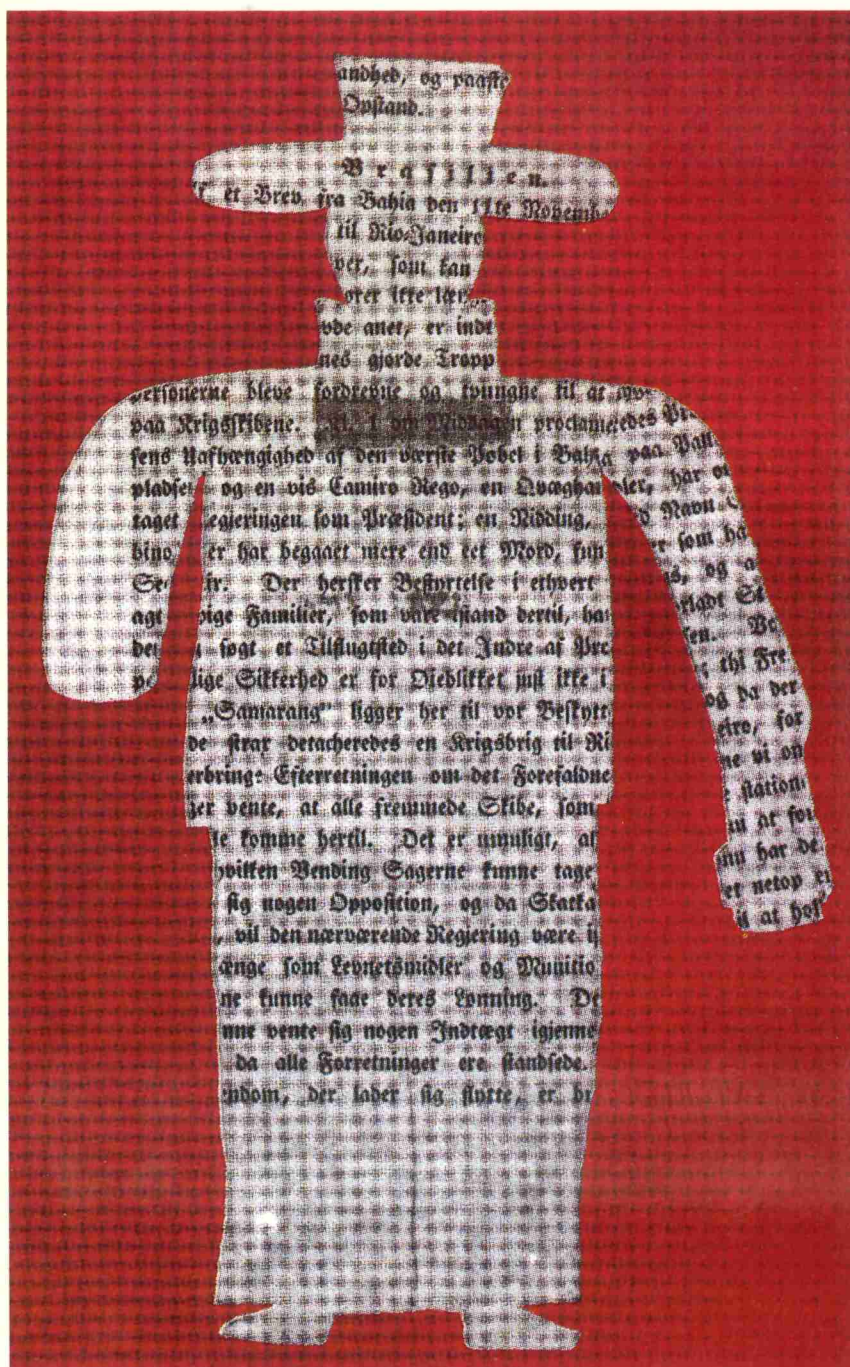


Quaderni acp

www.americaninternet.com/acp/index.htm

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

Agosto 1998



Evidence based medicine

*Le conoscenze dei pediatri
sull'allattamento al seno*

*Il neonato a rischio sociale:
i segni alla nascita*

La mortalità infantile nel 1994

STUP-info, la libertà di cura a noi!

Il pesce portalo al cuore

Il FIT: o dell'ingegneria finanziaria

*È utilizzabile il volontariato
per obiettivi di sanità pubblica?*

Un neonato con "grandi mioclonie"

Animali da compagnia e malattie

*Trapianto di cellule staminali
emopoietiche (T-CSE) in età evolutiva:
quanti e dove in Italia*

Le epilessie in pediatria

Giocattoli: alcune norme per sceglierli

edizioni no profit
ACP

L'Acqua Minerale Naturale SANGEMINI per l'assoluta purezza e per il contenuto completo ed equilibrato di sali minerali è un'acqua ideale per tutti i bambini, dai più piccoli ai più grandi.

Nel bambino e nell'adolescente apporta quegli elementi fondamentali per un corretto sviluppo della struttura ossea e dei denti: Calcio (ben 328 mg/l in forma altamente assimilabile), Magnesio, Fluoro e Manganese.

Durante l'allattamento assicura un equilibrato reintegro di sali minerali (Calcio, Magnesio, Fluoro, Potassio e Manganese) preziosi per il benessere della mamma e lo sviluppo del bambino.



Acqua Minerale Naturale
SANGEMINI
PURO
EQUILIBRIO

L'Acqua SANGEMINI è pura perché nasce da sorgenti circondate da una vasta area di natura protetta, viene sottoposta a costanti e severi controlli ed è imbottigliata con le tecnologie più moderne. E' leggera e di sapore gradevole.


SANGEMINI
Salute, Sangemini

ACP news

4 Il progetto "Adozione sociale dei minori a rischio" a Napoli - Corso di Counselling in Pediatria
Rubrica redazionale

Editoriale

6 Evidence based medicine

Pierpaolo Mastroiacovo

Congressi controluce

8 Ascoli Piceno, Roma, Sirmione IX, Napoli

Rubrica redazionale

Ricerca

10 Le conoscenze dei pediatri sull'allattamento al seno

AA.VV.

Libri

14 Le recensioni del mese

Rubrica redazionale

Diritti

16 Il neonato a rischio sociale: i segni alla nascita

Roberta Arsieri

Organizzazione sanitaria

20 La relazione sullo stato sanitario del paese - La sperimentazione in fase IV

Stato delle vaccinazioni in Italia - Policlinici universitari o ospedali di zona

Lo screening della displasia dell'anca - I DRG? A Bologna li hanno corretti *Red.*

Statistiche correnti

23 La mortalità infantile nel 1994

Carlo Corchia

Info

26 Notizie di interesse sanitario dall'Italia

Rubrica redazionale

World - Info

28 Notizie di interesse sanitario dal Mondo

Rubrica redazionale

Un po' per gioco

30 STUP-info, la libertà di cura a noi!

Lucio Piermarini

Osservatorio Internazionale

32 Il pesce portalo al cuore

Maurizio Bonati

Lessico poco familiare

32 Il FIT: ovvero dell'ingegneria finanziaria *Red.*

ausili didattici

Leggere & Fare

38 È utilizzabile il volontariato per fini di utilità pubblica? *Red.*

Il caso che insegna

44 Un neonato con "grandi mioclonie"

Giampiero Casadei

Abc in pratica

46 Animali da compagnia e malattie

Lucio Piermarini

Aggiornamento avanzato

48 Trapianto di cellule staminali emopoietiche (T-CSE) in età evolutiva: quanti e dove in Italia

AA.VV.

Il punto su

52 Le epilessie in pediatria

F. Guzzetta, D. Battaglia

Il Progetto "Adozione sociale dei minori a rischio" attuato in tutta la città di Napoli

"Ti adotta il Comune" titolava nella prima pagina di cronaca "Il Mattino" di Napoli, mentre il "Corriere del Mezzogiorno", organo regionale del "Corriere della Sera" apriva con "Il Comune adotta i minori a rischio" cui seguivano tre articoli che occupavano mezza pagina. Con grande risalto i tre più letti giornali di Napoli (compresa "La Repubblica") hanno dato notizia dell'avvio del Progetto "Adozione sociale - Punti nascita" finanziato dal Comune di Napoli e attuato con il personale dei servizi sociali del Comune e di quello delle UOMI di tutti i Distretti sanitari dell'ASL Napoli 1. Il progetto rappresenta l'estensione a tutta la città di Napoli del progetto "Adozione sociale dei bambini a rischio" dell'ACP-Campania, già collaudato con successo nel 1996 nel Distretto Miano-Secondigliano. "L'obiettivo è seguire il bambino accompagnandolo contro il rischio sociale e sanitario: è il grande investimento sul futuro, il più importante in una città come Napoli" ha scandito il Sindaco Bassolino in un'affollata conferenza stampa tenuta nella sala della Giunta Comunale. Hanno risposto alle numerose domande dei giornalisti presenti oltre l'Assessore alla Dignità e alle Politiche Sociali del Comune M. Fortuna Incostante, che ha presentato il progetto, il Coordinatore dell'Area Materno-Infantile dell'ASL Napoli 1, F. Tancredi, il Segretario dell'ACP Campania, L. de Seta e il Segretario della FIMG, G. Paladino. L'attuazione del progetto, che prevede una verifica tra sei mesi, è coordinata da Paolo Siani nominato con Peppe Cirillo consulente del Comune di Napoli. La realizzazione del progetto "Adozione sociale - Punti nascita" prevede un doppio screening dei neonati a rischio sociale durante la gravidanza, da parte dei medici di medicina generale, per la prima volta coinvolti in un progetto di così ampia portata sociale e sanitaria, e alla nascita, attraverso la segnalazione dei neonati a "rischio" a parte di tutti i punti nascita (pubblici e privati) della città. L'amministrazione comunale di Napoli ha deciso di investire in questo progetto importanti risorse umane e economiche;

ha iniziato con i 140.000.000 versati all'ASL Napoli 1 (che assiste gli abitanti della città metropolitana) destinati a incentivare gli operatori dei Distretti e i medici di Medicina generale ad un'attiva partecipazione al Progetto stesso. Il Sindaco Bassolino si è impegnato ad assegnare buona parte delle risorse destinate alla città di Napoli dalla "legge Turco" all'aiuto delle famiglie dei bambini individuati dal Progetto "Adozione sociale - Punti Nascita".

