioni acute. Il maggior peso ricade su Medicare e Medicaid (fondi pubblici) per le condizioni croniche e in particolare per le persone anziane, il 90% delle quali è affetto da condizioni croniche. Medicare avrebbe coperto circa 3.5 milioni di persone disabili e Medicaid altri 5 milioni nel 1993. Considerando i costi indiretti, conseguenti alla morbidità e alla mortalità, nel 1990 i giorni di lavoro perduti per condizioni croniche sono stati pari a 4.5 milioni di anni produttivi per una perdita di 73 miliardi di dollari, per l'85 % nella fascia d'età fra i 18 e i 64 anni e per il 15 % in quella superiore. I prematuri decessi conseguenti a cronicità, i tre quarti di tutti i decessi registrati negli USA nel 1990, hanno un forte impatto sociale per la ridotta produttività complessiva che ne consegue. Un milione e seicentomila decessi conseguenti a cronicità hanno rappresentato una perdita di 24.3 milioni di anni di vita, due terzi degli anni complessivamente perduti per morte precoce, con una media di 14.8 anni per decesso. La perdita economica è stata pari a 161.300 miliardi di dollari, 93.804 dollari per ogni decesso. Più dei tre quarti dei decessi da condizione cronica nel 1990 riguardavano persone in età da 65 anni e oltre. Considerando la loro ridotta aspettativa di vita e la ridotta produttività, i conseguenti anni di vita perduti sono stati pari al 54% di quelli complessivi. Di contro, benché i decessi da condizione cronica siano stati pari al 18% fra le persone in età produttiva essi hanno pesato per il 30% sugli anni complessivamente perduti e per il 46 % delle perdite economiche conseguenti. Assieme, i costi per mortalità e per morbidità nel 1990 sono stati pari a 234 miliardi di dollari in termini di costi



miliardi di dollari in termini di costi indiretti da condizione cronica.

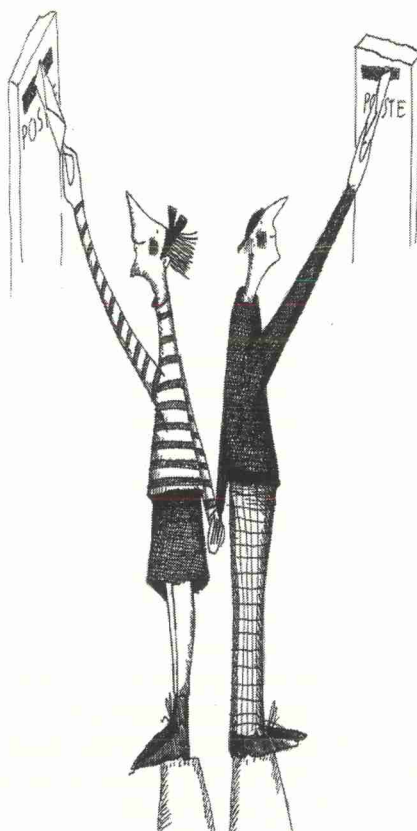
Quindi 90 milioni di americani nel 1987 avevano una o più condizioni croniche. Le dimensioni del fenomeno ne sottolineano la rilevanza. Benché la maggior parte di queste persone non sia disabile tuttavia fra loro è elevata la ricorrenza di esacerbazioni, maggiori sono i costi assistenziali e le prolungate assenze dal lavoro, più elevato è il rischio di disabilità. Ma sono anche a rischio di essere sotto assicurati, soprattutto quelli con più di una patologia cronica. Per 29 milioni di persone non anziane, coperte da assicurazione privata, vi è il rischio di dover attingere al proprio bilancio familiare per le spese dei servizi medici. Per loro i costi diretti pro capite sono tre volte più elevati rispetto alle persone senza patologia cronica. Di conseguenza, essi sono esposti a più elevato rischio e ancor più quelli con comorbilità con costi diretti maggiori di due volte e mezzo rispetto a quelli con una sola patologia cronica. Con un bilancio familiare pari a 40.000 dollari annui è facile superarlo del 10% qualora si sia reso necessario, nel corso dell'anno, un intervento chirurgico o un'ospedalizzazione dal costo di 50.000 dollari.

Per l'alto numero di cittadini USA affetti da patologia cronica (100 milioni), ogni famiglia ne è coinvolta. I compiti dei medici di famiglia sono mutati per la lunga aspettativa di vita, il crescente numero di persone con età superiore a 85 anni e la limitata rete di potenziali medici di famiglia per le piccole dimensioni delle famiglie stesse.

#### Le prospettive

Il numero delle persone con patologia cronica è destinato a crescere. Nel 2.030 una persona ogni cinque avrà un'età superiore ai 64 anni (1:8 nel '90). Ciò avrà un significativo impatto sulle cure sanitarie e sulle spese relative. Vengono stimate a 148 milioni le persone con patologia cronica negli USA nel 2.030 e a 798 miliardi di dollari i costi diretti. Per questo le autrici ritengono che si imponga una revisione del sistema sanitario assicurativo, delle tecnologie e dei servizi offerti, della composizione delle forze sanitarie e dell'allocazione delle risorse. Denunciano

che ancora oggi la difesa della salute, di una vita autonoma, di un dignitoso invecchiamento sia invece marginale e subordinata ai progressi ottenuti nel controllo delle patologie acute. Prevedono che i mutamenti nella distribuzione del sistema probabilmente non determineranno significativi risparmi economici. Vi è evidenza che la creazione di servizi di comunità e il loro aumentato impiego abbia in genere fatto lievitare i costi nonostante la riduzione delle cure ospedaliere che ne è conseguita (*Milbank Q.* 1988;66:309). Ma ribadiscono che i vantaggi soggettivi ottenuti, per i disabili e i loro stessi medici curanti, sono certo più importanti dei costi e comunque a essi non comparabili. Ritengono che il numero di americani con patologia cronica e i costi sanitari connessi abbiano raggiunto una soglia che impone non tanto di contenere tale spesa con semplici e generici tagli quanto di adeguare, trasformandolo, il sistema sanitario. Prospettano un profondo mutamento dei bisogni assistenziali, nel senso della cronicità, nei prossimi decenni per la popolazione statunitense. Ma... solo per essa? ■



## FATTORI FAVORENTI L'ALLATTAMENTO AL SENO

**Obiettivi** L'obiettivo del lavoro è di identificare i fattori che si associano all'allattamento al seno (AS) o al non allattamento al seno alla dimissione dai punti nascita e dopo.

**Metodi** Settecento bambini sono stati scelti random fra tutte le nascite di un anno nella regione inglese del Tamigi Sud Est con esclusione dei parti a casa. Sono stati studiati i dati delle cartelle ostetriche e, per il 73%, sono state fatte interviste a casa. L'età media dei bb era di 90 gg (30-302 gg): 444 bb erano ad AS esclusivo, 49 parziale, 175 al biberon. La casistica è la stessa raccolta per lo studio dei fattori di rischio per la SIDS sulla quale sono state eseguite le ricerche di cui all'articolo.

**Risultati** Il 74% dei bb aveva inizialmente un AS rapidamente caduto al 46% a tre mesi. Fra i fattori associati con AS non esclusivo alla dimissione dal punto nascita sono stati identificati i seguenti dopo una accurata eliminazione di fattori di confondimento: madre che non ha completato la scuola dell'obbligo (in Gran Bretagna: 18 anni), madre che non ha frequentato i corsi di preparazione al parto, uso del ciuccio. Fattori associati con una più breve durata dell'AS: madre che non ha completato la scuola dell'obbligo, uso del ciuccio, madre fumatrice di >20 sigarette al giorno (con un rapporto dose/risposta inverso fra numero di sigarette e durata dell'AS). Il dividere il letto con il b. era associato a una maggiore durata dell'AS.

**Conclusioni** L'educazione, il non fumare, il frequentare i corsi di preparazione al parto, il non uso del ciuccio, il dividere il letto con il b, sono i fattori su cui fondare le campagne per l'incremento dell'AS. Per quanto riguarda l'uso del ciuccio e la condivisione del letto (probabilmente attraverso i contatti cutanei e le maggiori opportunità ad allattare) vi sono conferme del dato in altre ricerche recenti e meno recenti.



**Commento** La ricerca non porta grandi novità purtroppo ma grandi conferme. I dati riferiti sono in massima parte già noti: l'uso del ciuccio è sconsigliato anche nelle 10 norme dell'UNICEF, il dormire con il bambino è meno noto come fattore favorente anche se una ricerca neozelandese (*J. Ped. Child Health 1994;30:483*) poco nota perché pubblicata su una rivista poco diffusa in Europa, lo ha già messo in evidenza. I dati che purtroppo mancano nella ricerca recensita riguardano la valutazione dell'importanza delle procedure ospedaliere per favorire l'avvio dell'AS. Sono state riportati recentemente da Fedele e Primavera al convegno sul "Bambino a rischio sociale" (Palermo 28 febbraio/1 marzo 1997) alcuni dati preliminari che dimostrerebbero una estrema variabilità proprio nell'avvio dell'AS, a seconda dei punti nascita. Ciò farebbe presumere che le procedure intraospedaliere abbiano una importanza estrema. È estremamente difficile pensare, infatti, che in alcuni punti nascita si affollino condizioni sfavorevoli all'AS (quali quelle sopra considerate) e in altri si affollino condizioni favorevoli. Questo è un argomento di grande interesse per la ricerca in pediatria nell'area delle cure primarie.

M. S. Clements, E. A. Mitchell, S. P. Wright et al, Influences on breast feeding in southeast England. *Acta Paediatr 1997;86:51*

**Parole chiave** Allattamento, latte materno, ciuccio, fumo

## short

### IN ARRIVO DUE ANTIA- SMATICI DI NUOVA CONCEZIONE

I leucotrieni sono mediatori dell'infiammazione. Essi sono capaci di determinare, con una potenza migliaia di volte superiore all'istamina, una ostruzione bronchiale sia per costrizione che per ipersecrezione bronchiale. L'azione dei leucotrieni può essere controllata bloccando la lipossigenasi. Essa infatti converte le molecole di

acido arachidonico a leucotrieni. L'Abbot sta per mettere in commercio lo *zileuton* (denominazione commerciale negli USA *Leutrol*) che è un inibitore della sintesi dei leucotrieni e che si assume per os (*Lancet 1996;348:519 e Ann. ed. 1997:126:177*). Il nuovo farmaco è all'esame della Food and Drug Administration. I trial controllati finora condotti e giudicati efficaci riguardano sedici malati con asma indotta dall'aspirina e cinquecento malati di asma bronchiale lieve e moderata. Provato nei bambini si è registrata una diminuzione delle assenze da scuola. Nessun effetto è stato invece dimostrato in nove pazienti con asma provocato da inalazione di antigeni e in dodici asmatici con asma notturna. Un effetto preventivo è stato descritto nell'asma da aria fredda. Il ruolo che sembra venire riservato al nuovo farmaco è quello di un coadiuvante nella terapia di base dell'asma. Gli aspetti ancora da prendere in considerazione riguardano gli effetti a lungo termine degli inibitori della lipossigenasi che possono, in teoria, riguardare le ulcere gastriche e l'ipertensione. Un secondo farmaco in studio (*lo zafirlukast*) blocca il recettore dei leucotrieni.

### L'EDUCAZIONE SANI- TARIA NON PREVIENE L'ANEMIA CARENZIALE NEI LATTANTI "METRO- POLITANI"

**Obiettivi** Nei quartieri metropolitani di Birmingham si è implementato uno studio prospettico di coorte per valutare l'efficacia dell'educazione alimentare nella prevenzione dell'anemia ferropriva in lattanti e bambini nei primi due anni di vita, residenti nei quartieri "non-residenziali" della città.

**Metodi** Vennero reclutati 1.000 bambini dall'elenco informatizzato dei bilanci di salute, randomizzati in gruppo di controllo e gruppo d'intervento. Le famiglie facenti parte di questo secondo gruppo ricevevano un'informazione personalizzata, con materiale video e cartaceo, alle età previste per i bilanci di salute (3, 6, 12 e 18 mesi),

circa una corretta alimentazione, prima riguardo l'allattamento al seno e successivamente sullo svezzamento e le dovute integrazioni. Il gruppo controllo era trattato secondo gli standard da sempre previsti.

**Risultati** A 18 mesi venne dosata l'emoglobina e il contenuto in ferro della dieta. Arrivarono al traguardo dello studio 455 bambini; sessanta (27%) dei controlli e cinquantacinque del gruppo trattato (28%) erano anemici con un Hb inferiore a 11 gr/l. Il contenuto in ferro della dieta risultò identico nei due gruppi.

**Conclusioni** Gli autori si rammaricano di non essere riusciti, in una popolazione socialmente deprivata, a ridurre l'anemia carenziale utilizzando un programma di educazione alimentare. Nonostante l'enfasi posta sull'alimentazione, e in particolare sull'allattamento al seno, poche mamme allattavano il proprio figlio oltre il terzo mese e un numero significativo di bimbi prendevano latte vaccino fresco prima dell'anno di vita. E questo accadeva prevalentemente per le mamme con bassa scolarità: tutto il mondo è paese! Il problema della carenza di ferro non è di poca importanza, visto l'impatto sullo sviluppo cognitivo e la quasi irreversibilità del danno da essa provocato. Gli autori suggeriscono di riprovare utilizzando metodologie "community based approaches"; coinvolgere in gruppo le famiglie, con tutti i suoi componenti e referenti, i media locali e gli operatori sociosanitari del quartiere.

**Commento** Un'altra sconfitta dell'educazione sanitaria classica, ma di tipo sofisticato, individualizzato. Rimane una speranza per l'ambito comunitario.

F. Childs e coll., Dietary education and iron deficiency anemia in the inner city. *Arch. Dis. Child. 1997;76:144*

**Parole chiave** Educazione sanitaria, anemia carenziale



## short

### IN FONDO È UN BUON CONSIGLIO

Robert Piston è un pediatra pratico che ha mandato una lettera al *Pediatr. Infect. Dis. J.* (1996;15:pagina gialla) nella quale traccia una linea guida che ci pare abbastanza condivisibile. Dice Robert: ci sono tre tipi di polmoniti radiologiche nei bambini.

Tipo 1: il pediatra la vede guardando il radiogramma. C'è in sostanza una opacità chiaramente visibile.

Tipo 2: il pediatra non la vede fino a quando il radiologo non gliela mostra. L'opacità non è, quindi, chiaramente apprezzabile ed è soggettiva.

Tipo 3: il pediatra non la vede neppure dopo che il radiologo gliel'ha mostrata. Cioè non c'è. Conclude Robert: *io tratto solo il tipo 1*. Noi siamo abbastanza d'accordo con lui. Al massimo tratteremmo anche il tipo 2, ma certamente non il tipo 3. Del resto sempre sul *Pediatr. Infect. Dis. J.* (1996;15:600) è stato pubblicato un lavoro sull'accordo interobservers nella lettura di 40 radiografie del torace eseguite per polmonite o altre affezioni "basse". La statistica Kappa, che valuta l'accordo fra i diversi radiologi nella valutazione delle radiografie, dava i seguenti risultati: per le ateletrasie 78% di accordo, per le opacità 79% di accordo. Sulle radiografie normali l'accordo era più basso: 66%. Gli statistici ritengono che un eccellente accordo debba registrare una percentuale di convergenza superiore all'80%, un accordo fra 60 e 80% deve essere considerato una convergenza "sostanziale", ma non certo eccellente.