Corso di Counselling in pediatria

Si è tenuto a Verona il primo corso di Counselling in Pediatria (le date: 20-21 marzo, 18 aprile e 15-16 maggio) organizzato dalla SICIM (Società di Counselling in Medicina) e dalla ACP. I partecipanti iscritti al corso sono stati 14 pediatri di libera scelta di Verona, Padova, Udine e Vicenza. I docenti sono stati Baronciani, Brutti, Chiamenti e Gangemi con la supervisione di Giorgio Bert e Silvana Quadrino della SICIM.

I docenti erano stati formati in precedenza nel corso di Torino, tenuto da Bert e Quadrino che ha permesso una importante riflessione sull'applicazione del Counselling in pediatria e in generale sulla formazione del Pediatra, che a livello di relazione-comunicazione appare assai lacunosa. Nel corso di Torino è stato raccolto materiale durante l'attività quotidiana di Pediatri, largamente utilizzato e discusso nel corso di Verona. È in corso di preparazione anche una raccolta di filmati che servirà per evidenziare situazioni comunicative, verbali e non, in tutta la loro complessità. Il programma del corso ha sfruttato al massimo l'interazione con i partecipanti ed approfondito le situazioni critiche emerse nella pratica e rivedendole alla luce delle tecniche di Counselling.

Se qualche gruppo (numero ideale tra 10 e 15) fosse interessato a nuovi corsi può rivolgersi a: Michele Gangemi, via Carlo Ederle 36 37126 Verona. Tel/fax 045-913988. E-mail: migangem@tin.it

Info ACP

Chi vuole iscriversi all'ACP deve inviare una richiesta di iscrizione intestata al Presidente e inviata a

Franco Dessì, via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR).

La quota d'iscrizione 1998 è di Lit. 50.000 da inviarsi tramite c/c postale n. 12109096 intestato alla Associazione Culturale Pediatri, via Montiferru 6 Narbolia (OR); oppure tramite bonifico bancario alla CARIPLO

ABI: 06070 CAB: 17400 CC: 74/1

con la stessa intestazione.

Gli iscritti alla ACP hanno diritto ad uno sconto del 50% sull'abbonamento a Medico e Bambino, se indicano sul retro del CC/p che sono soci ACP.

Assicurazione Assomedico per iscritti ACP

È in vigore una nuova convenzione assicurativa appositamente studiata dalla fondazione Assomedico per i medici. Di quest'assicurazione diamo l'ammontare del premio da versare alla prima annualità e quello relativo alle successive che è così stabilito per il Medico Pediatra.

Volendo estendere la polizza alla tutela legale alla tabella si deve applicare un aumento pari a Lit. 120.000 per annualità intera più Lit. 21.000 per il premio iniziale.

Per adesioni/informazioni chiamare Assomedico, tel. 06/4404644 06/40500900 o inviare un fax allo 06/4423895 06/40500645 via De Rossi n. 12, 00161 Roma. Sede legale via Togliatti n. 1651, 00155 Roma.

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: gbiasini@line.net

Responsabile

Franco Dessì
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).
E-mail: fdessi@mbox.vol.it

Redazione

Dante Baronciani, Antonella Brunelli, Giancarlo Cerasoli, Giuseppe Cirillo, Sergio Conti Nibali, Francesco Ciotti, Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Luciano de Seta, Salvo Fedele, Rosario Ferracane, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Pier Paolo Mastroiacovo, Vitalia Murgia, Lucio Piermarini, Paolo Siani.

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

Grafica e videoimpaginazione

Ignazio Bellomo

Stampa

Rocco Curto Editore
Sasso Di Castalda
85050 Potenza
Tel. 081/7627270

Autorizzazione

Tribunale di Oristano 308/89

Abbonamento

Tariffa d'abbonamento
per i non soci: Lit. 50.000
Versare sul c/c n. 12109096
intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).

Copie arretrate e reclami

Gianni Piras
via Prunizedda 62 07100 Sassari
Tel. 0347/7635412
Fax 079/298131
E-mail: abbquad@tin.it

© 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 sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale dei medici e degli infermieri pediatrici, dei 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 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.

La rivista è parzialmente pubblicata in Internet alla pagina web:

www.americaninternet.com/acp/index.htm

In questo numero l'illustrazione di copertina è tratta da "H. C. Andersen Papirklip Paper Cuts" di Johan de Mylius edito da Komma & Clausen. Le altre illustrazioni sono tratte da "Das Robbenkid" di Christine Adrian - Pieter Kunstreich edito da Ravensburger.

Norme redazionali

Su *Quaderni acp* 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 lavori per la rubrica "RICERCA" 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. 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. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano ed inglese. 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. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore indicato nella colonna a lato. Possono essere pubblicati 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 direzione 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 800 battute. 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.

Tutti la cercano pochi la trovano

Evidence based medicine

Pierpaolo Mastroiacovo

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 6-7

EBM: il vecchio e il nuovo

Sgombriamo il campo dagli equivoci: la Evidence Based Medicine, EBM, è solo un metodo, vecchio per alcuni, nuovo per altri, vecchio con un vestito nuovo per altri ancora (1, 2). Un metodo, a disposizione di tutti, non una disciplina, (con buona pace di tutti gli aspiranti EBMologi) che ci aiuta a prendere delle decisioni nel rapporto con il singolo paziente e nel campo della sanità pubblica.

Nel rapporto con il singolo paziente la medicina rimane basata "sull'Arte lunga" (3): quell'insieme di sensibilità e capacità (non geneticamente determinate, ma che si possono imparare ed affinare) che ci permettono di vedere, ascoltare, comprendere, comunicare, rassicurare i nostri pazienti. In una parola "aver cura" di loro. All'interno di questo rapporto ematico, quasi magico, sul quale si basa il nostro "essere dottori", la ricerca di base e l'industria, ci propongono sempre più spesso nuovi strumenti. Le sirene ci allettano con frasi suadenti: avrai più successo se usi questo, o quello, se usi questo e quello.

Ma tutte queste proposte sono davvero efficaci? Sono davvero utili per il nostro paziente? L'EBM può contribuire ad aiutarci a rispondere a queste domande, ad avere in mano alcune prove (quando ci sono!). Sta a noi usarle con la dovuta consapevolezza. L'EBM quindi, nel rapporto con i nostri pazienti, ci aiuta ad utilizzare più consapevolmente alcuni strumenti, e ad "essere dottori". Nel campo della sanità pubblica le cose non sono diverse: le scelte su tanti singoli pazienti fanno la sanità pubblica. Il rapporto personale medico-paziente è più labile, di fronte ad una moltitudine di valori, di interessi, di bisogni (spesso inespressi) dobbiamo trovare il compromesso più adatto, che sia in grado di aiutare molti e danneggiare pochi. L'EBM, forse, può contribuire ad aiutarci a trovare i compromessi più razionali, più utili alla comunità nel suo complesso.

Dunque, per prendere decisioni più consapevoli e razionali per la salute dei nostri pazienti o della comunità in cui viviamo vi sono due possibilità:

- continuare ad utilizzare ipotesi non verificate fino in fondo, basate sui meccanismi fisiopatologici o sulle valutazioni estemporanee di questo o quel clinico più esperto (o forse solo più convincente? più aggressivo? più sponsorizzato?);
- riuscire ad utilizzare correttamente le osservazioni altrui, le più valide disponibili, che vengono pubblicate nella letteratura medica.

Le barriere

Chi ci impedisce di utilizzare la buona letteratura medica quando dobbiamo prendere una decisione riguardo ad uno dei tanti strumenti (farmaci, esami diagnostici, opuscoli informativi ecc.) che ci vengono proposti? Nessuno, ma le *barriere* sono molte.

La prima *barriera* è forse la più importante: l'attitudine (o la non attitudine) all'auto-valutazione. Chi parte dal principio che ciò che sta facendo è la cosa giusta, che ha sempre fatto in quel modo si è trovato sempre bene non potrà avvicinarsi all'EBM.

Chi sa di avere in mano strumenti imperfetti che richiedono continue verifiche, invece, è pronto. Ma non basta. È necessario anche uno sforzo di presa di coscienza, magari in gruppo e senza falsi pudori. Da dove deriva questa mania prescrittiva, di esami diagnostici e di medicine? Dall'ansia di ridurre l'incertezza insita nella nostra professione? Dall'incapacità di prendere decisioni diverse da quelle della "maggioranza"? Dalla pressione dell'informazione dell'industria diagnostico-farmaceutica? Da "non-si-sa-chi" (compresa la mamma, la nonna, la figlia: le nostre) che ci spinge a soddisfare richieste immotivate solo come "evidente"

dimostrazione del nostro affetto ed interesse? Dalla paura di un giudice? Riflettere su domande di questo tipo, e non da soli, in gruppo, con spirito critico e catarchico può contribuire ad avvicinarci all'EBM.

Vi sono poi altre *barriere*, ma che possiamo superare con l'ottimismo della volontà, se siamo convinti profondamente dell'utilità del metodo EBM, o di come tutto questo si voglia comunque chiamare.

Una recente inchiesta tra i "general practitioner" inglesi (4) indica che il 71% di essi non aveva tempo per usare il metodo EBM. Risposta ragionevole e condivisibile: nessuno ha tempo, tutti hanno da fare. Bisognerebbe leggere, è difficile reperire la letteratura. I rimedi proposti sono molteplici (5):

- un taglio drastico all'aggiornamento tradizionale (congressi e conferenze inutili, corsi programmati da chi vuole promuovere la propria immagine);
- una maggiore diffusione degli incontri in piccoli gruppi su problemi reali e per analizzare le decisioni cliniche prese;
- il concentrarsi su letture essenziali che servono realmente per la propria pratica clinica (*READER*) avvicinandosi ad esse per risolvere un preciso problema clinico;
- una maggiore diffusione delle riviste (o sezioni di riviste) di second-hand (più nobile che di seconda-mano) che propongono in forma sintetica solo le migliori evidenze emerse dalle ricerche primarie o dalle meta-analisi (*Evidence Based Medicine* ecc.);
- una maggiore utilizzazione delle banche dati come *Medline* tramite Internet.

La lettura approfondita di uno studio clinico randomizzato, in grado di produrre un buon livello di evidenza, spaventa ancora molti. Nella ricerca inglese citata sopra (4) solo il 39% dei GP aveva ricevuto un training di valutazione critica della letteratura scientifica e solo il 30% circa era in grado di comprendere e spiegare i più comuni concetti utilizzati nella ricerca clinica.

Mettere in pratica i risultati che emergono dalla ricerca clinica, in condizioni di inferiorità e di scarsa conoscenza dei metodi utilizzati, può sembrare rischioso, e lo è. È più facile leggere un'allettante, semplice, brochure proposta dall'industria farmaceutica. Eppure la lettura dei clinical trial randomizzati dovrebbe essere il nostro pane quotidiano. Siamo clinici e non riusciamo a capire fino in fondo come vengono prodotte le informazioni che ci servono. C'è qualcosa che non ha funzionato, all'università, e che, nell'aggiornamento, non funziona oggi.

Certo per noi c'è di mezzo l'inglese, ma dobbiamo rassegnarci. La medicina moderna parla inglese. Imparare a leggere una ricerca clinica primaria o una meta-analisi, capire se è valida, se è generalizzabile, se è applicabile alla propria pratica clinica è dunque un imperativo.

Come lo è il capire la rilevanza clinica di un risultato, anche in termini numerici (basta con la paura dei numeri!), senza farsi abbindolare o intimorire dalla $p < 0.001!!!$ È questa un'attività che va praticata con regolarità se vogliamo abbattere una delle *barriere* principali che si oppongono all'uso dell'EBM. Non potremo mai accettare o rifiutare qualcosa se non sappiamo capire "come" è stata prodotta.

Un corso di base, una serie di buone letture (6), una buona pratica, di nuovo in gruppo. Magari cominciando ad analizzare le belle, facili, illustratissime brochure proposte dall'industria (7). Ed infine altre *barriere*: siamo proprio sicuri che il paradigma di riferimento per prendere le decisioni corrette sia quello del clinical trial, delle meta-analisi e degli studi osservazionali in genere? No, ma ci sembra, che questo, oggi, sia il miglior paradigma disponibile, quello che ci fa commettere meno errori che se guidato dall'esperienza, dall'arte lunga, se esplicitato noi stessi, e condiviso con i nostri colleghi, e i nostri pazienti può aiutarci a prendere decisioni meno irrazionali.

Un'altra *barriera* potrebbe essere l'assenza di prove valide nella nostre specialità; in diversi campi (tra cui, appunto, quello pediatrico, e di più quello delle cure primarie pediatriche) pochi si sono sognati di produrre delle prove concrete. Ebbene usare l'EBM significa usare la migliore prova disponibile, non la migliore prova possibile. Se non esiste alcuna prova disponibile e una qualche decisione la dovremo pur prendere, le possibili politiche sono due:

- evitare una guerra tra poveri per sostenere questo piuttosto che quello, e con prudenza trovare il punto di equilibrio, magari in gruppo;
- inserirsi immediatamente in un percorso di ricerca, possibilmente collaborativa, ma al limite anche su un singolo paziente e non mi riferisco soltanto al trial formale sul singolo paziente (N-of-1 trial), ma alla pura e semplice registrazione, esattamente come in una formale ricerca di coorte ben fatta, dei fatti dei suoi dati e delle sue risposte cliniche.

La conclusione

Abbiamo elencato in questa riflessione alcune *barriere* che impediscono al buon medico moderno di utilizzare il metodo che oggi giorno va sotto il nome di EBM. Non ci siamo posti il problema del risultato, ovvero della variabilità delle decisioni cliniche. Siamo convinti che di fronte allo stesso tipo di evidenza empirica, siano possibili comportamenti diversi, adattati di volta in volta, alle esigenze del paziente, ai bisogni di una comunità. In altre parole aspirare alla migliore evidenza disponibile, saperla rintracciare rapidamente, saperla interpretare correttamente non ne comporta l'obbligatoria applicazione. Il dissenso è consentito, anzi richiesto, purché esso sia consapevole e motivato, piuttosto che casuale, poco chiaro o irrazionale. Se non fosse così l'evidenza dei fatti si trasformerebbe in un fastidiosa invadenza di una moda.

Bibliografia

1. Davidoff F., Case K., Fried PW. Evidence-Based medicine: why all the fuss. *Ann. Intern. Med.* 1995;122:727.
2. Editorial. Evidence-based medicine, in its place! *Lancet* 1995;346:785.
3. Cosmacini. Storia della Medicina.
4. *B.M.J.* 1998;316:361-365
5. Muir Gray JA. Evidence-based Healthcare. Churchill Livingstone, 1997
6. Sackett DL., Richardson WS., Rosenberg W., Haynes RB. Evidence-based Medicine. Churchill Livingstone, 1997. In preparazione la traduzione in italiano. Inoltre una serie di articoli su JAMA e sul B.M.J.
7. Greenhalg T. How to read a paper: Papers that report drug

ASCOLI PICENO

"Il bambino seduto"

Interessante il convegno "Il bambino seduto" organizzato, fra gli altri, dall'ACP Marche e tenuto ad Ascoli Piceno il 23 maggio 1998.

Sono stati esposti i dati di una ricerca eseguita nelle scuole elementari (3^a e 5^a) e medie (2^a) della Provincia di Ascoli mediante la compilazione di questionari autosomministrati dagli studenti. Le risposte sono state 1.961.

Esponiamo i dati più rilevanti presentati al convegno, con semplicità ed intelligenza, da Laura Olimpì.

Il 38,6% dei ragazzi ascolani va a scuola in auto; in città piane come San Benedetto del Tronto ed Ascoli la percentuale è del 40%. Gli altri vanno in scuolabus (il 32%); usa i piedi solo il 27,5%, e la bici l'1,12%. L'attività motoria a scuola viene svolta per un ora settimanale dal 32% dei ragazzi, per due ore dal 58%, per tre ore dal 7%. Nell'intervallo per la ricreazione i bambini stanno di nuovo seduti per l'8%, giocano per il 77%; quelli che corrono sono solo il 14%. Usciti da scuola escono di casa per andare a catechismo nel 76%, e vanno a musica ed a lingue per il 14% per ognuna delle due attività. Lo sport lo fa il 58% (il 52% è iscritto a Società Sportive): il 14% settimanalmente per un ora, il 19% per due ore, l'8% per tre ore, il 7% per quattro ore; in sostanza solo il 16% fa attività sportiva per almeno tre ore settimanali. Tutti sanno andare in bici, ma non la usano per andare a scuola, l'81% sa nuotare, il 31% sa sciare e, nel tempo libero, al 90% piace giocare all'aperto. La sede del gioco è la strada per il 12%, i giardini pubblici per il 15%, il chiuso della casa per il 29%, il cortile per il 38%. Nella graduatoria del "cosa mi piace", a pari merito (90%) con "giocare all'aperto", c'è "stare con gli amici", poi "giocare coi videogiochi o col PC" (60%), "guardare la TV" (42%), ed infine un malconcio "leggere molto" per il 15% e "leggere abbastanza" per il 27%. La domenica poi

la TV è una grande attrattiva: il 40% la guarda per un ora, il 30% per due, il 15% per tre, il 5% per quattro. Quadro, questo di Ascoli, non molto diverso da quello evidenziato dalle indagini ISTAT e che perciò aumenta la preoccupazione per una generazione "seduta" e teledipendente. I medici sportivi ed i maestri di sport presenti se ne sono lamentati, i pediatri hanno fatto notare che l'elefantiasico (e costoso per le famiglie) sistema di certificazione che è stato elevato per accettare i ragazzi nello sport non aiuta, ma ostacola l'avviamento sportivo, tanto più che l'ordine sistema certificatorio è in uso solo in Italia. Molti hanno fatto notare che le città, così disumanizzate e meccanizzate come sono state ridotte, ostacolano i movimenti dei ragazzi e convincono le famiglie a caricarsi in macchina; ma gli amministratori locali, ah! loro! dal convegno, dopo l'iniziale saluto, erano "assenti per inderogabili motivi" e non hanno potuto ascoltare.