*Ed., Ped. Infect. Dis. J. (pg. gialla) 1996;15:2*

**Parole chiave** Polmonite, radiografia



### UN PIZZICO DI SALBUTAMOLO IN VENA FA BENE ALL'ASMA MOLTO GRAVE

**Obiettivi** L'obiettivo della ricerca è di capire se in bb broncostruiti un trattamento contemporaneo e breve con salbutamolo in vena possa aiutare la disostruzione bronchiale effettuata dal trattamento aerosolico. Il razionale della ricerca è che il salbutamolo per funzionare deve raggiungere i 20-40 ng/ml e non sempre nei gravi broncostruiti il livello può essere ottenuto rapidamente con il trattamento aerosolico.

**Metodi** Sede della ricerca l'Australia. I bb che si sono presentati per asma bronchiale sono stati valutati con uno dei soliti score e quelli che risultavano cadere nello score dell'asma grave sono stati randomizzati in due gruppi:

1. il primo gruppo (15 bb) riceveva salbutamolo aerosolizzato (2.5 mg per i bb sotto i due anni e 5 mg per i bb sopra i due anni) diluito in 4 ml di soluzione fisiologica+idrocortisone in vena (5 mg/kg) in bolo rapido di tre minuti e subito dopo una infusione di 15 mcg/kg di salbutamolo somministrato in 10 minuti.

2. il secondo gruppo (15 bb) veniva trattato allo stesso modo, ma riceveva una stessa quantità di fisiologica al posto del salbutamolo. Il salbutamolo aerosolico in ambedue i gruppi era dato prima continuativamente, poi ogni 20-30 minuti, poi ogni 1, 2, 3, 4 ore in relazione alla ossimetria che doveva rimanere sopra il 93%.

**Risultati** Il tempo di cessazione del salbutamolo aerosolico ogni 30'(recovery time) fu di 4 ore nei bb che fecero il salbutamolo in vena e di 11.5 ore negli altri. La necessità di mantenere il trattamento con O2 avvenne nel 14% dei trattati versus il 53% dei non trattati. Il trattamento intensivo durò 10 ore in meno nei trattati rispetto agli altri.

**Conclusioni** L'aggiunta di una infusione di dieci minuti di salbutamolo nel trattamento dei bb con asma grave può ridurre considerevolmente il tempo di risoluzione di un accesso asmatico grave riducendo la

durata dei ricoveri e migliorando la qualità della vita dei bb asmatici.

**Commento** Il suggerimento riguarda naturalmente solo gli asmatici gravi cioè quelli che si ricoverano con dispnea accompagnata da retrazioni sternali, uso dei muscoli accessori del respiro oppure con riduzione grave della trasmissione del respiro, oppure con cianosi e polso paradossale misurato con lo sfigmomanometro, oppure con alterazioni della coscienza. Ci pare che il lavoro degli australiani dia un buon suggerimento per le urgenze ospedaliere.

*Browne G. J., Penna A. S. Pungh X., M. Soo, Lancet 1997;349:301*

**Parole chiave** Asma bronchiale, salbutamolo, urgenza

## short

### CONFERMATO: NELLA BRONCHIOLITE IL CORTISONE FA CILECCA

In due gruppi di 28 e 30 bambini fra 6 settimane e 15 mesi, trattati di base con 0.15 mg/kg di salbutamolo nebulizzato ogni 4 ore e con ossigeno al 35%, è stato aggiunto, in un gruppo, placebo e in un altro desametasone (0.5 mg/kg come prima dose e 0.3 mg/kg per le successive due mattine). La valutazione è stata fatta con uno degli score in uso (RDAI). Nei due gruppi non c'è stata alcuna differenza

1. né nella necessità di ossigeno,
2. né nella valutazione dello score,
3. né nella durata della malattia acuta.

Lo studio conferma precedenti risultati ottenuti negli anni sessanta come si diceva qualche mese fa su *quaderni acp 1996;5:32*.

*Klassen T. P., Dexamethazone in salbutamol treated infants with acute bronchiolitis. J. Pediatr. 1997;130:191*

**Parola chiave** Bronchiolite



# Come condurre la visita a 5-6 mesi

**Giancarlo Cerasoli**

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 37-39

*I precedenti articoli di Giancarlo Cerasoli sono stati pubblicati su quaderni acp 1997; vol IV, n°1:40-42 (Visita a 2-4 settimane) e quaderni acp 1997; vol IV, n°2:40-42 (Visita a 2-3 mesi).*

## **Obiettivi**

Il bambino a questa età è già capace di interagire con l'ambiente in modo attivo ed è bene che i genitori sappiano come facilitare il contatto con l'ambiente evitando i pericoli. Questo bilancio di salute servirà al pediatra

- 1) per valutare lo sviluppo psico-motorio ed emozionale del bambino
- 2) per valutare il grado di adattamento della famiglia. Un tempo adeguato dovrà essere riservato alla discussione di come e quando eseguire lo svezzamento.

## **Anamnesi**

*Domande che debbono essere rivolte ai genitori selezionando quelle più pertinenti*

- Come sta il bambino e la famiglia?
- Siete preoccupati per qualche cosa che riguarda il bambino?
- Dopo l'ultima visita ci sono state delle difficoltà (eventi inaspettati, stressanti, critici, cambiamenti o malattie nella famiglia)?
- Avete ripreso a lavorare fuori casa? Quando siete al lavoro chi si prende cura del bambino? Pensate che sia una buona soluzione? Come vi sentite al lavoro?
- Chi si prende cura del bambino quando uscite di casa? Quale è la reazione del bambino e la vostra quando siete separati?
- Riuscite a uscire di casa portando con voi il bambino?
- Come è una giornata tipo del bambino?
- Cosa mangia ora e quando? Lo state allattando al seno? Se no, quale latte utilizzate? Quante poppate fa al giorno? Quando pensate di introdurre nella sua alimentazione i cibi solidi? Se avete già introdotto alimenti diversi dal latte vi sono state reazioni?
- Pensate che il bambino senta bene? Volta il capo quando vi sente arrivare oppure quando sente rumori improvvisi?
- Quali nuove cose il bambino è capace di fare?
- Comprendete facilmente ciò che il bambino vuole?

- Ha oggetti o giochi preferiti?

## **Esame obiettivo**

- Esamina l'interazione tra genitori e bambino basandoti sulle domande poste e sull'osservazione del loro comportamento.

In particolare fai attenzione a:

- fissazione dello sguardo: il bambino guarda, riconosce e indaga con lo sguardo i genitori;
- riconoscimento dei genitori: il bambino mostra piacere, gioia ed eccitazione quando interagisce con loro;
- reciproca soddisfazione: i genitori possono anticipare e soddisfare i bisogni del bambino. Interagiscono con lui parlandogli, sorridendo, toccandolo, giocando. Lo consolano se durante la visita piange.
- Analizza il comportamento del bambino sia tramite l'osservazione diretta, sia mediante le informazioni fornite dai genitori. A questa età un bambino è normalmente in grado di:
  - rotolarsi su sé stesso;
  - mantenere il capo ben eretto quando viene messo seduto;
  - sedersi appoggiando le mani in avanti; inizia anche a evidenziarsi il riflesso di paracadute laterale;
  - tenersi in piedi per poco tempo ;
  - ricercare e afferrare gli oggetti; mettere in bocca gli oggetti; alla fine dei sei mesi è capace di trasferire piccoli oggetti, quali cubi o giocattoli, da una mano all'altra;
  - tenere da solo il biberon;
  - guardare piccoli oggetti e afferrarli con un movimento delle dita a rastrello;
  - seguire con lo sguardo la madre che si muove nella stanza;
  - riconoscere le persone mostrando più interesse per i famigliari e, a volte, timore per gli estranei;
  - volgere il capo immediatamente nella direzione della voce della madre e modificare la sua attività. (se vi sono dubbi sulla capacità uditiva si può programmare un controllo con Boel test a 7-9 mesi);



- giocare con i propri piedi;
- riconoscere, in base ai gesti e agli atteggiamenti del volto, le voci amichevoli da quelle arrabbiate;
- ridere, strillare, prendere l'iniziativa gorgheggiando, vocalizzando ripetendo singole consonanti (mama, baba, dada);
- imitare suoni come la tosse e giocare ad imitare i suoni;
- mostrare dispiacere quando perde un gioco.

#### Esame fisico

- Valuta i dati auxologici sui grafici percentili (altezza, peso, circonferenza cranica) e mostra la crescita ai genitori;
- parla positivamente del buon accrescimento staturico-ponderale e dello sviluppo psico-motorio utilizzando frasi come: ha un ottimo tono muscolare; cresce veramente molto bene.
- Ricerca attentamente:
  - la presenza di strabismo, dacriocistite, congiuntivite;
  - il reperto cardiaco (soffi cardiaci anomali) e i polsi femorali;
  - la presenza di lussazione congenita delle anche con la manovra di Ortolani;
  - i testicoli nello scroto, gli organi addominali;
  - l'eruzione dei denti;
  - la presenza di alterazioni neurologiche, specialmente quelle dovute a scarsa stimolazione, (valutando l'opportunità di un intervento precoce di fisioterapia o semplicemente di stimolazione di movimento);
  - la presenza dei segni di maltrattamento.

#### Informazione sanitaria e guide anticipatorie

Rispondi alle domande dei genitori riguardanti le preoccupazioni più frequenti in questo periodo che sono:

- difficoltà nell'alimentazione;
- scarso accrescimento ponderale;
- pianto eccessivo;
- difficoltà del sonno notturno.

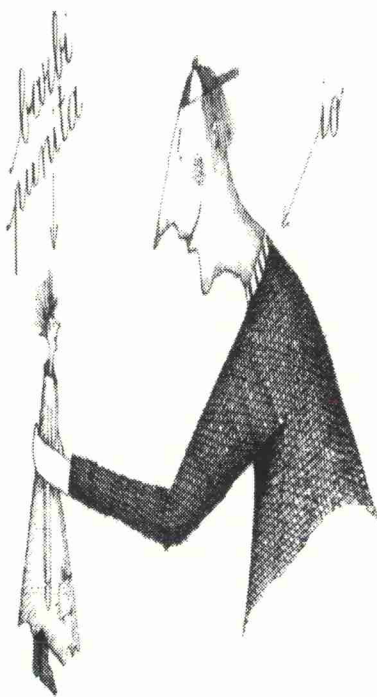
#### Alimentazione

**Allattamento:** consiglia di proseguire, se possibile, l'allattamento al seno. Se è necessario integra il latte materno ma non consigliare l'uso di latte vaccino fresco prima di 10-12 mesi di vita. Consigliare invece l'uso di latte di seguito fortificato

con ferro fino ai 12 mesi. Sconsiglia la somministrazione di un pasto notturno di latte (spiega il ruolo cariogeno degli zuccheri già a questa età).

**Introduzione di cibi solidi:** spiega le modalità di preparazione della prima pappa. Fornisci ai genitori un promemoria scritto dove sono indicati i componenti della pappa e le modalità di preparazione e somministrazione. Spiega che per il divezzamento ci sono norme semplici e utilizza i consigli che sei abituato a dare secondo lo schema personale che usi. Insisti però su suggerimenti utili per un corretto rapporto bambino-cibo. Per esempio:

- durante i pasti consiglia di assumere un atteggiamento tranquillo e di manifestare una maggiore disponibilità nei confronti del bambino. È bene interagire con lui parlando, cantandogli canzoncine, sorridendogli e toccandolo, per rendere più piacevoli questi momenti;
- consiglia di assicurarsi che sia seduto in maniera corretta sul seggiolone (ancorato con le cinghie di protezione). Se il bambino è molto vivace gli si potrebbe consentire di mangiare tenendolo in braccio o seduto per terra (se ne è già capace);
- è bene far sedere il bambino a busto eretto per una migliore deglutizione e a una



distanza dal piatto che gli consenta di vedere e toccare il cibo;

- è utile sedere di fronte al bambino guardandolo in volto e sorridendo e utilizzare possibilmente sempre la stessa stanza e la stessa posizione in modo da fargli sapere che "si mangia";
- aspettare che il bambino presti attenzione e apra la bocca prima di offrirgli il cibo;
- dare da mangiare al bambino quando dimostra di avere fame, ma tracciare dei confini: organizzare l'orario del pasto, non ricorrere a spuntini fuori pasto. Il bambino deve acquisire la capacità di aspettare il momento del pasto;
- lasciare che il bambino, se lo desidera, possa toccare il cibo e se lo porti alla bocca con le mani;
- non pretendere che il bambino non si sporchi e non sporchi con il cibo. Fargli indossare un bavaglino adeguato, anche molto ampio, plastificato, con le maniche;
- lasciare che sia il bambino a stabilire con quale velocità vuole mangiare;
- rispettare le preferenze alimentari del bambino mettendolo in condizione di esplorare una varietà sempre maggiore di alimenti adeguatamente preparati;
- rispettare la titubanza del bambino di fronte a nuovi alimenti;
- lasciare che il bambino regoli da sé la quantità che desidera, anche se non corrisponde alle aspettative del genitore;
- interrompere il pasto quando il bambino mostra di essere sazio o comunque stanco di occuparsi del suo pasto;
- se il bambino mangia troppo in fretta, e per questo motivo rigurgita o vomita durante il pasto, limitarsi a pulirlo, senza dare molta importanza all'accaduto. Se dopo il rigurgito od il vomito il bambino manifesta l'intenzione di continuare a mangiare, offrirgli prudentemente altro cibo.

#### Supplementi alimentari

- Supplementazione con vitamina D (400 UI/die).
- Supplementazione con fluoro (0,25 mg/die).
- Supplementazione con ferro, se richiesta, come nel caso di pretermine o SGA.

#### Consigli sull'assistenza all'infanzia e alla famiglia

(vedi quaderni acp 1996;4:36-39)



### Consigli sulle vaccinazioni

- Raccogli il foglio dove avrai suggerito di registrare le eventuali reazioni collaterali che si sono verificate dopo la prima dose del vaccino DT/P + OPV + HBV + (HIB);
- spiega nuovamente con precisione i possibili effetti collaterali ed i modi per prevenirli o curarli, specialmente riguardo la febbre (cosa è, come si misura, quali sono i provvedimenti a prendere nel caso si presentasse) e all'eritema locale;
- prescrivivi, se la madre ne è sprovvista, il paracetamolo specificando anche per iscritto il dosaggio adeguato e le modalità di somministrazione.

(vedi anche quaderni acp 1996;4:36-39)

### Consigli sulla prevenzione degli incidenti

- A questa età il bambino è più attivo e quindi più soggetto a rischi. È perciò necessario un controllo più accurato. In particolare il bambino vuole iniziare ad arrampicarsi e per farlo utilizzerà come scala i cassetti aperti, si attaccherà a tovaglie, lampade, tavolini, sedie, che vanno perciò resi più sicuri oppure eliminati;
- per capire meglio se vi sono pericoli per il bambino nelle stanze dove vive si può consigliare ai genitori di mettersi a terra, con gli occhi all'altezza del bambino, ed eliminare potenziali fattori di rischio come oggetti affilati, tavoli con angoli pericolosi, oggetti non infrangibili, ecc.;
  - sconsigliare ancora l'uso del girello: oltre a rendere l'equilibrio del bambino

più instabile nei mesi successivi, è fonte di pericolo per traumi da caduta;

- consigliare materassini da letto bassi;
- sorvegliare l'accesso a quelle aree della casa dove sono contenute sostanze pericolose per il bambino (cucina, bagno, cantina);
- munire l'accesso alle scale di cancello con sistema di apertura a prova di bambino e assicurarsi che venga sempre chiuso. Utilizzare schermi di sicurezza per le finestre e le porte finestre raggiungibili dal bambino;
- se è proprio necessario lasciare il bambino da solo è meglio lasciarlo per poco tempo nel box, che funge da "isola di sicurezza", oppure in altro luogo delimitato con misure di sicurezza.