L'ACP Marche porterà loro i dati. Consigliamo di guardarli e di pensare ai contributi europei per la vivibilità delle città che quasi nessuno chiede (*Quaderni acp* 1998;2:34).

ROMA

La rete ospedaliera ACP: primo risultato

Si è svolto a Roma il 25 giugno presso l'Istituto Superiore di Sanità il convegno "Cure ospedaliere per il bambino: per una migliore qualità dell'assistenza".

Il convegno promosso dal gruppo di lavoro per la pediatria ospedaliera dell'ACP è stato l'occasione per presentare i risultati della ricerca di sorveglianza epidemiologica sulla gestione di quattro patologie esemplificative (brucellosi, asma, dar, pielonefrite) effettuata in 104 ospedali italiani.

Sia la ricerca che il convegno sono stati finanziati dall'ACP e dall'Assessorato

alla Sanità della Regione Basilicata. I dati presentati, anche se non tutti ancora definitivi, hanno mostrato uno spaccato della pediatria italiana (in specie ospedaliera) forse un poco deludente.

Per tutte e quattro le patologie studiate sono state evidenziate incongruenze terapeutiche, ed approssimazioni diagnostiche, fogli di dimissione inadeguati e talora poco comprensibili. Tutte e 104 le Divisioni di pediatria, di cui una parte era presente a Roma, hanno espresso la volontà di continuare la collaborazione iniziata con questo studio, come se tutti sentissero vivo il bisogno di stare insieme per migliorare la qualità delle cure che vengono effettuate dagli ospedali italiani. Si è a lungo discusso (registrando opinioni discordi) dei DRG, della loro adeguatezza e dei danni che avrebbero apportato alla pediatria italiana. Interessante l'intervento di Donato Greco dell'Istituto Superiore di Sanità che ha illustrato le linee guida del nuovo piano sanitario che non contiene più indicatori (degenza media, indice di occupazione dei posti letto ecc.), ma pone le sue basi su un solo indicatore: la salute dei bambini.

Nella 2^a parte del convegno si è discusso della proposta avanzata dall'ACP per una razionalizzazione della rete ospedaliera pediatrica per una buona pratica dell'assistenza (la proposta ACP verrà presentata al convegno di Taormina).

Il compito dei promotori della ricerca di cui dicevamo sopra sarà adesso quello di discutere i dati a livello regionale, con i diretti interessati; bisognerà riparlare di protocolli (non prepararne di nuovi, ma rendere attuabili quelli che già ci sono e che non sempre vengono seguiti), sarà necessario standardizzare e rendere comprensibili il foglio di dimissione che è uno strumento importante per migliorare i rapporti tra p.d.f. e pediatra ospedaliero, bisognerà ridiscutere l'organizzazione dei singoli reparti.

Bisognerà far questo se si vuole far crescere una parte importante del Sistema Sanitario.

Sarà forse più utile se nei prossimi anni invece dei tradizionali convegni l'ACP investisse risorse umane ed economiche per discutere a livello periferico dei problemi del pediatra ospedaliero partendo

proprio dai risultati della ricerca appena conclusa. Ci si chiede infatti a cos'è servito organizzare convegni (di ottima qualità), pubblicare due riviste, se negli ospedali il trattamento della broncopneumonia definita di natura virale viene trattata esattamente come quella batterica con gli stessi giorni di antibiotico o non si dà il giusto peso agli esami di laboratorio, o infine si offre un cattivo comfort alberghiero alla mamma che sta accanto al figlio ricoverato.

Sarà probabilmente questa una nuova priorità per l'ACP che si è resa conto prima di altri (come lo è stato per la pediatria di famiglia) che è giunto il momento di occuparsi anche dell'ospedale se si vuole offrire un'assistenza seria e adeguata utilizzando un solo indicatore: la salute del bambino.

Non sarà impresa facile ma le energie, le intelligenze e la volontà per farlo ci sono tutte.

SIRMIONE IX

A proposito di qualità

Nei giorni 14, 15 e 16 maggio si è svolto a Chiavenna (Sondrio) il nono incontro della serie "Sirmione" sul tema "*Riferimenti concettuali e metodi operativi per il miglioramento della qualità nelle divisioni pediatriche*". Coordinatore scientifico l'ideatore di questi incontri, prof. Gianni Mastella; segretario organizzativo il dr. Paolo Adamoli. Relatori i prof. Cotta e le dr. Brusoni e Vichi, tutti della Bocconi. Reparti partecipanti con mini-équipe medici di Palermo, Reggio Calabria, Cesena, Feltre, Trento, Rovereto, Ravenna, Comacchio, Verona, Sondrio, Cinisello Balsamo, Trieste. Il convegno è stato organizzato da Gilberto Bonora, primario dell'Ospedale di Sondrio. Il tema della qualità interessa la componente ospedaliera dell'ACP e "dintorni" avendo già stimolato ricerche ed incontri: "L'uso appro-

priato dei ricoveri pediatrici, studio pluricentrico in tredici pediatrie italiane (Parizzi e coll.), "Sorveglianza epidemiologica sulla gestione di alcune patologie esemplificative" (D'Andrea e coll.).

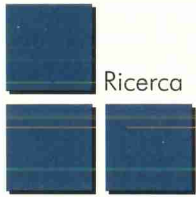
L'aspetto più rilevante, ed unico, di "Sirmione" resta la presenza al corso di équipe integrate medico-infermieristiche. Impossibile riferire i contenuti dell'incontro che tra l'altro andranno gradualmente rielaborati nelle proprie realtà. Cotta ha introdotto lo scenario generale nella sanità italiana; Brusoni ha affrontato in maniera analitica il tema della qualità nelle aziende. Particolarmente istruttiva la discussione prima in piccoli gruppi, poi generale di una situazione simulata di cambiamento nel protocollo di comportamento per la somministrazione dei farmaci da parte del personale infermieristico, nell'intento di diminuire l'errore. Vichi ha parlato di DRG, tema su cui Gargantini e Perletti hanno riferito su *Quaderni acp* (1998;5:1) e ha introdotto, anche con esercizio pratico, all'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici. Mastella ha ricordato, richiamando la clinica, l'importanza di fare, prima di ogni disegno di percorso diagnostico terapeutico, un'attenta cernita dei problemi particolari di ogni paziente. Sono emerse alcune perplessità da parti di molti gruppi sulla fattibilità reale della valutazione della qualità in modo corretto: il timore è che i dirigenti usino nella valutazione criteri troppo diversi da quelli clinici. Canciani ha tirato le somme analizzando i primi Sirmione e confrontandoli con i più recenti: all'inizio, nonostante l'improvvisazione, vi era un invito a lavorare durante l'anno, al confronto, ad un maggior coinvolgimento delle équipe, ad elaborare un prodotto (ad esempio la cartella integrata). Gli ultimi incontri con esperti "esterni" si sono aggirati su problematiche più aggiornate e sono stati condotti da competenti, ma sono stati forse piuttosto teorici. Gilberto Bonora, molto lieto di ospitare questo incontro ed alla ricerca di sponsor, ha qualche assillo finanziario e sta fissando, da qualche giorno, il profilo dei monti ponendosi una domanda: "si può fare (meglio) con meno?". Al di là di queste considerazioni Sirmione IX potrà ritenersi particolarmente utile solo se le équipe

partecipanti riusciranno in tempo rapido a proporre alla segreteria (Canciani) dei temi di lavoro concreto per porre le basi da discutere a Sirmione X.