(vedi anche per pericoli della strada, ustioni, inalazioni, annegamento, quaderni acp 1996;4:36-39 e 1997;2:42)

### Consigli sul comportamento da tenersi verso le malattie più frequenti

(vedi quaderni acp 1997;2:42)

### Consigli sul sonno notturno

Se i genitori riferiscono di difficoltà ad addormentarsi, ciò potrebbe essere dovuto all'ansia di separazione. In questo caso potrebbe essere utile lasciare al bambino il suo oggetto preferito (un oggetto transizionale come un orsetto di pelo o una copertina). È bene spiegare ai genitori che il bambino può avere dei risvegli notturni bruschi con "incubi". È opportuno stabili-

re delle routine per quando si mette a letto il bambino.

### Consigli sulla dentizione

- Spiega la variabilità dell'eruzione dentaria e i problemi a essa associati;
- per evitare le carie sconsiglia di mettere a letto il bambino dandogli un biberon con bevande zuccherate. Quando è già avvenuta l'eruzione dei primi denti decidui si può iniziare la pulizia dei denti con uno spazzolino a setole soffici.

### Consigli sulla vita familiare

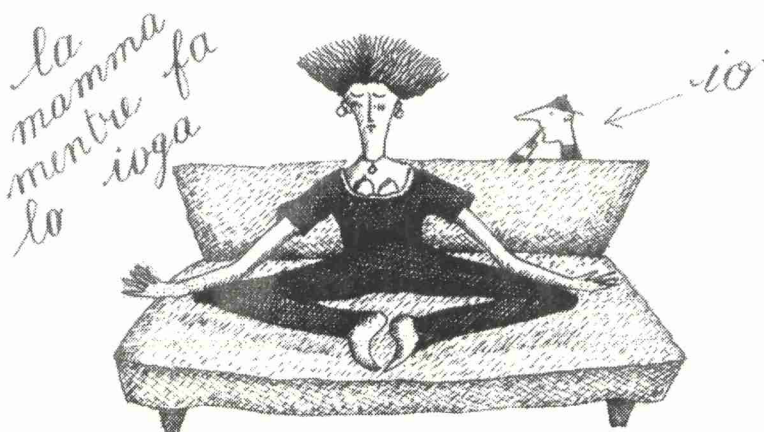
- Consiglia a entrambi i genitori di dividersi il compito di accudire il bambino, e di trovare del tempo per stare insieme tra loro e con gli altri figli;
- consigliali di evitare l'isolamento e di tenersi invece in contatto con amici e parenti;
- se ci sono problemi finanziari o di adattamento psico-sociale metti i genitori in contatto con il servizio territoriale che si deve far carico di aiutarli ad affrontare questi problemi;
- incoraggia i genitori a parlare con il bambino, anche quando lo stanno vestendo, alimentando, etc.;
- invitali a giocare con lui, utilizzando specialmente giochi da fare insieme;
- spiega ai genitori che debbono permettere al bambino di esplorare l'ambiente in cui vive, rendendolo però sicuro e privo di rischi;
- è necessario che già a questa età i genitori pongano dei limiti precisi alle richieste del bambino e ai comportamenti negativi. Le regole da seguire nell'educazione del bambino debbono essere condivise da chiunque abbia un ruolo nell'assistenza al bambino.

### A conclusione della visita

Segui le indicazioni delle altre occasioni (quaderni acp 1997;2:42)

### Bibliografia

- *Bright Futures*. Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Morris Green Ed., 1994.
- *American Academy of Pediatrics (A.A.P.)*, Guidelines for health supervision. Seconda Ed. 1988.





# Celiachia... in cielo, in terra, in mare

Luigi Greco

Università degli Studi di Napoli

Ne abbiamo parlato molto, ne abbiamo parlato troppo: non ne abbiamo parlato abbastanza. Infatti viene correttamente diagnosticato attualmente circa un celiaco ogni cinque casi, che attualmente ci fa piacere definire "asintomatici" ma, dal giorno dopo la diagnosi questi stessi "asintomatici" li definiamo invece affetti da anemia, artrite, epatite cronica, disturbi psichiatrici e neurologici, infelici e così via. Come avete letto su *Medico & Bambino*, gli intolleranti al glutine sono un popolo numeroso, di vari milioni in Europa, discendente dei Mesolitici che vivevano in queste terre prima della invasione dei Neolitici dal Sud-Est Asiatico. Essi non conoscevano il grano, che solo da poche migliaia di anni è stato introdotto prepotentemente nella nostra dieta quotidiana. Gli studi della SIGEP coordinati da Catassi hanno mostrato che uno scolaro ogni 180 ha la celiachia, anche se senza sintomi eclatanti. Ora in questa popolazione di "scolari sani" non sono inclusi, per definizione e per bias di selezione, tutti quelli affetti da una qualunque patologia significativa. Gli "assenti a scuola" non sono stati recuperati in questi studi. Correggendo dunque, in modo prudenziale, per questa distorsione, possiamo stimare che l'1% della popolazione ha l'intolleranza al glutine. Questa frequenza corrisponde a quella del più serio studio di popolazione (il MONICA Study) eseguito in Irlanda su adulti. Tanti, tantissimi: nessuna altra patologia cronica è tanto frequente. Circa uno su cinque ha una diagnosi: gli altri ingrossano la coorte dei casi atipici o "paucisintomatici" tra i quali si verificano le complicazioni più temibili.

### Come identificarli?

Pensandoci spesso, anche quando sembra improbabile: quattro casi su dieci sono "non classici" e spesso senza alcun sintomo intestinale. I miei ultimi casi...? Ve li racconto:

- un giovanottone di 17 anni, campione locale di pallacanestro, alto 1.87 cm, buona salute, un poco d'anemia, cugino d'una celiaca,
- una bellezza di 13 anni, indagata da due anni per "intolleranza al glucosio" o prediabete,

- una bimba di 8 anni con una stipsi ostinata fino a simulare una pseudo-ostruzione, crescita normale,
  - una ex bimba, ora ventisettenne, alla seconda gravidanza: dopo il parto grave depressione e perdita di peso,
  - il solito caso del bambino di 4 anni seguito da vari mesi per ipertransaminasemia isolata con markers negativi,
  - un giovane ricercatore immunogenetista, alto 1.82 cm e in ottima salute, incontrato al mare: mi ha detto della sua insolita anemia "fluttuante",
  - suo figlio, 5 anni, cicciotto e in ottima salute, compagno di giochi di mio figlio,
  - una bimba di 7 anni, che ha avuto la scarlattina (!) e ha perduto nella fase di convalescenza ben 7 kg,
  - una ragazzina ben cresciuta di 15 anni con amenorrea,
  - un piccolino sano di 4 anni e 6 mesi il cui peso è cambiato dal 75° centile al 50° centile in pochi mesi, mangiava poco,
  - una ragazzina di 11 anni con dolori addominali ricorrenti, già operata di appendicite, crescita ottima,
  - un bimbo seguito da due anni dagli immunologi per "immunodeficienza transitoria" con deficit di CD4,
  - una fanciulla quindicenne con improvvisa "paralisi" a un arto, diagnosticata come neuropatia periferica.
- Meglio che mi fermi, vorrei solo dirvi che nessuno di questi casi aveva nulla che potesse suggerire una patologia di questo tipo. In cielo, in terra, in ogni luogo? Non esageriamo. Vediamo anche false diagnosi (= *solo anticorpi IgG Antigliadina elevati*), bimbi messi senza glutine per anni senza criterio, talora durante perniciosi interventi per "allergia alimentare multipla a tutto!", diagnosi senza biopsie che finiscono poi a fare diverse biopsie "per confermare".

### Quale test?

Diciamocelo subito: *gli anticorpi IgG Anti-glutine non servono, anzi servono a ingenera-*



angosce nei genitori e sospetti nel medico. **Bisogna valutare gli Anticorpi IgA Antiglutine, dopo essere stati certi che il bimbo non abbia un deficit congenito o transitorio di IgA (solo per questi è utile avere le IgG Antiglutine).** Fare carico di xilosio, routine etc.: serve al medico, non al bambino. **Ma il test veramente utile è quello degli anticorpi Antiendomio.** Questi sono molto, molto affidabili: specifici e sensibili (tranne che nel deficit di IgA). Sono costosi, ma danno una precisa indicazione alla diagnosi. Ora valutiamo gli Anti-Endomio (EMA) sul *Cordone Ombelicale Umano*: dosiamo gli Anticordone Ombelicale Umano (ACU); sono economicissimi (il cordone si butta via in ogni Ostetricia) e facili da fare.

#### Anticorpi antiendomio su cordone ombelicale umano

##### Preparazione delle sezioni

I pezzi di cordone ombelicale trasportati in soluzione fisiologica fredda, vengono tagliati trasversalmente, posti in OCT e congelati ai vapori di azoto liquido. Se non si procede subito al taglio, devono essere conservati immediatamente in un criocontenitore oppure in un congelatore a -80°C. Il tessuto viene sezionato a uno spessore di 7-8 micron, e le sezioni vengono raccolte su vetrini trattati con A.T.P.S. oppure con Poly-L-lisine. Le sezioni così preparate vanno lasciate a temperatura ambiente per 60 minuti. Vanno poste in acetone a -20°C per 10 minuti e dopo in cloroformio per 30 minuti a temperatura ambiente. Dopo le sezioni si fanno asciugare per 30 minuti a temperatura ambiente prima di utilizzarle, oppure si conservano a -20°C per diverse settimane.

##### Procedura di dosaggio degli anticorpi

Marginare le sezioni con la penna Dakopen e numerare i vetrini. Incubare le sezioni con B.S.A. all'1% in P.B.S. pH 7,4 (2 bustine in un litro d'acqua distillata) per 10 minuti. Rimuovere il tampone e incubare per 60 minuti le sezioni con il siero dei pazienti dil 1:10 e 1:50 con sol. tampone e B.S.A. in camera umida. Incubare altresì sezioni con siero controllo positivo e negativo. Procedere con un lavaggio rapido e poi lasciare i vetrini per

10 minuti in sol. tampone e B.S.A. per 60 minuti. Incubare con anti-IgAFITC dil 1:40 (Dako) per 60 minuti in camera umida al buio (possono bastare anche 30 minuti). Trasferire i vetrini in sol. tampone per 10 minuti e dopo lasciarli sotto acqua corrente per qualche minuto. Coprire le sezioni con una goccia di glicerolo 10% in P.B.S. e coprioggetto ed esaminarle con un microscopio a fluorescenza. La fluorescenza sarà emessa dalla componente amorfa delle fibre reticolari del connettivo che circondano le cellule muscolari lisce del vaso (vena o arteria ombelicale).

##### Interpretazione

Controllare il vetrino negativo, poi quello positivo del siero controllo. Valutare le sezioni con diluizione 1:10 e poi quelle con diluizione 1:50. Esprimere la presenza di fluorescenza specifica nella matrice amorfa del connettivo che circonda le cellule muscolari del vaso (vena e arteria), mediante un punteggio:

0 = Negativo  
+ 1 = Dubbio, da rivalutare  
+ 2 = Positivo (specie nel siero 1:10)  
++ 3 = Fortemente positivo (anche nel siero 1:50)

##### La ricerca e il futuro

La celiachia, spesso quella "asintomatica", si associa a un enorme carico di sofferenza, miserie, cattiva qualità di vita, gravi complicanze; basta citare che abbiamo calcolato che in Europa si sviluppano più di 10.000 linfomi ogni anno in celiaci non diagnosticati. Dunque il "rischio attribuibile" è molto elevato, anche se la patologia non è mediamente severa. Molti di noi sono stufi: vorremmo conoscerla meglio, per diagnosticarla in modo preciso *prima* che causi tanti danni e per poter, nel prossimo futuro, limitare i danni delle sue complicanze e sviluppare programmi di "induzione della tolleranza". Ora infatti è chiaro che i soggetti celiaci non sono affetti da "una malattia" nel senso comune di un deficit di qualcosa di funzionale, bensì sono individui che non "hanno tolleranza" verso il glutine. Il glutine non è un componente importante delle proteine del grano, ha scarso valore biologico: è solo "la colla" che tiene insieme la struttura amidacea del grano. L'uomo, interes-

sato alla colla che permette di panificare, e poi fare la pasta, ha selezionato i grani fino a centuplicare le quantità di glutine presente negli attuali ibridi poliploidi. Con ogni probabilità questi fieri discendenti di cacciatori e pescatori (mesolitici) sono stati selezionati per millenni dalla loro capacità di difendersi dalle malattie infettive e parassitarie. Il loro specifico HLA (Dr3-7) è ancora molto efficace a difenderli da epatite, polmonite, parassitosi. Quando sono stati esposti a quantità industriali di glutine, con una sequenza proteica simile a quella di un virus, hanno sviluppato una reazione immunitaria citotossica "non tollerante". Ma non vi era l'organismo virale e allora la risposta immune, invece di orientarsi verso l'antigene, si indirizza invece verso il self: donde l'autoimmunità con tutte le lesioni a essa conseguenti. In Italia abbiamo messo su, con l'Associazione Italiana Celiachia, una "Task Force" per la ricerca con l'obiettivo di stimolare le ricerche di base. È già stata assemblata una banca di DNA (la più grande del mondo) ed è stato completato uno screening dell'intero Genoma Umano in soggetti celiaci. Abbiamo identificato circa cinque aree genomiche che contengono geni candidati che potranno, nel prossimo futuro, fornire straordinari strumenti di comprensione del meccanismo fisiopatologico alla base dell'intolleranza al glutine.

##### Dove identificare soggetti celiaci

###### In gastroenterologia:

- dispepsia "sine causa",
- diarrea protratta e cronica,
- flatulenza e feci "offensive",
- vomito,
- dolore addominale ricorrente.

###### In ematologia:

- anemia sideropenica resistente al trattamento per os,
- anemie megaloblastiche di ogni tipo,
- anemie carenziali miste (sideropeniche e megaloblastiche),
- sindromi da produzione di autoanticorpi,
- coagulopatie da deficit di Vit K e da autoanticorpi.



*In medicina Interna (adulto):*

- cachessia in tutte le sue forme,
- perdita di peso durante malattie,
- anoressia persistente,
- aspetto "miserico" e carenziale,
- patologia autoimmune.

*In dermatologia:*

- dermatite erpetiforme di Duhring,
- psoriasi,
- dermatiti "carenziali" incluse quelle da carenza vitaminica (A, B, C),
- afte recidivanti.

*In riproduzione:*

- infertilità,
- ritardo dello sviluppo mestruale (dopo 14 anni),
- aborto spontaneo,
- minaccia d'aborto ripetuta sine causa,
- anemia grave in gravidanza,
- scarsa crescita fetale,
- patologia della placenta,
- basso peso alla nascita,
- interruzione precoce dell'allattamento,
- depressione puerperale.

*In reumatologia:*

- artriti non specifiche,
- artrite reumatoide,
- malattie autoimmuni,
- Sjogren,
- connettivopatie.

*In neurologia:*

- epilessia con calcificazioni occipitali,
- calcificazioni intracraniche non periventricolari,
- disturbi del comportamento,
- neuropatie periferiche,
- demenza precoce,
- patologia neurologica mal definita.

*In psichiatria:*

- depressione,
- infelicità non spiegata,
- disturbi comportamentali,
- sospette psicosi infantili "sine materia",
- autismo infantile.

*In odontoiatria:*

- lesioni orizzontali simmetriche e cronologiche dello smalto dentario (incisivi, canini, premolari).

*In immunologia:*

- deficit di IgA,
- deficit relativo globale di Immunoglobuline con ipoproteinemia,
- ritardo dalla guarigione di patologia infettiva,
- "immunodeficienze" transitorie.

*In oncologia:*

- tumori di bocca-faringe-esofago,
- linfomi intestinali,
- carcinomi intestinali,
- linfomi extraintestinali.