NAPOLI

Dalla ricerca alla clinica

"Dalla ricerca alla clinica" è il titolo del convegno organizzato a Napoli dall'ACP Campania e dall'Ospedale SS. Annunziata il 14 e 15 maggio scorso. Tre sessioni (allergologia, gastroenterologia, broncologia), tre relatori (Longo, Fasano, Ronchetti) e discussione libera e sui casi clinici presentati da pediatri di base o ospedalieri e commentati da tre esperti (Ventura, de Seta, Miraglia). È stata scelta la formula del televoto che ha consentito ai partecipanti di dare le risposte ai casi clinici in anonimato e che è stata molto apprezzata dalla sala, meno dagli esperti. Ottime le relazioni dei tre esperti che, partendo dalla stadio attuale della ricerca, sono riusciti a calarsi nella pratica clinica aprendo nuovi scenari per la medicina del domani (un domani che è sembrato a tutti dopo la relazione di Alessio Fasano, - di cui potrete leggere un breve riassunto - ormai alle porte). Un flash su Internet e sul futuro dell'aggiornamento del pediatra attraverso la telematica è stato proposto da Salvo Fedele che ha mostrato in diretta come ci si collega a Internet, come si accede alle più importanti riviste scientifiche, come funziona la rete telematica ACP sui casi clinici. Ha chiuso il convegno una tavola rotonda su una politica sanitaria integrata per l'infanzia: bisogni, obiettivi, valutazione, proposta dall'ACP Campania e illustrata da Beppe Cirillo. Al tavolo a discuterne i vertici dell'ASL Napoli 1 coordinati da Salvatore Auricchio. Il documento preparato dall'ACP può essere richiesto a Luciano de Seta. ACP Campania Osp. SS. Annunziata via Egiziaca Napoli.



Ricerca

Le conoscenze dei pediatri sull'allattamento al seno

M. Del Santo, R. Davanzo, S. Quintero Romero, L. Ruiz*, S. Centuori, T. Burmaz, A. Cattaneo

Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Cooperazione Internazionale, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste *Mother and Child Health, Hospital Clinic Provincial, Barcelona

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 10-12

Obiettivi

Scopo di questa ricerca (parte di un più ampio progetto finanziato dalla Comunità Europea) è descrivere le conoscenze dei pediatri italiani sull'allattamento al seno.

Metodi

È stato utilizzato un questionario distribuito ai pediatri partecipanti a due incontri dell'Associazione Culturale Pediatri nel 1995.

Risultati

L'analisi dei questionari mostra un'attitudine positiva dei pediatri nei riguardi dell'allattamento al seno: il 99,5% dei pediatri intervistati riconosce che il latte materno è superiore al latte artificiale e il 91% dichiara che i propri figli sono stati allattati al seno. Soltanto l'8% dei pediatri è a conoscenza però di iniziative OMS e UNICEF quali quella dell'Ospedale "Amico del Bambino".

Discussione

La ricerca suggerisce il bisogno di una migliore informazione dei pediatri sul ruolo esercitato dalla categoria nella promozione dell'allattamento al seno. Particolarmente auspicabile è un approfondimento del ruolo svolto dall'industria del latte nella formazione del pediatra.

Parole Chiave

Allattamento al seno, "Ospedale amico del bambino".

Obiettivi

L'opportunità di incoraggiare l'allattamento al seno è stata ripetutamente sottolineata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalle associazioni professionali dei pediatri (1). Il ruolo del medico appare quindi fondamentale non solo nell'approfondimento delle conoscenze teoriche, ma anche nella messa in pratica di efficaci e specifiche competenze clinico-pratiche (2). Da qui l'obiettivo di valutare le conoscenze dei pediatri italiani sull'allattamento al seno nell'ambito di uno studio finanziato dall'Unione Europea e condotto in occasione dei convegni delle varie associazioni nazionali di pediatri (Pediatric Education on Breastfeeding Research - PEBR).

Metodi

Ai partecipanti dei due meeting nazionali dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) tenutisi rispettivamente nei giorni 29 Aprile-1 Maggio 1995 a Copanello (CZ) e nei giorni 1-2 Dicembre 1995 a Trieste, sono stati sottoposti 800 questionari. I dati raccolti da 220 questionari compilati sono stati analizzati in forma computerizzata mediante il programma EpiInfo 6. Il questionario, anonimo, utilizzato per l'inchiesta era diviso in tre parti:

- 1) la prima forniva informazioni personali di carattere generale, incluse quelle attinenti il tipo di lavoro svolto ed il tipo di allattamento seguito per i propri figli;
- 2) la seconda parte esplorava la formazione avuta dal pediatra sul tema specifico dell'allattamento al seno, le sue conoscenze in merito ai vantaggi del latte umano, il ruolo dell'operatore sanitario nella gestione dei problemi della mamma che allatta, l'opinione del pediatra sull'importanza del peso relativo avuto da varie figure sull'allattamento al seno;
- 3) la terza parte focalizzava invece le questioni attinenti la pubblicità delle compagnie produttrici di latte artificiale (incluso il sostegno finanziario dato ai medici) i contatti avuti dal pediatra con gruppi di supporto all'allattamento materno costituiti da madri, e infine la conoscenza dei "dieci passi per allattare al seno con successo" suggeriti dall'OMS-UNICEF nell'ambito dell'Iniziativa "Ospedale Amico del Bambino".

Risultati

Hanno partecipato all'inchiesta medici provenienti da quasi tutte le regioni d'Italia, con l'eccezione di Abruzzo ed Umbria; quelli maggiormente rappresentati risultavano provenienti in particolare da Sicilia (22% del campione), Calabria (18%) e Lombardia (9%). Si è trattato per il 90% di pediatri (i restanti erano medici generici e specializzandi in pediatria), laureati nella maggioranza tra il 1977 ed il 1987, con un'età media di circa 40 anni ed un rapporto maschile-femminile di 1:1.2. Il 6% aveva dichiarato di possedere responsabilità direttive di tipo primario, il 7% di essere ancora in fase di tirocinio pratico, lo 0.6% di avere compiti didattici universitari. La maggior parte del campione era costituito da pediatri di base (58%). Il 29% invece lavorava in ospedale, per un 20% presso un reparto pediatrico generale e per l'8% presso un reparto di neonatologia. La maggioranza (88%) possedeva una situazione occupazionale sicura. Solo il 7% aveva ricevuto un training clinico-pratico sulla gestione dell'allattamento al seno, attuato soprattutto durante la specializzazione o direttamente sul posto di lavoro. Il 65%

dei partecipanti aveva figli, che risultavano non essere mai stati allattati nel 9% dei casi, allattati per più di 1 mese nel 79%, per più di 3 mesi nel 65%, per più di 6 mesi nel 36%, per più di 9 mesi nel 18% e per più di 12 mesi nel 10%.

La totalità dei medici (99.5%) riconosceva che il latte materno è migliore del latte artificiale, ma tale positiva influenza è stata più prontamente riconosciuta per la salute del bambino nei paesi in via di sviluppo (92%), piuttosto che per quella dei bambini che vivono nei paesi industrializzati (75%), ($p=0,000001$). La *tabella 1* riassume le conoscenze generali sull'allattamento al seno. La *tabella 2* invece riporta le opinioni degli intervistati sul peso attribuito all'operatore sanitario nell'influenzare l'allattamento al seno.

Il 64 % degli intervistati riteneva che l'operatore sanitario avesse effettivamente un ruolo importante; la grande maggioranza (97%) giudicava inoltre che migliorando le proprie conoscenze e le proprie pratiche sarebbe riuscita ad influire positivamente sulla scelta materna.

La promozione dell'allattamento al seno, per essere efficace, avrebbe dovuto aver luogo già durante la gravidanza (era questa l'opinione del 97%).

Tuttavia per il 67 % del campione i consigli del medico pote-

vano essere vanificati da fattori familiari e culturali contrastanti. Inoltre il 72% degli intervistati si dichiarava d'accordo sul fatto che la pubblicità delle compagnie di latte in polvere non comparisse nelle maternità e nei consultori materno-infantili l'89% di essi riteneva che le organizzazioni che promuovono l'allattamento al seno fossero autorizzate ad entrare nelle maternità per aiutare le mamme ad allattare. Solo una ridotta minoranza però aveva contatti con gruppi di supporto costituiti da madri (12%) e conosceva l'Iniziativa "Ospedale Amico del Bambino" (8%).

Il 78% affermava che, secondo la propria esperienza (siamo nel 1995), venivano ancora donati alle neo-mamme "pacchi per il neonato" e tra questi, l'86% aggiungeva che esisteva materiale che pubblicizzava le compagnie produttrici di latte artificiale. Il 62% dei partecipanti pensava fosse corretto che pediatri ricevessero un supporto finanziario dall'industria di latte formulato da destinarsi alla ricerca ed alle attività cliniche (il 15% senza condizioni di sorta ed il 47% solo nel pieno rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno); il 28% riteneva invece non etico il sostegno finanziario da tali fonti.

Discussione

Il ruolo dell'operatore sanitario, secondo la letteratura, appare rilevante nell'influenzare sia durante la gravidanza che dopo la nascita del figlio la scelta che la donna fa sul tipo di allattamento per il proprio bambino (3,4,5).

In campo pediatrico questa influenza si manifesta non solo nel rapporto diretto professionale pediatra-madre e pediatra-famiglia, ma anche in quello mediato attraverso la struttura ospedaliera, caratterizzata da un'organizzazione del lavoro e degli spazi e da una cultura che non sempre, lo sappiamo, favorisce l'avvio dell'allattamento al seno (6).

L'applicazione dei dieci passi dell'Iniziativa "Ospedale Amico del Bambino" richiede sicuramente un grande impegno degli operatori, ma nello stesso tempo anche la partecipazione delle madri, che se adeguatamente sollecitata non viene a mancare (7). Il valore del nostro studio è in qualche maniera limitato dal fatto che il campione non era numeroso, era tratto dal sottogruppo ACP dei pediatri italiani e risultava autoselezionato (il questionario era riempito e consegnato da volontari).