*In ortopedia:*

- fratture spontanee,
- osteoporosi relativa,
- artriti non spiegate.

*In parassitologia:*

- giardiasi recidivante con deficit di IgA,
- diarrea persistente.

*In infettivologia:*

- ritardo dalla guarigione di malattie infettive ordinarie,
- sviluppo di ipoproteinemia durante malattie infettive,
- perdita di peso inattesa durante la convalescenza di patologia infettiva (epatite, scarlattina, brucellosi, parotite, etc).

*In endocrinologia:*

- bassa statura isolata,
- diabete insulino dipendente e prediabete,
- tiroidite,
- Addison,
- poliendocrinopatia,
- ipoparatiroidismo, ipocalcemie.

*In radiologia:*

- osteoporosi in persone non anziane,
- diminuito spessore della corticale ossea,
- segni di rachitismo.

*In medicina di laboratorio:*

- ipertransaminasemia isolata,
- iperfosfatemia,
- ipocalcemia,
- ipoproteinemia,
- anemie,
- positività di autoanticorpi.

*In epatologia:*

- ipertransaminasemia,

- epatite cronica o persistente non antigenica positiva,
- mancata guarigione di epatite A.

*In genetica:*

- sindrome di Down,
- "failure to thrive".

*In medicina di base:*

- tutti i familiari (1 e 2° grado) di soggetti celiaci noti.

*In pediatria (in aggiunta alle precedenti):*

- bimbo che "perde centile" di peso tra il primo e secondo anno di vita,
- perdite di peso inspiegate dopo i primi due anni,
- anoressia marcata in bimbo che prima mangiava,
- diarrea cronica,
- addome protuberante-globoso,
- pallore,
- vomito e/o dolore addominale non spiegato,
- stipsi "sospetta".



Dal 1/1/1997 parte, presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'Istituto Superiore di Sanità, un registro nazionale per riportare una serie di complicanze dovute alla celiachia. Inizialmente il massimo sforzo si concentrerà su:

- tumori e linfomi in soggetti celiaci,
- patologia della riproduzione,
- patologia neurologica,
- diabete,
- Down.

*Il riferimento è:*

Registro Nazionale Complicanze Celiachia. Dr. Massimo De Vincenzis, Istituto Superiore della Sanità viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma. Tel 06 49902763 Fax 06 49387149

Email: mbpsegr@dns.istsan.interbusiness.it





# Come comportarsi in caso di febbre

a cura della Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

*Nella maggior parte dei casi le telefonate di un genitore al pediatra iniziano con: "dottore il bambino ha la febbre". Segue spesso un silenzio interrogativo che può essere tradotto con "adesso che sa tutto mi dica che malattia ha e la cura più rapida possibile". Da qui in avanti ognuno ha il suo stile personale e la conversazione prende le pieghe più varie finendo però invariabilmente col portare via non poco tempo e non sempre con risultati soddisfacenti per ambedue gli interlocutori. Il pediatra perché comunque ha dovuto dare un appuntamento che ritiene utile, il genitore perché comunque non si è affatto tranquillizzato.*

*Probabilmente non troveremo mai il sistema perfetto per eliminare questa paura atavica della febbre dell'animo dei genitori. Potremo spiegare ogni volta che la febbre alta non fa venire la meningite, che le convulsioni non sono più un problema, che la malattia non è tanto più grave quanto più è alta la temperatura, che la febbre non si abbassa con gli antibiotici e così ancora altro, ma potremo sempre sentirci dire dopo la lunga spiegazione: "sì, lei ha ragione, ma la febbre è tanto alta!".*

*Rassegnarsi a questo non vuol dire che nulla serva a migliorare la situazione. L'informazione da dare ai genitori deve essere sempre completa, mai contraddittoria, e quindi sempre data con la massima pazienza e secondo, come si dice, scienza e coscienza.*

*Un aiuto vi viene dalla paginetta sulla febbre di questo numero che vi consigliamo di fornire ai genitori già al primo appuntamento in ambulatorio così che possano tenercela a portata di mano pronta da consultare alla prima occasione. Avere già conoscenza dei problemi mette in condizioni di affrontarli con maggiore tranquillità, piuttosto che doverci pensare quando ci si è dentro completamente, frastornati dalla preoccupazione. Male che vada, avrete risparmiato un pò di tempo.*

L. P.

## Come misurare la temperatura

La febbre è un aumento della temperatura corporea superiore ai 37° C, se misurata per via ascellare, o ai 37,5° C se misurata per via rettale.

La temperatura può variare da persona a persona e, soprattutto nei bambini, può aumentare in seguito a sforzi, assunzione di pasti o bevande calde, riscaldamento eccessivo dell'ambiente. In tal caso l'aumento della temperatura può essere "normale" e questa va quindi solo ricontrollata. In linea di massima non è bene misurare la temperatura subito dopo che il bambino si è alzato dal letto, ma dopo che ha fatto colazione. La temperatura "del letto" è spesso superiore al normale. Nel bambino di età inferiore ai due anni è preferibile misurare la temperatura corporea per via rettale nel seguente modo:

- prendete un termometro prismatico, cioè di quelli piccoli per bambini, tenetelo saldamente tra indice e medio e scuotetelo con energia fino a che la colonnina di mercurio non sia scesa sotto i 34° gradi;
- stendete il bambino sulla schiena sopra un piano rigido (fasciatoio o letto), con la mano sinistra prendetegli le caviglie alzandogli le gambe quasi ad angolo retto;
- con la mano destra immergete il bulbo del termometro nell'olio o nella vaselina e poi introducete delicatamente nel retto del bambino solo il bulbo contenente il mercurio;
- stringete le natiche del bambino tenendole ben ferme e aspettate due minuti;
- togliete il termometro e leggete controluce la temperatura raggiunta dal mercurio.

Nel bambino più grande, o quando c'è diarrea è meglio prendere la temperatura corporea per via ascellare. Per fare questo:

- scuotete il termometro portando la colonnina di mercurio sotto i 34° C;
- spogliate il bambino e assicuratevi che l'ascella non sia bagnata. In caso contrario asciugatela;
- mettete il bulbo del termometro nella parte più alta dell'ascella a contatto con la pelle;
- tenete il braccio del bambino accostato al

torace così da mantenere più saldamente il termometro in posizione e aspettate tre minuti; state sempre con il bambino durante questa misurazione per essere sicuri che sia stata eseguita correttamente;

- togliete il termometro e leggete controluce la temperatura raggiunta dal mercurio;
- dopo avere scritto la temperatura raggiunta è necessario lavare il termometro con acqua tiepida e sapone, pulirlo con un disinfettante e metterlo nella sua custodia in un luogo sicuro, lontano dalla portata dei bambini.

## Come comportarsi se il termometro indica febbre

*La febbre non è una malattia, ma è il segno di un mezzo con il quale il corpo reagisce all'attacco dei batteri o dei virus. Per questo motivo è necessario osservare il bambino per rendersi conto di come sta e riferirlo al medico nel caso lo si debba avvertire. Osservate in particolare il bambino:*

- è pallido o è vivace?
- ha appetito o non vuol mangiare?
- ha voglia di giocare?
- piange continuamente o è molto più calmo del solito?
- suda più del normale?

Altri segni, che accompagnano la febbre, e che bisogna osservare, sono:

- respirazione difficoltosa e naso chiuso;
- tosse;
- impressione di dolore alle orecchie;
- difficoltà a muovere la testa;
- vomito;
- diarrea.

Il più delle volte è necessario aspettare 24 ore prima che questi segni siano evidenti.

## Quando preoccuparsi e chiamare il medico

È sempre necessario cercare di individuare la causa della febbre che spesso consiste in una infezione (della gola, del naso, delle orecchie, delle urine etc.).

Spesso però non si riesce a individuare il motivo della febbre e si è costretti a fare una diagnosi generica. Se i sintomi del bambino



sono lievi e poco disturbanti, quali il semplice raffreddore con starnuti, e il bambino ha più di un anno di età, si può aspettare la visita del pediatra dando nel frattempo al bambino un farmaco per tenere bassa la temperatura corporea e mettendo in atto gli accorgimenti descritti più avanti.

È bene consultare urgentemente il pediatra nelle seguenti condizioni:

- se il bambino ha meno di tre mesi;
- se è molto irritabile, piange e si lamenta con facilità, è difficilmente consolabile, ha cambiato carattere, è molto sonnolento e si fa fatica a svegliarlo;
- se la febbre supera i 40° C misurata in sede ascellare, o 40,5° C rettale;
- se appare molto abbattuto, fa fatica a muovere la testa ed il collo;
- se scuote violentemente le braccia o le gambe, è tutto rigido od abbandonato (convulsioni);
- se ha macchie rosse o scure sulla pelle;
- se ha più di 50 respiri al minuto tra i 3 e i 12 mesi di vita, o più di 40 respiri al minuto dopo i 13 mesi di vita;
- se ha un forte dolore alla pancia.

Al pediatra al telefono è necessario riferire:

- l'età del bambino;
- la temperatura ed il modo di misurazione;
- da quanti giorni ha la febbre;
- altri disturbi associati alla febbre;
- se il bambino è stato a contatto, nei giorni precedenti, con persone ammalate;
- se il bambino è stato sottoposto da poco ad una vaccinazione.

*In ospedale è opportuno che i genitori controllino la temperatura corporea del bambino almeno tre volte al giorno (al mattino, pomeriggio e sera), segnalando all'infermiera i valori riscontrati. Questo consente di determinare le oscillazioni della temperatura corporea in relazione al comportamento del bambino e alla somministrazione dei farmaci.*

#### La cura (cosa dovete fare)

- Tenerlo in un ambiente fresco.
- Non coprirlo in maniera eccessiva: pertanto non usare tutine complete ma un pigiama leggero, oppure mutandine e maglietta.
- Non usare coperte pesanti quando è a letto. In questo modo si permette al corpo

di traspirare e di disperdere calore. Solo quando sono presenti brividi e il bambino sente freddo è bene coprirlo.

- Idratarlo dandogli da bere acqua, tè o camomilla un poco zuccherati, a piccoli sorsi, a volontà. Se il bambino ha vomito o diarrea è necessario fargli bere a piccoli sorsi la soluzione reidratante che il medico avrà prescritto.

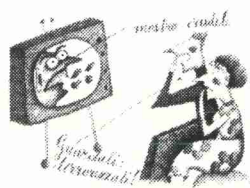
- Non forzarlo a mangiare, ma concedergli piccoli pasti facilmente digeribili.

- Se la febbre supera i 39° C si possono effettuare spugnature con acqua tiepida sulla fronte, inguine e polsi (non usare invece alcool o ghiaccio).

- Potete usare *farmaci contro la febbre* nei casi in cui la febbre sia causa di "disagio" per il bambino: di solito ciò si verifica per temperature superiori ai 38° C misurate per via ascellare, ovvero ai 38,5° C misurate per via rettale. Febbri di lieve entità non richiedono l'uso di farmaci. Fa eccezione il bambino che ha avuto già un episodio di convulsioni in corso di febbre al quale il farmaco per ridurre la febbre andrà somministrato quando la temperatura ascellare supera i 37,5° C insieme al Valium per bocca, per prevenire una nuova crisi convulsiva.

*In ospedale è necessario riferire all'infermiera, oltre alle consuete tre misurazioni giornaliere, tutte le temperature febbrili come quelle sopra riportate che riscontrate nel vostro bambino. L'infermiera, se necessario, vi fornirà la dose giusta di medicinale da somministrare al bambino. Di solito una dose è capace di tenere bassa la febbre per 5 o 6 ore.*

A casa, quando è necessario impiegare un farmaco contro la febbre, è bene utilizzare il Paracetamolo (ad esempio Tachipirina, Efferalgan, etc.) alle dosi indicate dal vostro pediatra. Le dosi possono essere ripetute se la febbre rimane o ritorna e crea disturbo al bambino. È meglio utilizzare confezioni con chiusura di sicurezza, acquistarne una sola per volta e tenerla lontano dalla portata dei bambini. ■



### La febbre "a domicilio"

*Si fa spesso una gran fatica a spiegare ai genitori che far uscire il loro figlio-letto febbricitante non porterà assolutamente alcun danno, non lo esporrà affatto ad ammalarsi di polmonite e nemmeno lo porterà a finire i suoi giorni divorato dalla tubercolosi. Eppure la richiesta anche insistente di visite domiciliari in caso di febbre si propone continuamente e non raramente è causa di incomprensioni anche gravi fra pediatri e genitori (quando mi occupavo del Tribunale per i Diritti del Malato di Oristano, ricordo che questo problema rappresentava la causa più frequente di segnalazioni da parte dei genitori). Certo è che i vantaggi della visita in ambulatorio (la possibilità di eseguire semplici esami, la presenza di apparecchiature più idonee etc.) e soprattutto il fatto che far uscire il bambino è assolutamente esente da pericolo anche in caso di febbre elevata, dovrebbe essere spiegato prima che si verifichi lo stato febbrile e non in occasione della chiamata a domicilio, perché altrimenti l'ansia dei genitori potrebbe facilmente trasformarsi in incredulità, ritenendo che questi discorsi vengano fatti a tutto vantaggio del pediatra anziché del bambino. Ma da che cosa nasce questa credenza della pericolosità del freddo, del vento, dello stesso uscire di casa, che ancora è così fortemente radicata non solo fra la gente ma anche nella cultura di molti medici? Probabilmente questa errata interpretazione delle condizioni atmosferiche come causa di malattia è dovuta proprio all'atteggiamento di alcuni medici che continuamente la propongono, fino a credere essi stessi che sia proprio vero. E' certo, per esempio, che la maggiore frequenza invernale delle cosiddette "malattie da raffreddamento", che tutti sappiamo essere dovuta nella maggior parte dei casi ad una infezione virale, non è dovuta alla temperatura più rigida, ma all'abitudine invernale di trascorrere molto tempo in locali chiusi in cui è più facile il contagio!*

Franco Dessì



# Come riconoscere le lesioni da maltrattamento

Dante Baronciani

U. O. Patologia Neonatale, Ospedale di Lecco

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 46-50

*Vi sono diverse ragioni perché i medici non riconoscano e segnalino gli abusi; esse includono da una parte la difficoltà di definire l'abuso in un determinato contesto culturale dall'altra la capacità di diagnosticarlo.*

*Tra le diverse forme d'abuso il maltrattamento fisico è sicuramente quello maggiormente riconoscibile dal pediatra, in quanto più vicino alla sua formazione professionale.*

*Il mancato riconoscimento è essenzialmente dovuto alla scarsa conoscenza di alcuni segni, dei percorsi diagnostici e alla difficoltà di rapportare il segno osservato alla dinamica che l'avrebbe prodotto.*

*È obiettivo di questa serie di articoli quello di fornire alcuni elementi di aggiornamento sui segni del maltrattamento fisico e sulle possibilità diagnostiche.*

## **Le fratture nei casi di abuso fisico**

Le fratture sono presenti nel 36% dei casi di abuso fisico. Esse si verificano per lo più nei primi tre anni di vita (78%), e in particolare nel primo anno (50%), al contrario di ciò che accade per gli incidenti che raramente determinano fratture in tale epoca.

La coesistenza di due o più fratture è riportata dai diversi autori in percentuali variabili dal 23% al 74%.

Le fratture delle ossa lunghe sono le più comuni; quelle interessanti la diafisi si verificano con frequenza quattro volte maggiore di quelle metafisarie-epifisarie. La formazione di nuovo periostio e le fratture metafisarie sono le principali lesioni osservate a carico delle ossa lunghe in caso di abuso.

Le fratture epifisarie-metafisarie, che interessano il piatto di crescita cartilagineo, sebbene meno comuni delle diafisarie sono più specifiche di abuso perché le forze necessarie per produrre tali lesioni non sono solitamente generate da semplici cadute o altro incidente.

Queste fratture sono il risultato di forze di accelerazione-decelerazione o torsione associata a violento scuotimento.

L'esame istopatologico ha documentato che la lesione interessa il piano osseo e non la circonferenza. I frammenti non sono semplicemente avulsi dalla periferia della metafisi ma sono determinati da una distruzione transmetafisaria delle trabecole della spongiosa primaria; il frammento che ne risulta è un disco di osso e cartilagine calcificata.

La densità dell'osso nella periferia di questo disco è aumentata per il maggior contenuto di trabecole ossee e perché vi è deposizione di osso al di sotto del collare periostale. Se la lesione interessa la spongiosa senza distruzione di cartilagine allora si può assumere che la lesione fondamentale associata alla frattura metafisaria è a carico dell'osso e non della cartilagine.

Se quest'ultima si verifica per una notevole forza di trazione di compressione o rotatoria, vi è solitamente una separazione-dislocazione dell'epifisi; in questo caso si possono determinare deformità e arresto della crescita per devascularizzazione dell'epifisi.

La reazione periostale è solitamente minima salvo nel caso vi sia una dislocazione del frammento o un concomitante strappo del periostio. Se vi è una frattura del piatto fisale con separazione dell'epifisi vi possono essere maggiori conseguenze nel processo riparativo con disturbi della crescita ossea e deformità.

Queste lesioni metafisarie sono solitamente il frutto di un violento scuotimento del tronco ed estremità; le rapide accelerazioni e decelerazioni si ripercuotono in modo tagliente sulle metafisi e così si sviluppa un piano di frattura attraverso la spongiosa.

Lesioni lievi possono non produrre alcun segno radiologico, lesioni moderate possono originare fratture dello spigolo o a manico di cucchiaino mentre ripetute lesioni possono determinare la frammentazione della metafisi.



Le fratture metafisarie interessano più comunemente la tibia, il femore e l'omero prossimale; lesioni simmetriche sono solitamente determinate da scuotimento mentre quelle unilaterali da forze dirette. Sovente non determinano dolore, salvo quando vi è dislocazione epifisaria.

*Il principale segno della frattura metafisaria è costituito da una iperlucentezza entro la regione subfisaria della metafisi. Tale lucentezza, determinata dalla distruzione della spongiosa primaria, si trova immediatamente adiacente alla densità lineare del piatto epifisario. Variazioni nella posizione, proiezione e dimensioni del margine periferico del disco daranno luogo ai diversi aspetti che si rilevano nella frattura metafisaria "frattura dello spigolo" (corner fracture): descrive un modesto, localizzato frammento triangolare di osso attorno al margine metafisario. La dizione ha rilevanza solo nell'immagine a due dimensioni. Nelle tre dimensioni non vi sono angoli nella metafisi, ma piuttosto un continuo contorno ovoidale o rotondo; frattura a "manico di cucchiaio" (bucket handle). Se la proiezione non è ortogonale il frammento metafisario proietterà un margine sopra la metafisi e l'altro sopra l'epifisi con il risultato di un'immagine curvilinea tipo "manico di cucchiaio". Tale immagine non è patognomonica di frattura con dislocazione, essa sembra piuttosto determinata dal tipo di proiezione e può verificarsi anche in assenza di dislocamento.*

Per quanto concerne la diagnosi differenziale deve essere messo in evidenza che mentre le lesioni determinate da abuso interessano il piatto di crescita, le fratture accidentali occorrono solitamente alla giunzione di diafisi ed epifisi.

Oltre alla periostite fisiologica e alle varianti fisiologiche, è necessario tener presente che:

- lesioni simili a quelle metafisarie possono verificarsi nel parto vaginale con presentazione podalica o durante il parto

cesareo;

- malattie metaboliche: rachitismo e scorbuto (facile la d.d.), deficit di rame (è raro che sia così grave da comportare lesioni simili a quelle dell'abuso);

- osteogenesi imperfetta.

assenza della stessa ad esempio nel caso dello scuotimento con forze di accelerazione-decelerazione. Nel primo anno il periostio è debolmente attaccato alla corteccia stante la paucità delle fibre penetranti di Sharpey; conseguentemente una

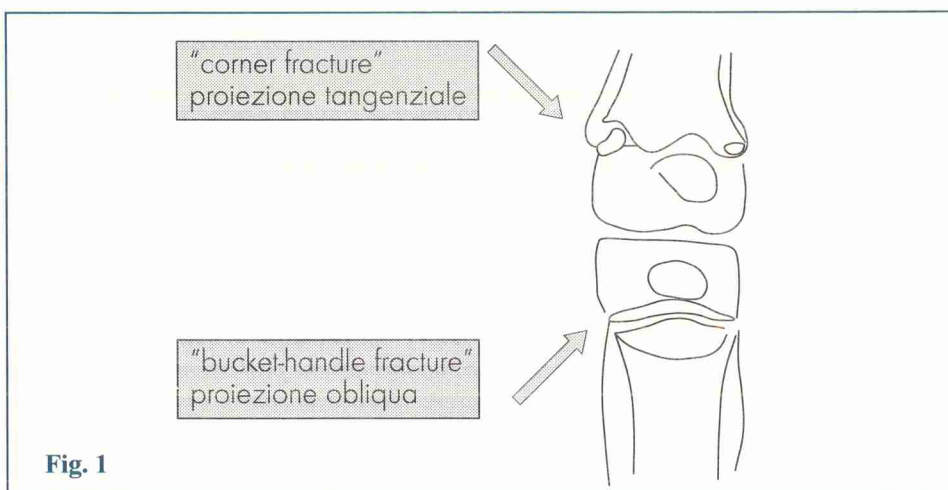


Fig. 1

Nella diagnosi differenziale di una translucenza radiografica nella regione subfisale deve essere posta una malattia cronica come la leucemia, che tuttavia dà lesioni simmetriche. Ripetute o severe lesioni, con massivo sanguinamento periostale, possono causare un edema dell'arto ponendo il sospetto di una osteomielite (che tuttavia non dà segni radiologici nella fase acuta e che in quella cronica determina immagini che interessano la parte centrale della metafisi). Uno studio, condotto postmortem su 78 soggetti deceduti per SIDS, ha evidenziato varianti radiologiche (becchi adiacenti al piano di crescita) che non devono essere confuse con le lesioni metafisarie caratteristiche dell'abuso. Sono varianti che non presentano mai la separazione di frammenti né la iperlucentezza patognomonica delle lesioni metafisarie nell'abuso.

La formazione di nuovo osso periostale (osso contuso) riflette una separazione traumatica del periostio diafisario. Forze di trazione e torsione (arto afferrato e tirato) sono responsabili di tale lesione. L'emorragia subperiostale è seguita dopo 5-14 giorni da formazione di nuovo osso lungo la diafisi. La reazione periostale nell'abuso è più comunemente determinata dalla frattura ma può verificarsi anche in

forza traumatica sufficiente determina un sanguinamento subperiostale e sollevamento dello stesso periostio. Questo interessamento del periostio non sempre accompagna l'avulsione di frammenti di osso e cartilagine dalla metafisi. Aree di aumentata captazione del radionuclide possono essere visualizzate nelle zone interessate dall'emorragia periostale anche quando le radiografie sono normali. La formazione di nuovo osso periostale può essere visualizzata come variante fisiologica in bambini tra le sei settimane e i sei mesi di vita. In questo caso, a differenza di quanto avviene per i casi di abuso, la formazione di nuovo osso è lamellare, regolare e confinata alla sola diafisi. Il nuovo osso subperiostale non è specifico di trauma e può evidenziarsi per infezione o malattia metabolica.

Le fratture diafisarie possono essere spirali/oblique o trasverse. Le fratture spirali sono il risultato di forze di rotazione o torsione applicate all'arto mentre quelle trasverse sono determinate da un colpo diretto. Quelle spirali sono più comuni sia nel caso di abuso che di evento accidentale. Con la eccezione delle fratture sopracondilari tutte le fratture dell'omero in bambini di età inferiore ai 3 anni sono suggestive di abuso. Per quanto riguarda le fratture



sopracondilari esse possono verificarsi accidentalmente in un bambino che sta iniziando a camminare.

Le fratture del femore nel primo anno di vita sono fortemente sospette per abuso, è quindi necessaria un'attenta valutazione dell'anamnesi.

Segni che aumentano il significato di fratture diafisarie singole sono:

- associazione con altra frattura o altri segni clinici di alta specificità per l'abuso,
- inappropriata storia clinica,
- ritardo nel ricorso alle cure mediche,
- scoperta della frattura in uno stadio di guarigione.

Le fratture della gabbia toracica (Fig. 2) sono meno frequenti di quelle che riguardano le estremità ma più suggestive di abuso. Fratture costali sono riportate nel 5-27% delle diverse casistiche; il 90% di quelle relative ad abuso sono evidenziate in bambini di età inferiore ai 2 anni.

La presenza di frattura costale è virtualmente diagnostica di abuso in quanto quella accidentale è molto rara (diagnosi differenziale con osteogenesi imperfecta, malattie metaboliche e osteopenia del pretermine).

Le fratture costali sono raramente accompagnate da segni esterni; nel caso di fratture pregresse può essere rilevato palpatariamente il callo osseo (la cui dimensione dipende dall'entità della distruzione e del sanguinamento). Per lo più le fratture si osservano in caso di violento scuotimento con compressione toracica in senso ante-

ro-posteriore. Presumibilmente le coste sono eccessivamente caricate come leve aventi un fulcro sul processo trasverso, ne consegue una distruzione del periostio ventrale e della corteccia mentre solitamente il periostio dorsale è intatto.

Nessun caso di frattura costale è stato rilevato dopo manovre di rianimazione cardio-polmonare. Peraltro la frattura da rianimazione sarebbe, qualora presente, a carico della porzione laterale e non di quella posteriore come nel caso dell'abuso. Fratture dell'arco posteriore delle coste sono fortemente suggestive di abuso ma sono sovente difficili da identificare radiograficamente, soprattutto in fase acuta prima della formazione del callo. La difficoltà di diagnosi (oltre il 50% di falsi negativi) è determinata essenzialmente da:

- frequente sovrapposizione del processo trasverso sopra la linea di frattura
  - una linea di frattura che attraversa obliquamente il raggio radiografico
  - frattura non dislocata perché si preserva il periostio posteriore
- Nel caso di fratture recenti l'indagine scintigrafica si rivela indagine più sensibile rispetto a quella radiologica. Se si fa una Rx delle coste è opportuno utilizzare una proiezione antero-posteriore con basso kilovtaggio quale esame di screening; proiezioni oblique o coned-down possono essere utilizzate per approfondimento diagnostico.

Le fratture dello sterno e della spalla non sono frequenti sequele di abuso così come le fratture della clavicola. Meno comuni

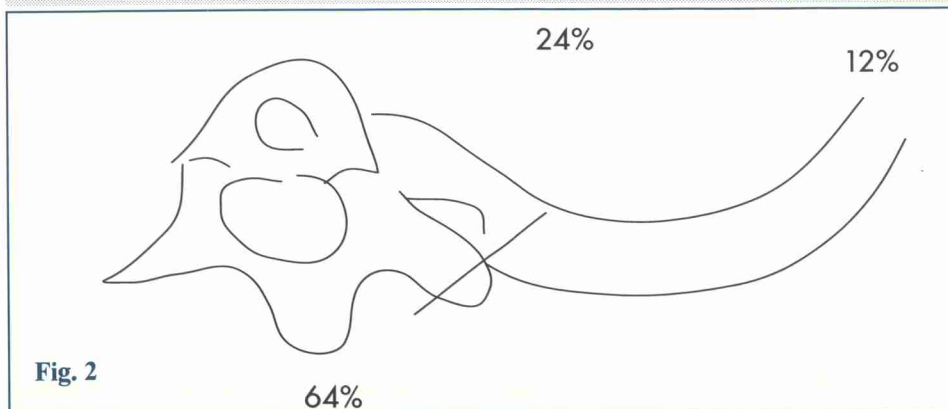
ma più suggestive di abuso sono le fratture all'estremità della clavicola e quelle a carico dell'acromion della scapola (per lo più determinate da violenta trazione dell'arto o da scuotimento). La radiografia post-mortem di bambini deceduti per SIDS ha evidenziato in alcuni di essi un'opacità ossea adiacente al processo acromiale (uni o bilateralmente). Istologicamente non si evidenzia nessun piatto di crescita cartilagineo tra la struttura ossea e l'acromion; la struttura rappresenta quindi una pseudo-epifisi. Ad una grossolana valutazione questa variante fisiologica appare simile alle fratture dell'acromion determinate da abuso. Nel caso di frattura si evidenzia solitamente la linea di frattura attraverso la porzione media della scapola; si evidenzia riassorbimento e sclerosi lungo la frattura durante la fase di guarigione con irregolare demineralizzazione nella punta dell'acromion.

Le fratture della scapola sono solitamente determinate da notevoli forze e quindi sono spesso associate ad altre lesioni (clavicola, coste, omero prossimale). In casi particolari può essere utile lo studio scintigrafico.

Le fratture vertebrali sono, forse, più frequentemente determinate da abuso di quanto riportato in letteratura. Per lo più interessano il corpo vertebrale (meno il processo spinoso e trasverso). Una frattura da compressione anteriore si verifica più comunemente nel tratto toraco-lombare. Per lo più determinate da movimenti di flessione-estensione associate con scuotimento. Spesso determinano deformità o erniazioni discali nel tempo. Una frattura localizzata alla giunzione diafisi-metafisaria è un'altra manifestazione di abuso e occorre probabilmente nella fase finale dell'episodio di scuotimento quando il bambino è forzatamente sbattuto su una superficie dura.

Ciò può comportare frattura del corpo vertebrale. Nel caso di scuotimento vi possono essere rapidi movimenti di flessione-estensione che possono determinare l'avulsione di parte del processo spinoso (che a quest'epoca di

*Nella maggior parte dei casi la frattura interessa l'area mediale della porzione posteriore. Le fratture della porzione anteriore o laterale della costa sono più rare e sono solitamente determinate da un colpo inferto direttamente.*





vita è di natura cartilaginea) che successivamente può presentare il processo di ossificazione sopra descritto.

Le fratture spinali e le dislocazioni sono tuttavia spesso il risultato di lesioni da flessione.

In bambini più grandi la lesione dei processi spinosi è solitamente il risultato di una iperflessione sulla giunzione cervico-toracica.

La maggioranza delle lesioni spinali associate con l'abuso sono asintomatiche, si manifestano come deformità da compressione dei corpi vertebrali (fino a severa cifosi).

In una sola occasione è stata descritta una sintomatologia neurologica connessa con una frattura dislocante che coinvolgeva la regione lombare e cervicale. La specificità diagnostica è quella determinata da fratture metafisarie, fratture costali e avulsione della clavicola e acromion. Le altre fratture devono essere valutate alla luce dell'anamnesi e della dinamica descritta per verificare il possibile abuso (tab. 1).

tab. 1

Fratture con alta specificità per abuso	Fratture frequenti ma con bassa specificità per abuso
Fratture metafisarie	Fratture al terzo medio clavicola
Fratture delle coste	Fratture del cranio lineari
Fratture ala fine esterna della clavicola	Frattura diafisaria singola
Fratture vertebrali o sublussazioni	
Fratture delle dita in bambini che non deambulano	
Fratture complesse del cranio	
Fratture di differente epoca	
Fratture bilaterali	

Si ricorda come vi siano sei "fattori di sospetto" nelle fratture determinate da abuso:

- una frattura singola con presenza di contusioni multiple;
- fratture multiple in diversi stadi di guarigione;
- lesioni metafisi-epifisarie, sovente multiple;
- fratture delle coste;
- formazione di nuovo osso (reazione periostale);
- fratture del cranio in associazione a lesioni intracraniche.