Tutto ciò ci induce ad una certa prudenza nel tentare di generalizzare i risultati ottenuti all'universo dei pediatri italiani. Pur con queste limitazioni, dal nostro lavoro emerge che:

1. L'atteggiamento dei pediatri intervistati è risultato sicuramente positivo nei confronti dell'allattamento al seno. A conferma di ciò sta la convinzione praticamente unanime dei pediatri della superiorità ed adeguatezza del latte materno ed il fatto che il 91% dei loro figli era stato allattato al seno (anche se non a lungo).

2. I pediatri di questo studio solo raramente hanno ricevuto una formazione pratica sull'allattamento al seno; l'esperienza comune e la nostra conoscenza dei curriculum formativi degli studenti di medicina e degli specializzandi in pediatria fanno ritenere che questo dato sia in qualche maniera estendibile.

Tab.1. Conoscenze generali dei pediatri sull'allattamento al seno. Viene espresso il grado di approvazione delle affermazioni contenute nel questionario.

Affermazione del questionario (n= numero delle risposte)	Accordo (%)	Incerto (%)	Disaccordo (%)
Non c'è bisogno di svezzare un bambino prima dei quattro mesi di età (n= 220).	97	1	2
È importante somministrare precocemente supplementi di ferro e multivitaminici ai bambini allattati al seno (n= 219).	9	10	81
È spesso necessario, per prevenire l'ipoglicemia, dare al bambino una o due poppate di latte in polvere in attesa della montata lattea (n= 216).	8	4	88
L'uso del succhiotto può abbreviare il periodo di allattamento al seno esclusivo (n= 217).	22	26	52
Per la salute del bambino esclusivamente allattato al seno, è necessario somministrare dell'acqua, soprattutto nei mesi caldi (n= 215).	22	13	65
I bambini di madri che non producono latte a sufficienza nei primi giorni dopo il parto hanno bisogno di una aggiunta di latte in polvere (n= 213).	17	10	73
L'allattamento al seno è un metodo contraccettivo efficace (n= 219).	13	22	65
L'allattamento al seno dovrebbe essere sospeso all'insorgere di una nuova gravidanza (n= 217).	17	34	49

gran parte dei medici, in particolare dei pediatri. I corsi teorico-pratici elaborati dall'OMS e dall'UNICEF nell'ambito dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino potrebbero rappresentare una risposta a questa carenza formativa degli operatori sanitari. Ideati per gli ospedalieri, in realtà questi corsi di formazione sono adeguati e risultano rilevanti anche per gli operatori del territorio, che quotidianamente sono alle prese con mamme preoccupate, in difficoltà, alla ricerca di un consiglio rassicurante, ma allo stesso tempo competente ed efficace.

3. La preparazione teorica (ovvero le conoscenze) sull'allatta-

Tab.2. Opinione dei pediatri sul ruolo dell'operatore sanitario nell'influenzare all'allattamento al seno. Viene espresso il grado di approvazione delle affermazioni contenute nel questionario.

Affermazione del questionario (n= numero delle risposte)	Accordo (%)	Incerto (%)	Disaccordo (%)
Se una madre ha deciso di sospendere l'allattamento, non c'è nulla che un operatore sanitario possa fare (n= 219).	11	25	64
È durante la gravidanza che la donna dev'essere incoraggiata ad allattare (n= 218).	97	3	0
I fattori familiari e culturali influenzano la decisione di una madre di allattare più che i consigli di un medico (216).	67	18	15
Le modificazioni delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle pratiche degli operatori sanitari possono influire positivamente sul numero delle madri che decidono di allattare (n= 215).	97	2	1

mento al seno da parte dei pediatri del campione appare contraddittoria: sicura su acquisizioni importanti (per esempio l'innopportunità di svezzare prima dei quattro mesi), tradisce tuttavia una nota d'incertezza (per esempio nel non considerare a sufficienza i rischi dell'uso del succhiotto), che ci sembra significativa della necessità di una maggiore informazione. Ma va soprattutto notato come il fatto che esista un'iniziativa internazionale dell'OMS e dell'UNICEF, che ha l'obiettivo di far conoscere e far implementare dentro l'ospedale i "dieci passi per allattare al seno con successo", non fosse noto se non ad una fascia molto limitata di pediatri. Ciò fa ritenere che l'iniziativa non sia stata adeguatamente pubblicizzata a livello nazionale e/o che non sia stata adeguatamente recepita dal mondo scientifico, che di norma si occupa di trasferire le informazioni considerate più importanti ai congressi medici.

4. La posizione di questi pediatri era in maggioranza favorevole al sostegno finanziario per la ricerca e le attività cliniche da parte dell'industria produttrice di latte artificiale. Questo sostegno è attualmente regolamentato in Italia dal D.M. 500 del 6 Aprile 1994 sulla commercializzazione degli alimenti per lattanti. Ne deriva la necessità che il rapporto con le compagnie di alimenti per l'infanzia, sia basata su codici condivisi.

A questo proposito può essere citata la recente presa di posizione dell'International Paediatrics Association, esposta durante il meeting del 20 marzo 1997, ad Hong Kong, secondo la quale i contributi da parte dell'industria di alimenti per l'infanzia per iniziative di formazione e/o ricerca possono essere accettati nel caso che le compagnie in questione operino secondo i principi del Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno (OMS, UNICEF 1981). Questo approccio flessibile può probabilmente costituire un utile incentivo per cambiare le cose (8). ■

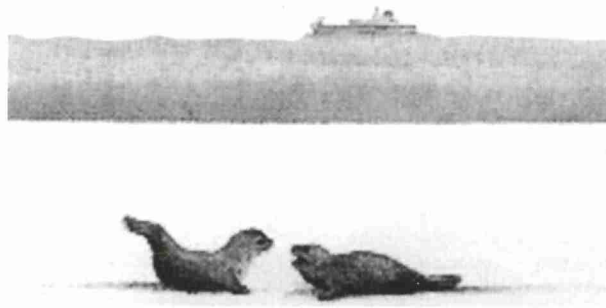
Bibliografia

- American Academy of Pediatrics.* Policy Statement Based on Task Force Report. The promotion of breastfeeding. *Pediatrics* 1982;69:654-61
- Freed GL., Clark SJ., Sorenson J., Lohr JA., Cefalo R., Curtis P.* National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273: 472-6
- Kistin N., Benton D., Rao S., Sullivan M.* Breastfeeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990;86:741-6
- O' Campo P., Faden RR., Gielen AC., Mei Chen Wang.* Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *BIRTH* 1992;19:195-201
- Righard L., Alade MO.* Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet* 1990;336:1105-73
- Waterston T., Davies J.* Could hospitals do more to encourage breastfeeding? *BMJ* 1993;307:1437-8
- Cuttini M., Del Santo M., Kaldor K., Pavan C., Rizzian C., Tonchella C.* Rooming-in, breastfeeding and mothers' satisfaction in an Italian nursery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1995;13:41-6
- IPA.* A Policy for Relations with Industry. *International Child Health* 1997;vol VIII (3):3-6

Indirizzo per corrispondenza:

Dr. Riccardo Davanzo,
Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al seno,
IRCCS Burlo Garofolo, via dell'Istria 65/1, 34137 Trieste
(Tel: 040/3785236; Fax: 040/3785402).

I dati contenuti nel presente articolo sono stati presentati in forma di poster alla Settimana Pediatrica Nazionale di Montecatini Terme, 22 - 26 Settembre 1996.



Multicentrum

Junior

L'integratore di vitamine e minerali **completo dalla A allo Zinco.**



Multicentrum Junior apporta le vitamine e i minerali di cui l'organismo ha bisogno durante la crescita, se l'alimentazione non riesce a fornirli in modo completo.

Da Whitehall, Multicentrum Junior, l'integratore di vitamine e minerali per bambini e ragazzi da 6 a 12 anni.

Il problema.

- Le diete sbilanciate o poco variate impoveriscono il contenuto vitaminico-minerale dell'alimentazione.

- L'età della crescita, l'attività fisica e lo studio richiedono invece un maggior apporto di vitamine e minerali.

Contiene 22 elementi			
12 Vitamine		10 Minerali	
Acido Folico	200 mcg	100% LARN	
Acido pantotenico	2,5 mg	-	
Vitamina A*	330 mcg	66% LARN	
Vitamina B1	0,5 mg	56% LARN	
Vitamina B2	0,5 mg	38% LARN	
Vitamina B6	0,5 mg	56% LARN	
Vitamina B12	1 mcg	71% LARN	
Vitamina C	50 mg	110% LARN	
Vitamina D3	3,12 mcg	31% LARN	
Vitamina E	5 mg	-	
Vitamina H	50 mcg	-	
Vitamina PP	5 mg	38% LARN	
Calcio	14,3 mg	-	
Cloro	1,67 mg	-	
Ferro	4,5 mg	50% LARN	
Fosforo	10,9 mg	-	
Magnesio	40 mg	-	
Manganese	1 mg	-	
Potassio	1,75 mg	-	
Rame	0,75 mg	-	
Selenio	12,5 mcg	50% LARN	
Zinco	0,4 mg	6% LARN	

LARN = Livello di assunzione giornaliera raccomandato.
* Espressa come Retinolo Equivalenti.