### La datazione delle fratture

L'osso del neonato è più vascolarizzato e più poroso dell'osso maturo del bambino più grande e maggiormente in grado di tollerare deformazioni. I pori ritardano la progressione della linea di frattura ma aumentano la verosimiglianza di compressione ed è questa la ragione che rende la frattura a legno verde, a fibbia o torus più comuni in età pediatrica.

Il periostio immaturo è più sottile e più debolmente attaccato alla corteccia di quello del bambino più grande; in questo modo esso minimizza lo spostamento della frattura diafisaria ed è in grado di accelerare la formazione del callo osseo e la formazione di osso membranoso.

La metafisi è caratterizzata da una diminuzione dell'osso corticale e da un aumento osso trabecolare. La porzione trabecolare sottoposta ad un eccessivo rimodellamento come la spongiosa primaria è trasformata in una più matura spongiosa secondaria. Quest'area di trasformazione è strutturalmente debole durante il periodo di rapida crescita dell'infanzia.

I fattori che influenzano le fratture determinate da abuso sono:

- le fratture si verificano per lo più nei primi quattro anni di vita;
- vi può essere un ritardo tra il momento del trauma e le prime cure mediche questo può determinare una cattiva immobilizzazione o una nuova frattura. Se la nuova frattura si verifica a poca distanza di tempo il processo di guarigione non è influenzato, ma se avviene a distanza di settimane causa la distruzione del callo e una nuova emorragia. Ciò determina un "callo esuberante" (segno osservato anche nell'osteogenesis imperfecta).

È assai difficile definire in modo esatto l'epoca della frattura in quanto le variabili (età del bambino, presenza o meno di deformità, quantità di callo osseo) sono numerose.

Più lungo è il tempo intercorso più difficile la stima. In generale più grave è la lesio-

ne più lungo il tempo di guarigione; nel caso dell'abuso tale tempo può essere maggiore per la recidiva degli episodi. È da rilevare come le fratture metafisarie possano guarire senza evidenza radiologica della reazione periostale. Nel caso delle lesioni metafisarie l'estensione della radiolucenza sarebbe secondo alcuni autori indicatore del processo di guarigione. Uno schema di massima, relativo alle ossa lunghe e non applicabile a fratture costali e delle dita (tab. 2), è il seguente:

tab. 2

	Tempo	Picco
Risoluzione tessuti molli	2-10 gg	4-10 gg
Precoce formazione osso periostale	4-21 gg	10-14 gg
Perdita della definizione linea frattura	10-21 gg	14-21 gg
Callo molle	10-21 gg	14-21 gg
Callo duro	14-90 gg	21-42 gg
Rimodellamento	3 m -2aa	

### Il ruolo della radiologia

L'indagine radiologica rappresenta un importante contributo per determinare l'esistenza o meno di abuso, anche quando la causa di morte o di ricovero è altra. Nel caso di sospetto abuso il riscontro di fratture pregresse può essere un utile elemento per suffragare tale ipotesi.

Negli ultimi anni la sensibilità dell'indagine diagnostica è sensibilmente migliorata (TAC, RMN, scintigrafia ossea, ecografia) mentre la specificità diagnostica rimane legata alla capacità di comprendere quando e come quella lesione si è verificata.

Un'indagine radiologica routinaria è utile nei soggetti sotto l'anno di età con segni di neglect e deprivazione e nei soggetti sotto i due anni che hanno evidenza clinica di abuso; nei bambini più grandi l'approccio deve essere più selettivo. È necessario evitare l'esecuzione di Rx scheletro in toto in quanto vi sono aree di sottoesposizione e sovraesposizione. Un'inerente distorsione geometrica produce una diminuita risoluzione con aumentata distanza dal centro del campo. Ciò risulta in un oscuramento della architettura metafisaria che è sito di lesione patognomica per l'abuso.



La deviazione del raggio e il largo campo di esposizione comporta una proiezione obliqua piuttosto che tangenziale del piano di crescita limitando la possibilità di diagnosi. Il ruolo della scintigrafia è controverso. Le limitazioni diagnostiche riguardano: le fratture metatarsali, le fratture simmetriche, l'impossibilità di definire epoca e tipo di frattura, la relativa scarsa sensibilità nell'evidenziare fratture del cranio e dei corpi vertebrali. Essa rappresenta un esame di seconda istanza (utile ad esempio nelle fratture

indagini, propongono di utilizzarle entrambe quale test nei casi di sospetto abuso: eseguire lo "screening" con l'indagine radiologica e se la stessa è negativa e il sospetto di abuso è fondato indagare con la scintigrafia.

I vantaggi della scintigrafia deriverebbero dalla possibilità di documentare la frattura in una fase più precoce (24-48 ore) e potrebbe persistere positiva per anni. Nella *tabella 3* sono espone le proiezioni più indicate nei sospetti di abuso.



costali). Uno studio relativo a bambini con sospetto di abuso o neglect sottoposti ad indagine radiologica e/o scintigrafica dimostra che nel 12% dei casi non si sarebbe evidenziata la frattura se non si fossero eseguite entrambe le indagini. In particolare va rilevata una incidenza di

#### Abuso o osteogenesis imperfecta?

Non sempre è facile distinguere l'abuso dalla OI sulla base dell'aspetto delle fratture sia perché fratture tipiche dell'abuso (metafisarie, fratture costali...) sono presenti anche nell'OI sia perché segni importanti di quest'ultima (osteopenia, ossa wormiane) non sempre sono presenti. La storia non sempre aiuta; minimi traumi causano la frattura e quindi la storia che non sembrerebbe plausibile lo è nei fatti. L'osteogenesis imperfecta comprende un gruppo di disordini caratterizzati da frequenti fratture e altre manifestazioni cliniche, aventi come base un'anomalia del collagene di *tipo I*. Vi sono quattro forme di malattia:

*tipo I*: 80% di tutti i soggetti affetti (1:30.000 nati vivi). Autosomica dominante; i bambini affetti hanno quasi sempre sclere blu, sono di bassa statura. Vi

può essere una storia familiare di ipoacusia per otosclerosi e l'ipoacusia si può verificare nel 40% dei casi. Possono avere sesamoidi del cranio (wormiane) e dentinogenesis imperfecta. È la forma più lieve di malattia con meno fratture e deformità rispetto alle altre forme. Deve essere posta in diagnosi differenziale rispetto all'abuso (anche se le sclere blu sono frequenti!);

*tipo II*: è la forma severa e sovente determina il decesso in epoca perinatale. Autosomica dominante; 1:62.000 nati vivi. Fratture multiple e sclere blu sono presenti alla nascita. Non può essere quindi confusa con l'abuso;

*tipo III*: è infrequente, simile al tipo II con severo progressivo coinvolgimento delle ossa e risultanti deformità. Può essere autosomica dominante. Le sclere possono o non essere blu. La sordità è comune e può esservi dentinogenesis imperfecta;

*tipo IV*: è estremamente rara. È caratterizzata da osteopenia che comporta una fragilità ossea di variabile severità. Può essere autosomica dominante. Non è solitamente associata con sclere blu o difetti di udito. Quasi sempre presenti ossa wormiane e dentinogenesis imperfecta. Deve essere posta in diagnosi differenziale rispetto all'abuso. L'analisi biochimica del collagene serve per confermare la diagnosi (l'87% degli affetti ha una anomalia del procollagene del *tipo I* di collagene). La diagnosi di OI non esclude di per sé l'esistenza di un concomitante abuso (come in tutti i casi di malattia cronica). Se è importante la diagnosi di abuso (visitare attentamente ogni bambino di età inferiore ai due anni anche con frattura singola), altrettanto importante è evitare di definire come abuso un caso che non lo è (non solo alta sensibilità ma anche alta specificità). Il ruolo del pediatra nella diagnostica delle fratture può così essere riassunto:

- raccogliere una attenta anamnesi sulla dinamica della frattura. In particolare porre attenzione a: ritardato ricorso alle cure mediche, reticenze nel raccontare la dinamica dell'accaduto, incongruenze nella storia da parte dei diversi testimoni, dinamica non compatibile con le capacità motorie del bambino;

tab. 3

#### Indagini radiologica per sospetto di abuso fisico

Cranio	Proiezione frontale e laterale (la laterale deve includere il rachide cervicale)
Rachide	Proiezione laterale toraco-lombare. La proiezione frontale deve essere compresa nei radiogrammi del torace e del bacino
Torace	Proiezione frontale (adeguato kilovoltaggio in modo da visualizzare l'arco posteriore delle coste) e il rachide lombare superiore
Estremità	Superiori: proiezione frontale, deve includere spalla e mano Inferiore: proiezione frontale, deve includere rachide lombare, pelvi e piedi

"falsi negativi" di fratture costali all'indagine radiologica e di fratture metafisarie a quella scintigrafica. Alcuni autori, vista la relativa bassa sensibilità delle



- porre l'abuso in diagnosi differenziale;
- evitare di confondere i fattori di rischio (famiglia multiproblematica, tossicodipendenza dei genitori, ...) con il nesso di causalità;
- prescrivere gli accertamenti necessari qualora si ipotizzi la possibile esistenza di abuso. *La tabella 4 riassume alcuni degli elementi di conoscenza riportati nei paragrafi precedenti. Il ruolo del pediatra può infine essere di ausilio in caso di accertato abuso da parte di altri operatori evidenziando eventuali pregresse fratture (ad esempio costali) che possano evidenziare o meno la cronicità dell'abuso.*

**Bibliografia**

Carty HML. Fractures caused by child abuse; *J Bone Joint Surg (Br)* 1993;75-B:849-857

Chapman S. The radiological dating of injuries. *Arch Dis Child* 1992; 67:1063-1065

Feldman KW, Brewer DK. Child abuse, cardiopulmonary resuscitation and rib fractures. *Pediatrics* 1984; 73:339-342

Gahagan S, Rimsza ME. Child abuse or osteogenesis imperfecta: how can we tell? *Pediatrics* 1991;88:987-992

Hobbs CJ. Fractures. ABC of Child Abuse. *BMJ* 1989;298:1015-1018

Jaude PK. Comparison of radiography and radionuclide bone scanning in the detection of child abuse. *Pediatrics* 1984;73:166-168

Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Ped Clin North Am* 1990;37:4:791-814

Kleinman PK, Zito JL. Avulsion of the spinous processes caused by infant abuse. *Radiology* 1984;151:389-391

Kleinman PK, Marks SC, Blackbourne BD. The metaphyseal lesion in abused infants. A radiologic-histopathologic study. *AJR* 1986;146:895-905

Kleinman PK, Marks SC, Adams VI, Blackbourne BD. Factors affecting visualization of posterior rib fractures in abused infants. *AJR* 1988;150:635-638

Kleinman PK, Blackbourne BD, Marks SC, Karellas A, Belanger PL. Radiologic contribution to the investigation and prosecution of cases of fatal infant abuse. *New Engl J Med* 1989; 320: 507-511

Kleinman PK, Marks SC, Spevak MR, Belanger PL, Richmond JM. Extension of growth plate cartilage into the metaphysis: a sign of healing fracture in abused infants. *AJR* 1991;156:775-779

Kleinman PK, Belanger PL, Karellas A, Spevak MR. Normal metaphyseal variants not to be confused with findings of infant abuse. *AJR* 1991;156:781-783

Kleinman PK, Spevak MR. Variations in acromial ossification simulating infant abuse in victims of sudden infant death syndrome *Radiology* 1991;180:185-187

Leventhal JM, Thomas SA, Rosenfield NS, Markowitz RI. Fractures in young children. Distinguishing child abuse from unintentional injuries. *AJDC* 1993; 147: 87-92

Merten DF, Carpenter BLM. Radiologic imaging of inflicted injury in the child abuse syndrome. *Ped Clin North Am* 1990;37,4:815-829

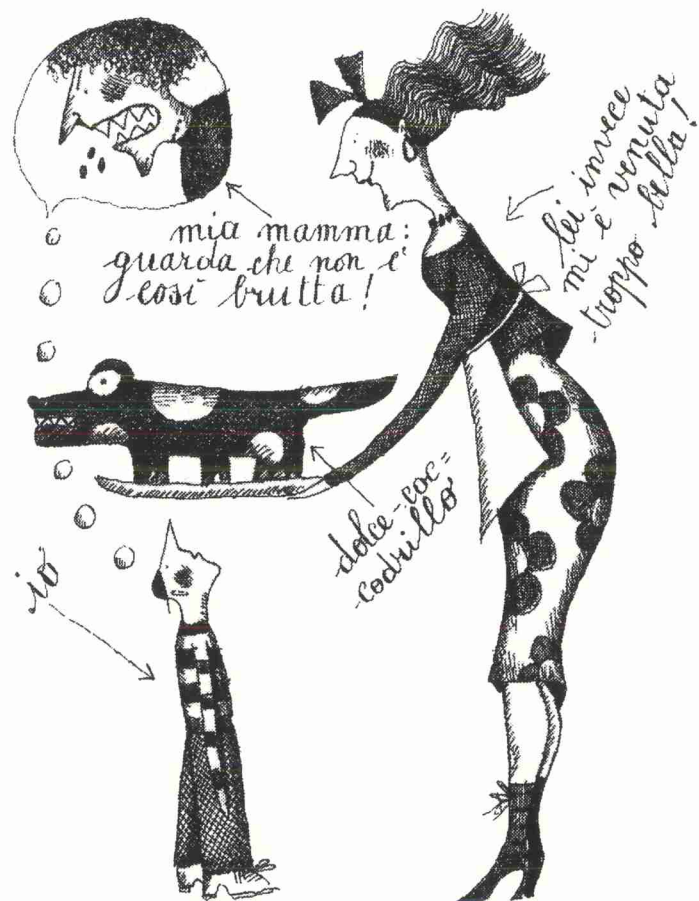
Strait RT, Siegel RM, Shapiro RA. Humeral fractures without obvious etiologies in children less than 3 years of age. When is it abuse? *Pediatrics* 1995;96:667-671

Taitz LS. Child abuse and osteogenesis imperfecta. *BMJ* 1987;295:1082-1083

Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children. A comparative study. *BMJ* 1986;293:100-102

tab. 4

Sospetto di abuso	Probabile lesione accidentale
Non vi è storia di accidente ma di riscontro di lesione (gonfiore, impotenza funzionale)	Frattura della clavicola
La lesione è più severa rispetto alla storia di una caduta minore	Frattura della estremità distale in bambini maggiori di un anno di vita
Una frattura di radio-ulna, tibia-fibula o femore nel primo anno di vita	Frattura omerale sopracondilare
Una frattura metafisaria o del corpo dell'omero	Frattura del femore in bambini che hanno più di un anno di età e che camminano





# Le encefalopatie spongiformi umane (malattie da prioni)

Carlo Masullo

Istituto di Neurologia, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 51-54

Le Encefalopatie Spongiformi Umane (ESU) o malattie da prioni dell'uomo sono forme morbose cerebrali di tipo degenerativo a esordio subacuto e a decorso progressivo con una durata di mesi o anni e ad esito invariabilmente fatale. Le caratteristiche eziopatogenetiche delle ESU sono state soltanto parzialmente definite. Gli aspetti definiti hanno permesso fino a pochi anni fa di individuarle sulla base delle caratteristiche lesioni neuropatologiche da cui è derivato il termine di spongiformi. Appartengono al gruppo delle ESU la malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ), la sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker (SGSS), la Fatal Familial Insomnia (FFI) e il Kuru. Questo gruppo di malattie sono trasmissibili, genetiche e rientrano nelle amiloidosi cerebrali. Negli ultimi anni queste malattie sono state riconosciute come apparentate anche perché contraddistinte dalla presenza a livello del tessuto nervoso di una proteina invariabilmente riscontrabile in tutti i soggetti affetti da questo gruppo di malattie distinta con il nome di *prion protein* da cui il termine improprio italianizzato di prione. Si tratta di una proteina a struttura di tipo amiloide il cui peso molecolare è di 27-30 kDa. Questa proteina è altamente omogenea nella sua distribuzione filogenetica e ha funzioni fisiologiche che non sono state ancora chiarite; questa proteina, nella sua forma di precursore normale della proteina patologica, è sensibile all'effetto denaturante di enzimi proteolitici quali la proteinasi K, mentre il suo analogo che si accumula sotto forma di struttura amiloidea nel sistema nervoso di soggetti affetti dalle ES è resistente all'effetto della proteinasi K e, pertanto, non si idrolizza in sua presenza; da ciò deriva la terminologia recente di *PrPsen*, cioè *sensible*, a indicare il precursore fisiologico e di *PrPres*, cioè *resistant*, a indicare la trasformazione della proteina in patologica e pertanto resistente a i trattamenti proteolitici. Una importante particolarità di queste malattie è la loro analogia

con un gruppo di malattie di interesse veterinario (scrapie della pecora, encefalopatia spongiforme bovina) che sostiene l'ipotesi di una zoonosi all'origine di queste malattie umane. Tale ipotesi è legata alla possibilità di trasmissione sperimentale di queste malattie attraverso l'inoculazione di tessuto cerebrale di soggetti affetti in animali di laboratorio. Tale trasmissibilità avviene in certe condizioni e non è la regola, ma lascia spazio all'ipotesi di un agente esogeno (di tipo virale non convenzionale) come responsabile di queste malattie. Le ESU sono malattie rare: la MCJ, la più frequente di questo gruppo, ha un'incidenza annuale inferiore a un caso per milione di abitanti. Questa malattia è distinta in una forma familiare, una forma sporadica e una iatrogena. A proposito di quest'ultima forma va ricordato il problema dei casi di MCJ conseguenti a somministrazione cronica di ormone somatotropo di estrazione cadaverica umana che ha provocato circa 50 casi di MCJ iatrogena in bambini affetti da nanismo ipofisario (vedi dopo). Tale drammatica emergenza è stata superata dall'uso di ormone somatotropo di origine sintetica.

## Forma Sporadica della MCJ

La MCJ è una malattia nota dagli anni venti. I dati epidemiologici italiani sono stabili nel tempo; nel triennio 1993-1995 l'incidenza è stata pari a 0.7 casi/milione di popolazione/anno e le fasce di età più colpite sono state quelle comprese tra 60-69 e 70-79 anni. La sua distribuzione sul territorio nazionale ha qualche disomogeneità legata probabilmente alla presenza su singoli territori regionali di strutture neurologiche qualificate ed al loro stato di sensibilizzazione rispetto alla malattia (vedi dati sulle segnalazioni dei casi di MCJ al Registro nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per gli anni 1993-96). La malattia si presenta come una sindrome demenziale associata a segni neurologici focali (che possono interessare il sistema



piramidale, extrapiramidale, cerebellare, visivo); il quadro clinico demenziale è associato a disturbi dell'andatura e della stazione eretta, a disturbi visivi di tipo centrale (cecità corticale), a disturbi del movimento di tipo coreico e/o distonico e alla presenza di caratteristiche mioclonie localizzate al volto e alla muscolatura assiale e degli arti; in aggiunta a questi principali aspetti clinici si deve verificare la presenza di un tracciato EEG grafico caratteristico (onde ipersincrone bi-trifasiche ritmiche ricorrenti in modo continuo e correlate con l'attività mioclonica oppure da "bursts" di onde ipersincrone che possono non assumere una frequenza ritmica). Quando questi elementi clinico-strumentali sono presenti la diagnosi clinica di MCJ è abbastanza facile perché la loro capacità correlativa è stata più volte confermata in diversi studi; il problema si pone in tutti quei casi in cui ci si discosta sia sul piano clinico che strumentale da tali dati. Bisogna considerare che la forma classica sporadica della MCJ presenta circa un 75-80% di casi in cui gli aspetti suddetti si trovano verificati; nel restante 20-25% di casi si pone il problema di avere strumenti diagnostici ulteriori per la conferma clinica della diagnosi di MCJ; allo stato attuale le più promettenti aspettative sono riposte sulla ricerca di una proteina liquorale, la 14-3-3, che sembra altamente specifica per questa malattia. Tuttavia, finora, la conferma diagnostica della MCJ rimane legata alla neuropatologia sia con il tradizionale studio in microscopia ottica e ultrastrutturale delle caratteristiche lesioni della malattia (spongiosi del neuropilo, astrocitosi reattiva, perdita neuronale, positività immunostochimica per la PrPres, presenza di SAF-Rods) sia con tecniche immunoelettroforetiche applicate al tessuto nervoso con la messa in evidenza della PrPres. L'acquisizione di tessuto cerebrale per via biptica è poco consigliabile sia perché non è sempre in grado di verificare la presenza della PrPres (infatti la sua distribuzione e concentrazione cerebrale non è uniforme) sia perché alla biopsia si associano i problemi, di non sempre facile soluzione, della corretta decontaminazione degli strumenti utilizzati per l'intervento neurochirurgico. A proposito della forma sporadica della

MCJ, va rilevato che l'anno scorso è stato descritto un gruppo di casi ad esordio giovanile con aspetti clinici, strumentali e neuropatologici particolari che sono stati osservati nel Regno Unito e che sono stati sospettati di relazione con l'epidemia di Encefalopatia Spongiforme Bovina o cosiddetta "malattia della mucca pazza". Questi casi sono stati raggruppati con il termine di nvCJD vale a dire new variant of Creutzfeldt-Jakob Disease. Tale gruppo di casi si discosta fortemente da quelli classici di MCJ essendo caratterizzati da un esordio con disturbi disestesici-parestesici, da un decorso piuttosto lungo, dall'incostante presenza di mioclono e da reperti eegrafici non tipici per la MCJ classica (vale a dire senza la caratteristica presenza di complessi trifasici periodici punta-onda ad 1-2 c/s). Inoltre si tratta di casi verificatisi in soggetti con età di insorgenza molto inferiore (mediana: 28 anni) a quella in cui classicamente la malattia esordisce (mediana: 68 anni). Questi casi di nvCJD si possono definire secondo i seguenti criteri diagnostici:

**1. Disturbo neuropsichiatrico progressivo:** durata della malattia superiore a 6 mesi.

Non viene suggerita nessuna alternativa diagnostica dagli esami strumentali di routine e l'anamnesi patologica remota è negativa per esposizione a potenziali fattori di rischio iatrogeno per la malattia; vi è assenza di alterazioni (mutazioni) a livello del gene PRNP.

**2. Caratteristiche cliniche:**

sintomi di tipo psichiatrico all'esordio, parestesie/Disestesie persistenti, atassia, mioclono o corea, demenza, mutismo acinetico.

**3. Indagini diagnostiche:**

EEG alterato ma "atipico" per MCJ, risonanza magnetica con iperintensità a livello dei talami, esame del liquor: ricerca immunoelettroforetica positiva per la proteina 14-3-3.

**4. Diagnosi definitiva:**

Disturbo neuropsichiatrico progressivo, Conferma neuropatologica della diagnosi di nvCJD.

**4.1 Diagnosi probabile:**

I e 5/6 delle caratteristiche cliniche ed EEG alterato ma "atipico" e reperto RM o positività liquorale per 14-3-3.

**4.2 Diagnosi possibile:**

I e 4/6 caratteristiche cliniche ed EEG alterato ma "atipico".

Con questi criteri finora sono stati individuati quindici casi nel Regno Unito e un caso in Francia.

Attualmente è in corso un'azione coordinata di sorveglianza epidemiologica a livello europeo per verificare l'andamento dei casi di MCJ e l'incidenza di casi diagnosticabili come nvCJD.

#### **Forma Familiare della MCJ**

Stimata circa il 10-15% dei casi di MCJ, è spesso caratterizzata da un esordio più precoce con un'età media di insorgenza inferiore a i 50 anni; il meccanismo di trasmissione autosomico dominante riscontrato nelle famiglie in cui è stata possibile stabilire la trasmissione geneticamente determinata giustifica la tendenza all'anticipazione della sua manifestazione fenotipica di generazione in generazione.

La forma familiare della MCJ è legata, per la maggior parte, a mutazioni puntiformi all'interno della struttura del gene PRNP che codifica l'espressione della proteina PrP; sono, tuttavia, state riportate anche inserzioni patologiche e delezioni il cui preciso significato patologico rimane non definito.

L'interesse di queste forme familiari è soprattutto legato agli aspetti fenotipici particolari che alcune mutazioni patogene determinano rispetto alle caratteristiche della forma sporadica; ad esempio, la mutazione PRNP 178asn determina una significativa più precoce età di insorgenza della malattia, quasi sempre associata ad un esordio insidioso con disturbi della memoria, ad una più lunga durata clinica della malattia e all'assenza del caratteristico tracciato EEG grafico.

Un altro aspetto rilevante della genetica molecolare relativa al gene PRNP è il polimorfismo della posizione 129 che sembra giocare un ruolo anche nella forma sporadica ed in quella iatrogena della malattia. Questo polimorfismo risul-



dalla sostituzione di una base con un'altra (A→G) a livello della prima posizione del codone 129 che corrisponde a una sostituzione nella struttura della proteina PrP di una metionina con una valina; la distribuzione genotipica del polimorfismo del codone 129 nella MCJ differisce dalla rispettiva popolazione di controllo. Ad esempio, nei casi di MCJ sporadici italiani, vi è un eccesso di omozigoti ma la differenza è strettamente legata a una preponderanza dell'allele metionina rispetto a quello della valina.

Divergenze rispetto alla popolazione di controllo sono state riscontrate anche in Giappone, nel Regno Unito, in Francia e negli USA; quest'aspetto potrebbe giocare un ruolo nella predisposizione individuale alla malattia nella sua forma sporadica.

#### Forma Iatrogena della MCJ

Questa forma è stata rilevata, per la prima volta, descrivendo un caso di MCJ avvenuto in un paziente sottoposto a trapianto di cornea prelevata da un paziente che più tardi venne diagnosticato come affetto da MCJ; da allora esiste la cosiddetta forma iatrogena della MCJ che ha purtroppo determinato un certo numero di casi di MCJ originati da diverse pratiche mediche tra cui la somministrazione prolungata di ormone della crescita di tipo estrattivo (da ipofisi umane cadaveriche) a soggetti in età pediatrica affetti da panipopituitarismo. Tali casi sono stati descritti soprattutto negli Stati Uniti e in Francia dove esiste un Registro nazionale per questa forma iatrogena di MCJ e che sono attualmente circa cinquanta.

Questi soggetti hanno progressivamente sviluppato una patologia neurologica generalmente caratterizzata da atassia del tronco, segni cerebellari, rallentamento ideo-motorio con un andamento lentamente peggiorativo fino all'exitus. Sul piano neuropatologico le lesioni caratteristiche della MCJ sono state prevalentemente descritte a carico delle strutture troncoencefaliche.

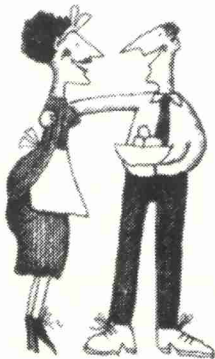
In Italia non vi sono state segnalazioni di casi di MCJ iatrogena da ormone somotropo contaminato con l'agente responsabile della MCJ; purtroppo, è necessario che i pediatri tengano presente l'eventua-

lità che una sintomatologia neurologica a esordio subacuto e a decorso progressivo possa essere messa in rapporto con una patologia neurologica tipo MCJ soprattutto trovandosi di fronte un soggetto in età pediatrica che presenti sintomi di tipo atassico-cerebellare con incoordinazione motoria e difficoltà nella deambulazione e nel controllo della stazione eretta.

Il potenziale coinvolgimento dei soggetti in età pediatrica è stato ora rinnovato dall'allarme legato alla nvCJD di cui si è già parlato proprio perché se si ammette che sia possibile contrarre la MCJ per via orale attraverso il consumo di derivati bovini contaminati con l'agente responsabile della Encefalopatia Spongiforme Bovina, è purtroppo possibile che anche soggetti in età pediatrica possano essere stati esposti a tale rischio e che possano presentare, anche dopo un lungo periodo di incubazione, i sintomi di tale malattia. Su questa possibilità è stato scritto più volte su *quaderni acp*.

#### Sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker (SGSS)

È una forma genetica di Encefalopatia Spongiforme dell'uomo caratterizzata da un'estrema rarità; si tratta di una forma a ereditarietà di tipo autosomico-dominante; l'esordio clinico avviene tra seconda e quinta decade di vita con atassia della marcia e disturbi cerebellari di tipo globale, segni piramidali, extrapiramidali e, in fase tardiva, deterioramento intellettivo; la durata clinica è compresa tra due e dieci anni; le alterazioni neuropatologiche macroscopiche sono caratterizzate da atrofia del verme e degli emisferi cerebellari e, all'osservazione microscopica, da



depositi amiloidei mono e multi-centrici nella corteccia cerebellare e cerebrale con presenza di modesta spongiosi del neuropilo a livello della corteccia cerebrale. Attualmente, sulla base delle diverse alterazioni genetiche a carico del gene PRNP (mutazioni puntiformi ed inserzioni) possiamo distinguere diversi fenotipi clinico-patologici di SGSS.

#### Fatal Familial Insomnia (FFI)

Si tratta di un'entità morbosa ad andamento familiare molto rara (sono state descritte finora sette famiglie nel mondo) caratterizzata da un grave disturbo del sonno associato a una marcata disautonomia con una neuropatologia caratterizzata da una prevalente lesione degenerativa di alcuni nuclei del talamo. I sintomi principali sono in relazione con il ciclo del sonno che risulta completamente destrutturato, con un'insonnia persistente e resistente al trattamento con le benzodiazepine ipnotiche e ai barbiturici, con presenza sempre più costante di stati sognanti e fenomeni allucinatori cui subentrano nella fase terminale della malattia stato stuporoso e coma. I disturbi della sfera cognitiva riguardano soprattutto la memoria cosiddetta di lavoro, l'attenzione e le capacità visuo-percettive.

La disfunzione autonoma si manifesta con profusa sudorazione, tachicardia, ipertermia, ipertensione arteriosa, attività respiratoria irregolare.

Sul piano motorio, vi sono segni piramidali, atassia, disartria e disfagia, attività mioclonica spontanea e provocata. Le indagini strumentali più utili sono la registrazione polisonnografica che dimostra una marcata riduzione o una completa perdita dell'architettura normale del sonno e alcune indagini ormonali connesse alla grave disautonomia. Sul piano genetico si tratta di una forma caratterizzata da una mutazione patogena a livello della posizione 178 del gene PRNP, ma tale alterazione è stata associata ad un polimorfismo Met/Met a livello della posizione 129 dello stesso gene che controllerebbe l'espressività fenotipica della malattia.



**Kuru**

Questa malattia è cronologicamente la prima di cui fu dimostrata la trasmissibilità sperimentale e fu clinicamente descritta nel 1957 osservando una popolazione primitiva indigena di lingua *Fore* della regione Papua-Nuova Guinea. Colpiva prevalentemente i bambini e le donne ed era clinicamente caratterizzata da una progressiva instabilità nel mantenere la stazione eretta e nel deambulare configurandosi come una grave atassia cerebellare, disartria, tremori scuotenti, movimenti involontari di tipo coreo-atectico, progressiva incapacità motoria associata a scadimento delle condizioni generali fino all'exitus in meno di un anno dall'esordio.