- Il disequilibrio che si viene a creare può essere compensato con un'integrazione

completa capace di coprire eventuali carenze.

La soluzione.

- Multicentrum Junior, masticabile dal buon sapore, integra

l'alimentazione in modo completo.

- Non presenta rischi di sovradosaggio perché ha una formula bilanciata in linea con le dosi giornaliere raccomandate e non ha effetti collaterali.

- E' disponibile in confezioni da 30 compresse.

- Posologia: una compressa al giorno.



Whitehall Italia S.p.A.
Via Puccini, 3 - 20121 Milano

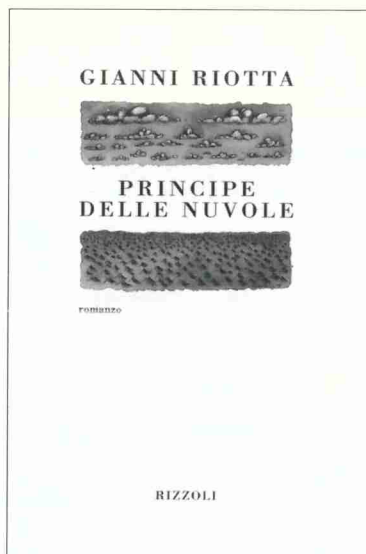


Occasioni per una buona lettura

Le recensioni del mese

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 14-15

Rubrica redazionale



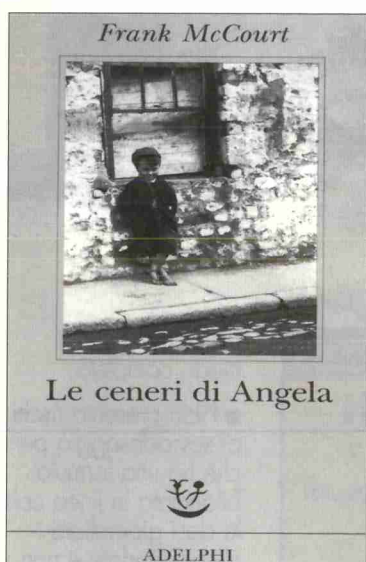
Nel nuovo libro di Riotta, giornalista del *Corriere*, si assiste ad una contesa intellettuale fra due studiosi di guerra negli anni quaranta, all'inizio dell'entrata dell'Italia nel conflitto: l'esito della guerra è determinato dalla "follia" ed è quindi imprevedibile o ha una sua logica interiore ferrea, le sue leggi, un suo determinismo logico?

La guerra è cultura, ma della follia o della logica? La storia inizia in una spiaggia toscana e termina nella fabulosa e sciroccosa Palermo degli anni quaranta, fra il mare e lo "Spasimo", il vecchio ospedale civico di Palermo, quando uno dei due contendenti è morto in Russia e l'altro, il Colonnello Terzo, che non ha mai combattuto una battaglia, ma ne ha solo studiato la logica e si è ritirato con una affascinante principessa russa, nobile decaduta ed impoverita, nel capoluogo siciliano. Terzo ha studiato tutte le battaglie della storia: da Canne, a Marengo, a quella del Don e continua a pensare che esistono alcuni schemi che si ripetono nella storia e sono rigorosamente logici, geometrici e mai fantastici. L'improvvisazione in battaglia non serve e se utilizzata fa perdere. Così Terzo si trova, quasi per caso o meglio per seguire un amore fra due ragazzi, in una battaglia fra la mafia, i baroni, e i contadini di Li Causi alle falde dell'Etna.

È la sua prima battaglia, sono i primi morti che vede. Una strana battaglia in cui chi vince non potrà dirlo e chi perde neppure, perché l'esercito italiano è ad un passo. Perdono i baroni, prevedibilmente sulla base della ferrea logica di Terzo, imprevedibilmente sulla base della storia della Sicilia e sulla base e del buon senso e delle attese: la logica contro il buon senso, ma forse non contro l'amore fra la figlia Fiore della baronessa Mastema, boss dei baroni, ed un pacifista, povero e poeta, (*Principe delle nuvole*) che si trova a combattere dalla parte dei contadini.

G.C.B.

Gianni Riotta, *Principe delle nuvole*. Rizzoli, 1998, pp. 274, Lit. 28.000



Il quasi ignoto Frank Mc Court ha avuto, con *Le ceneri di Angela*, un grosso successo editoriale. Imprevisto sembra, ma che gli ha fatto ottenere il Premio Pulitzer ed il National Critics Award. Cosa incontriamo nelle pagine del libro?

La storia, autobiografica, di un bambino irlandese (Frank all'americana o Francis all'irlandese) che nasce in USA, torna in Irlanda per l'incapacità dei genitori a mantenersi, ed alla fine torna tenacemente nel nuovo mondo.

È la storia di un bambino povero nato nel 1930, sempre affamato, magro, con "sedere piatto e spalle strette", spesso malato di congiuntivite, forse di scrofola, di bronchite e di rachitismo; con tre fratelli morti di fame e di freddo ed altri due affamati ed infreddoliti come lui. Con padre patriota irlandese che per questo deve fuggire dalla madrepatria, cattolico, fanatico come lo sono stati forse solo i vecchi patrioti garibaldini italiani, antinglese, antiprotestante, sempre ubriaco, che sciupa regolarmente il salario al pub ed affama la famiglia. Con una madre, Angela, sbrigativa e taciturna, solo raramente irata verso il padre e che nei momenti di sconforto non urla, né piange, ma si ferma a guardare le ceneri del suo camino (*Le ceneri di Angela*) quasi sempre spento. Il padre ubriacone alla fine va a lavorare e scompare nell'odiata Inghilterra dove trova il lavoro ed il denaro che usa per sé e solo (mai una sterlina manda a casa) per continuare ad ubriacarsi. Ma Frank-Francis, con tutta questa miserevole storia da romanzo dell'ottocento, non è un bambino triste né disadattato, non è disperato; di fronte al padre che gli raccomanda preghiere e religione e poi corre a riempirsi di birra non riesce a coglierne le contraddizioni e non riesce a detestarlo e lo guarda, anzi, con grande compassione e, in fondo, simpatia. Nonostante la mancanza di un buon padre e di una madre più presente non devono mancare ad agire su di lui i fattori protettivi, come direbbe Rutter. Sono protettivi i racconti favolosi del padre? il suo favoleggiamento sull'Irlanda libera e sui suoi mitici patrioti? i giuramenti fatti fare ai figli di morire per lei? o è la persistente mancanza di rancore fra i genitori? o è il non alzare la voce, quasi mai, in questa casa disperatamente povera, ma in fondo così tollerante nei fatti della vita? Sta di fatto che questo incredibile miracolo di conservare sereno Frank-Francis si compie: il bambino è capace di chiedere il perché delle cose e perché le cose del mondo sono così diverse

se le vede o se le dice un bambino o se le vede o le dice un adulto, come se ci fossero, perfino nella confessione, mondi diversi e diverse possibilità di chiederne i perché. Tutto con occhi disincantati ed attenti, con un umorismo talora lugubre, talora sfrontato ma in fondo allegro e comunque vitale. Un libro che i pediatri dovrebbero leggere: tutti i pediatri, ancora prima di leggere il Nelson.

G.C. B.

Frank Mc Court, *Le ceneri di Angela*. Adelphi, 1997, pp. 377, Lit. 32.000

Nelle ultime settimane è stato tra i primi posti nelle vendite dei libri e negli ultimi mesi l'autore che mi ha divertito di più. Camilleri. Ti trasmette "il mal di Sicilia", più del leggendario mal d'Africa. Il luogo comune delle mafie e dei malaffari politici travalicano, leggendo i suoi racconti, la geografia dell'isola, per diventare emblema.

Sebbene la scrittura sia un italiano-siculo. Come per l'altro racconto, in precedenza segnalato *La strage dimenticata*, Camilleri trae spunto in questo libro dalla nota inchiesta parlamentare sulle condizioni sociali ed economiche della Sicilia, condotta negli anni 1875-76. L'occasione narrativa si basa ancora una volta su un fatto realmente accaduto, ossia la serie di incidenti e tumulti conseguente alla decisione del prefetto di Caltanissetta dell'epoca (di origine toscana) d'inaugurare il nuovo teatro con l'opera lirica "Il birraio di Preston", scialbo melodramma invisibile ai siciliani, forse ancor più dello stesso rappresentante governativo "forestiero".

Ma, prese le mosse da quella sommossa ottocentesca, davvero teatrale, via via cresce l'invenzione narrativa rendendoci una godibilissima farsa, seppur amara: i dialoghi abbondano di neologismi audaci, in un dialetto pregno di espressività, intorno a corna e amori ("geloso com'era, si sarebbe arribbellato. E lui, il diligitato, l'omo della liggi, avrebbe dato scannalo a tutto il paisi, sarebbe diventato di malo esempio"), attentati e lettere minatorie, omertà e fedeltà nel servizio. L'autore castiga ridendo mores, stigmatizzando i modi d'essere di una burocrazia e di uno... Stato in Sicilia non certo solo di ieri.