Non sono mai stati chiaramente evidenziati segni clinici di deterioramento intellettuale che, invece, sono costantemente presenti nella MCJ.

L'esatta origine della malattia non è stata definita anche se è verosimile che il cannibalismo rituale funerario, che era praticato in quella popolazione, potrebbe essere stato all'origine della diffusione della malattia all'interno di quella popolazione indigena.

È certo che dall'epoca in cui tale pratica rituale fu drasticamente ridotta fino alla sua totale scomparsa, i casi di Kuru sono andati progressivamente riducendosi; nel 1982 furono registrati soltanto dodici decessi per kuru e i pazienti affetti dalla malattia avevano tutti un'età superiore ai trenta anni.

Pertanto la malattia si può considerare come virtualmente estinta.

**Bibliografia**

Brown P. Transmissible Human Spongiform Encephalopathy (Infectious Cerebral Amyloidosis): Creutzfeldt-Jakob Disease, Gerstmann-Straussler-Scheinker Syndrome, and Kuru. In: Neurodegenerative Diseases, a cura di D.B. Calne, W. B. Saunders editore, Filadelfia, 1994;839-876

Masullo C. Le infezioni virali lente da agenti trasmissibili non convenzionali (Encefalopatie Spongiose Subacute). In: Le infezioni virali del sistema nervoso centrale, a cura di G. Macchi, Monduzzi editore Bologna, 1995;173-207

Prusiner S. B. The prion diseases. *Sci Am.*, 1995;272:30-37

Will R.G., Ironside J. W., Zeidler M. et al. A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK. *Lancet* 1996;347:921-925

**PER GIOCO?**

Mica tanto!

In una prestigiosa rivista scientifica si è discusso un problema etico/economico che riassumiamo per i nostri lettori.

In un'azienda USL, che agisce per centri di costo e per budget, si discute di un gruppo di malati che possono essere trattati con due terapie: A e B.

I sostenitori della medicina basata sulle prove (*evidence based medicine*) ritengono che la scelta della terapia deve essere basata sulla efficacia degli interventi valutata dalla sistematica consultazione della letteratura.

Supponiamo che A consenta cinque anni di salute, o comunque di vita di buona qualità, e che invece B consenta dieci anni di salute.

Chi opera sulla base della medicina basata sulle prove *dovrebbe scegliere, per il proprio paziente, la terapia B perché più efficace (efficace il doppio) di A.*

Se però si aggiunge che A costa Lit. 3.000.000 e B costa Lit. 20.000.000 il calcolo dice che A costa Lit. 600.000 per anno/salute e B costa Lit. 2.000.000 per anno/salute.

Quindi B consente i secondi cinque anni/salute al costo differenziale di Lit 17.000.000 (costo B meno costo A).

In termini di valore monetario, quindi, A è più costo/efficiente di B: 600.000 vs 2.000.000.

Il discorso si complica ancora di più perché l'Azienda USL lavora su budget e ha destinato un budget di Lit. 90.000.000 per anno al trattamento della patologia in questione. A una valutazione costo/efficacia per un budget di 90.000.000 la terapia A consente 150 anni/salute e la terapia B ne consente 45.

A quindi consente alla popolazione generale dell'Azienda 105 anni/salute in più rispetto a B.

E se le risorse sono limitate rispetto ai bisogni l'Azienda non può non tenere conto di questo calcolo.

*Una visione comunitaria del problema basata sulla medicina delle prove dovrebbe perciò fare scegliere A.*

Che ne pensano i nostri lettori?

**CONTRACCETTIVI EFFICACI**

My wife frequently points out that the Internet is the most effective form of contraception yet devised.

*A keen internet surfer*

*(The British Journal of Healthcare Computing & Information Management 1996;13:31)*

**I PRIMARI?**

Un poco più eguali

Lancet scrive questo commento sul nuovo ordinamento organizzativo degli ospedali italiani.

Hospital doctors, hitherto stratified within the pyramidal traditional tripartite structure consisting of primario (unit head), aiuto (senior staff) ed assistente (junior - and very often no longer junior - staff) were reclassified into two categories with Orwellian overtones. The unit head is now the second level. All the rest form the first level.

All are equal, although some more equal than others (*Lancet* 1997;349:783).





ti a rischio negli adolescenti sono presenti in relazione inversa al livello socio-economico. Sono necessari quindi programmi di comunità e scolastici di prevenzione soprattutto per gli adolescenti socialmente ed economicamente svantaggiati.

**6. Does home visiting prevent childhood injury ? A sistematic review of randomised controlled trials.**

*I. Roberts, M. S. Kramer, S. Suissa. B. M. J. 1996;1:12, 29*

I programmi di visite domiciliari sono considerati utili nel migliorare lo stato di salute dei bambini con marginalità sociale.

Questo studio di metanalisi svolto da autori canadesi ha l'obiettivo di quantificare l'efficacia dei programmi di visite domiciliari nella prevenzione degli incidenti nell'infanzia. Sono stati rivisti 11 trials randomizzati con una popolazione infantile complessiva di 3.433. Il lavoro di metanalisi dimostra che i programmi di visite domiciliari da parte di assistenti sanitarie riducono significativamente il numero di incidenti nell'infanzia.

**7. Self-Perceived Health status and inequalities in Use of health services in Spain.**

*Karoline Fernandez de la Hoz and David a Leon. International Journal of Epidemiology 1996;25,3:593*

L'obiettivo dello studio è quello di analizzare quanto le differenze socio-economiche sono associate a un differente uso dei servizi sanitari, assumendo che la misura del bisogno sia la percezione soggettiva del proprio stato di salute.

I dati sono stati ottenuti dallo "Spanish National Health Survey" (29.645 persone con età superiore a 16 anni, 0.07% circa della popolazione generale). La posizione socio-economica è stata misurata considerando il livello di istruzione e il reddito familiare. L'utilizzazione dei servizi sanitari è stata misurata considerando la prevalenza del consulto di un medico nelle due settimane prima dell'intervista e un ricovero ospedaliero negli ultimi 12 mesi. Dopo standardizzazione per l'età, è stata

ritrovata un'associazione inversa tra livello di istruzione e uso dei servizi sanitari (sia il consulto di un medico che il ricovero ospedaliero). Un risultato del tutto differente si è ottenuto quando è stata considerata l'associazione tra posizione socio-economica e utilizzo dei servizi sanitari corretto con il livello di salute percepito. La proporzione di individui che riportano cattiva o pessima salute nel gruppo con più basso livello di istruzione è oltre cinque volte maggiore rispetto al gruppo a più alto livello di istruzione. Un pattern inverso si ritrova per coloro che riportano un buono stato di salute. Tra coloro che riferiscono una condizione di salute non buona o pessima (8%), il gruppo con più alto livello di istruzione mostra una più alta probabilità sia di consultare un medico che di accedere all'ospedale, rispetto a quelli con più basso livello di istruzione. Lo stesso risultato si ha per il reddito familiare. La conclusione è che tra i soggetti con riferito scarso livello di salute, quelli con maggiore reddito e istruzione utilizzano di più i servizi.

**8. Factors affecting treatment compliance in amblyopia.**

*Smith L. K., Thompson J. R., et al. J. Pediatr. Ophthalmol Strabismus 1995;32(2):98*

Gli autori hanno studiato la compliance al trattamento ortottico in 961 bambini con ambliopia. Solo il 41% dei bambini con deprivazione sociale avevano avuto una buona compliance contro il 61% dei bambini con buon livello socio-economico. La compliance non era relativa all'età di inizio del trattamento.

**9. Social Deprivation and age at presentation in Amblyopia.**

*Smith L. K., Thompson J. R., et al. J. Public Health Med. 1994;16(3):348*

È stata studiata una coorte storica di 897 bambini con ambliopia, ritrovando una stretta associazione tra ritardo nella consultazione di un oculista (circa 22 mesi) e residenza in aree socialmente marginali. Gli autori concludono che se uno screening per l'ambliopia deve essere fatto,

deve essere data priorità ai bambini che vivono in aree socialmente degradate.

**10. Maternal Factors and Child's Health care use.**

*Watson J. M., Kemper K. J. Soc. Sci. Med. 1995;40(5):623*

Lo studio ha riguardato 202 famiglie negli USA, con bambini in età prescolare, che fanno riferimento a un centro ospedaliero che serve una città povera. L'ipotesi era che i problemi psicosociali delle madri (tossicodipendenza, depressione, scarsi aiuti sociali) fossero associati a un aumento delle visite mediche, dell'uso dei servizi di emergenza ospedalieri, delle visite per incidenti e infine da un ritardo nelle vaccinazioni. I risultati dello studio indicano che esiste una stretta associazione tra i fattori psico-sociali considerati e l'uso dei servizi sanitari.

**11. Linking Clinical and Public Approaches to improve Access to Health Care for Socially Disadvantaged Mothers and Children.**

*P. A. Margolis, C. M. Lannon, et al. Arch. Pediatr. Adolesc Med. 1996;150:815*

Si tratta di uno studio di fattibilità e di efficacia di un intervento di integrazione tra cure mediche ospedaliere e intervento socio-sanitario territoriale comprendente visite domiciliari da parte di assistenti sanitarie, per madri e bambini a rischio sociale. Sono stati reclutati in questo trial randomizzato 93 donne prime-gravide al 3° trimestre, socialmente svantaggiate, e i loro neonati. Le donne sono state assegnate a tre diversi tipi di trattamento: il primo gruppo riceveva, oltre alle cure usuali, visite domiciliari ogni 1-2 settimane da parte delle assistenti sanitarie e interventi ambulatoriali, il secondo gruppo riceveva solo cure ambulatoriali, il terzo gruppo solo le cure usuali. La visita domiciliare provvedeva



all'educazione sanitaria dei genitori e al supporto sociale, e metteva in contatto le famiglie con le risorse comunitarie.

I risultati sono che le famiglie del 1° gruppo hanno avuto una visita prenatale da parte del pediatra, hanno utilizzato l'ambulatorio come regolare risorsa per i problemi sanitari con minor tempo di attesa e hanno ricevuto più facilmente materiale informativo.

## 12. Welfare Reform and Children's Health

P. L. Geltham, A. F. Meyers, J. Greenberg, B. Zuckerman

Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1996; 150: 384

È un articolo di commento generale fatto da pediatri (membri per altro del "Family Advocacy Program") alle proposte di riforma dello Stato Sociale negli USA.

Secondo gli autori l'attuale dibattito è concentrato più sui comportamenti della famiglia che non sulle conseguenze che la riduzione degli aiuti alle famiglie con basso reddito avrebbe sulla salute e sul benessere dei bambini.

La proposta di contrazione del Welfare State, che può essere sintetizzata nella sigla PRA (Personal Responsibility Act), fonda la sua politica sulla responsabilità dei comportamenti individuali, piuttosto che sulla struttura sociale.

Viene proposta la riduzione dei limiti temporali dei benefici dopo cinque anni, con l'opportunità per i vari Stati di farlo dopo due anni, la riduzione dei diversi program-

mi di aiuto alla povertà, quali quelli di integrazione alimentare per i bambini e le gravide e altro ancora. Viene ricordato, di contro dagli autori come i bambini di famiglie a basso reddito (b.r.) sono a più alto rischio di esposizione a condizioni di vita che producono effetti avversi sulla salute e sono più suscettibili ai danni di questa esposizione.

Le infezioni da citomegalovirus esemplificano questa relazione: i bambini di famiglie a b.r. contraggono più facilmente degli altri una infezione congenita e più facilmente soffrono degli effetti avversi, quali il ritardo mentale. Nella *tabella 1* qui di seguito vengono mostrati i rischi più

Tab. 1 Select Health Outcomes and Relative Risk (RR) for Low-Income Families Compared with High-Income Families

Outcome	RR
Child neglect	9
Child abuse	4.5
Iron deficiency anemia	4-3
Childhood mortality	> 3
Fair or poor health	3
Fatal injuries	2-3
Growth retardation	2.5
Severe asthma	2
Pneumonia	1.6
Infant mortality	1.3-1.5
Low birth weight	1.2-2.2
Extreme behavioral problems	1.3
Mild mental retardation	more likely

comuni dei bambini a rischio sociale (l'articolo ha 64 voci bibliografiche).

D'altra parte gli autori affermano che l'accesso alle cure primarie, che possono contribuire a migliorare molti degli effetti avversi nei bambini, è ridotto per le famiglie a b.r., a causa di problemi di trasporto, culturali, linguistici ecc.; inoltre a causa del basso livello di istruzione delle famiglie è minore la compliance rispetto alle prescrizioni preventive e terapeutiche. Nel 1994, solo il 75% di tutti i bambini di età tra 19 e 35 mesi hanno ricevuto le dosi raccomandate di D, T, P, Polio, Morbillo. Nonostante il complessivo aumento della copertura, persistono differenze tra i bambini di famiglie a b.r. e gli altri.

Negli USA il 21.9% dei bambini e il 26% dei bambini più giovani dei 6 anni, vivono in famiglie con reddito al di sotto della soglia di povertà.

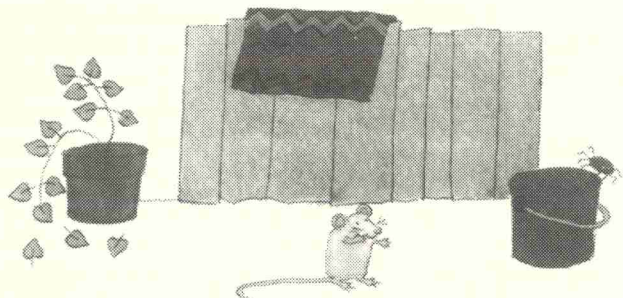
Gli USA hanno il più alto tasso di povertà infantile tra le nazioni industrializzate.

I figli di giovani madri sole rappresentano al momento il 12% delle famiglie che ricevono AFDC (Aid to Families with Dependent Children program), e i bambini con non chiara paternità il 29%, ovvero 2.8 milioni di bambini.

Negli ultimi 30 anni gli USA hanno sperimentato cambiamenti demografici e sociali, economici, comprendenti un aumento delle famiglie monoparentali specie tra genitori adolescenti.

Questo trend è associato a un aumento della povertà e i programmi di AFDC non sono un sintomo della povertà ma secondo i proponenti della riforma, una causa, un incentivo alla marginalità sociale.

Un punto di vista alternativo è quello che considera che i cambiamenti della struttura socio-economica, determinano la povertà infantile. Queste proposte di contrazione del Welfare non tengono conto del declino del livello di istruzione-formazione, l'internazionalizzazione dell'economia USA, l'aumento della disparità tra le classi, la riduzione della sicurezza del lavoro e dei suoi benefici come causa di danno alla salute specie per i lavori di basso livello. Il sistema di welfare state attuale non permette a una madre sola che guadagna 4.25 dollari per ora, senza un'adeguata day care per il suo bambino, senza assistenza sanitaria, o probabilità di avanzamento, di far fronte alle necessità del proprio bambino. ■





# Triacelluvax®

Vaccino  
acellulare  
contro  
la **Difterite**,  
il **Tetano** e  
la **Pertosse**  
da ingegneria  
genetica

DEPOSITATO PRESSO IL MIN. SANITÀ IN DATA 13.02.1996.



La nuova identità  
di Acelluvax® DTP

Acelluvax DTP®, a partire dal mese  
di aprile, ha preso il nome di  
**Triacelluvax®**

Chiron S.p.A.  
Via Fiorentina 1  
Siena

CHIRON | VACCINES



SENZA OBBLIGO  
DI PRESCRIZIONE MEDICA

# BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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