Camilleri ha inoltre provveduto a dotare la Sicilia del suo Maigret: il commissario Salvo Montalbano di stanza a Vigata, per niente pantofolaio e adagiato tra pipa e ricordi. Montalbano risolve casi intricati con levantina nonchalance, tra un litigio con Livia, l'eterna fidanzata che se ne sta a Genova, degustazioni di specialità siciliane, contrasti con subalterni e superiori, rifiuti di promozione a vicequestore e rapporti viscerali con gli umori e le usanze della Sicilia. L'ultimo caso del commissario è quello della bella signora Michela Licalzi, trovata soffocata, nuda e forse violentata nel suo villino di vacanza presso Vigata. Chi sarà questa volta l'assassino? L'anziano e impotente marito, stimato ortopedico a Bologna, o piuttosto il bonaccione Maurizio Di Blasi, inutilmente immolato sull'altare della colpa? La soluzione è sulle corde di un violino divinizzato dalle dita di un vecchio musicista in pensione... Altro (il solito) delitto di mafia, misterioso e intricato, a Vigata: entra in scena il commissario Montalbano, che dipanerà la situazione paradossale per affinità ambientale; lui è così perfettamente siciliano che ogni indizio si trasforma in univoco messaggio di un codice conosciuto, un annusare, un sospesare a occhio. Ma stavolta, in coda al delitto di mafia, se ne trova un altro, più conturbante e rituale: due cadaveri di giovani amanti abbracciati, nel doppio fondo di una grotta, sorvegliati da un enorme cane di terracotta. Un omicidio di cinquant'anni prima. E Montalbano indaga, con l'aiuto di una compagnia volenterosa di vecchietti. Ma di recente Camilleri è stato un degli autori più venduti per *La concessione del telefono*. Nel risvolto di copertina così lui stesso lo presenta: "Nell'estate del 1995 trovai, tra vecchie carte di casa, un decreto ministeriale (che riproduco nel romanzo) per la concessione di una linea telefonica privata. Il documento presupponeva una così fitta rete di più o meno deliranti adempimenti burocratico-amministrativi da farmi venir subito voglia di scrivervi sopra una storia di fantasia." Il racconto si delinea con il susseguirsi di missive tra i vari uffici di questori, prefetti, delegati di P.S., avvocati e qualche dialogo tra i personaggi che si intrecciano nelle vicende di Filippo Genuardi, che fa domanda della linea telefonica (siamo nel 1892), tra cospirazione, depistaggi, tradimenti di amici e di mogli. In tutti i suoi libri Camilleri riacciufta memorie storiche per rendere omaggio alla sua terra (lo scrive più volte) al carattere dei suoi abitanti, ai modi di vivere, di parlare e di trasmettere le tradizioni.

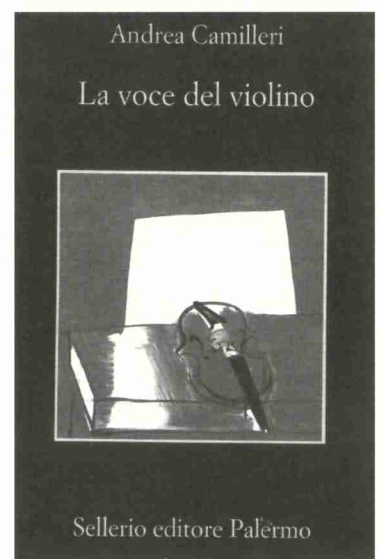
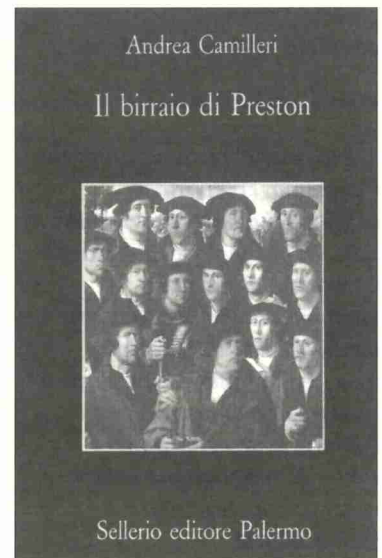
N. D.

Andrea Camilleri, *Il birraio di Preston*. Sellerio, 1995, pp. 236, Lit. 15.000

Andrea Camilleri, *La voce del violino*. Sellerio, 1997, pp. 207, Lit. 15.000

Andrea Camilleri, *Il cane di terracotta*. Sellerio, 1996, pp. 275, Lit. 15.000

Andrea Camilleri, *La concessione del telefono*. Sellerio, 1998, pp. 269, Lit. 15.000





Diritti

Il neonato a rischio sociale: i segni alla nascita

Roberta Arsieri

Osservatorio epidemiologico Regione Campania

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 16-19

Vengono discusse le condizioni che, in Campania, comportano la nascita del bambino a rischio sociale. In particolare la scolarità della madre, la filiazione illegittima, la non occupazione paterna, la rete consultoriale carente. La nascita in case di cura private e l'alto numero dei cesarei sono condizioni che pure accompagnano spesso la nascita di un bambino a rischio sociale.

Tuttora la Campania ha la popolazione più giovane d'Italia ed il rapporto ragazzi/anziani è uguale a 2. Nonostante il calo di natalità, gli indicatori demografici mostrano una persistente maggiore fertilità delle donne campane rispetto alla media nazionale (t. di fertilità totale: 1,8 vs 1,2); nel 4% dei casi (Italia: 6%) le nascite avvengono fuori dal rapporto matrimoniale e sono caratterizzate, più che da una libera scelta, come succede sempre più frequentemente nel Nord Italia, dall'associazione con fattori di rischio sociale. Quest'ultimo dato ben si collega ad una diffusa condizione femminile di emarginazione dal mondo del lavoro: il tasso globale di disoccupazione femminile è superiore al 30% e 2/3 dei nati ha la madre non occupata. Accanto a questo fenomeno, che è in crescita, osserviamo che 1/5 dei nati ha la madre con cinque o meno anni di scolarità. In Campania ed a Napoli, dove nasce la metà dei bambini campani, abbiamo, quindi, un punto di osservazione privilegiato per studiare la problematica del bambino a rischio sociale (RS). Per il bambino a RS le difficoltà cominciano col guadagnarsi il diritto a nascere ed a sopravvivere all'età neonatale e post-neonatale: i fattori di rischio sociale, infatti, hanno un impatto negativo sugli esiti della gravidanza. La filiazione illegittima, che spesso riguarda madri adolescenti e/o con altri problemi sociali, rispetto alla legittima presenta un rischio relativo di nati-mortalità pari a 2,5 e di mortalità neonatale pari a 1,3; le madri con il più basso livello di istruzione, confrontate con le laureate, hanno un rischio quasi doppio di partorire un nato-morto e un rischio di perdere il bambino in età neonatale uguale a 1,4; i nati da madri non occupate, rispetto a quelli delle impiegate e libero-professioniste hanno un maggior rischio di mortalità infantile (RR 1,4); il rischio è ancora più elevato quando il disoccupato è il padre (RR 4,8). In questo contesto si verificano contraddizioni incredibili: a Napoli (città+provincia) il 41% dei parti avviene in casa di cura privata, viaggiamo su percentuali di parti cesarei brasiliane, e per le cure prenatali, consistenti soprattutto in un alto numero di ecografie in gravidanza, anche donne di condizione socio-economica svantaggiata fanno un frequente ricorso al privato (1). Di fatto la rete consultoriale è insufficiente e/o scarsamente pubblicizzata e promossa. I percorsi sanitari delle gravide sono guidati dal caso o da varie motivazioni, che poco hanno a che fare con l'individuazione a monte del rischio perinatale e con razionali collegamenti tra strutture territoriali e centri di parto adeguati ai singoli casi. Del resto, tuttora, i centri di parto campani non sono accreditati per il livello di cure che possono erogare ed è evento raro il trasferimento verso centri di III livello delle gravide con problemi. Molti nati a rischio ben conosciuto, vedi i gemelli, nascono in strutture accreditabili per un primo livello. È facile immaginare, in una situazione come la nostra, quali maggiori rischi affronti chi non si sa difendere. In uno studio del 1995 (2) le più basse percentuali di nati a rischio sociale sono state registrate nei due centri napoletani considerati di riferimento per la gravidanza a rischio, dotati di cure ostetrico-neonatalogiche integrate. Il dato sottintende la difficoltà per gravide di bassa condizione socio-economica ad entrare nei circuiti assistenziali più protettivi. Il bambino a R.S. è figlio di sua madre e, giustamente, dice Biasini: "chi effettua meno richieste, o addirittura nessuna richiesta, pur avendo il massimo dei bisogni, è il bambino a rischio sociale". Occorre allora che altri individuino correttamente i loro bisogni inespresi e li aiutino a formulare queste richieste. Può venire in aiuto a noi pediatri il mestiere appreso all'Università, la tradizionale metodologia che parte dall'anamnesi, passa per un accurato esame obiettivo e termina con una corretta impostazione terapeutica? Forse sì, se siamo convinti dello stretto legame che esiste tra povertà, ignoranza

Sostegno energetico naturale.



BAMBINI: 100 PLUS | RAGAZZI: 200 PLUS

La sua formulazione a base di estratto di fegato fresco di suino, polline di fiori, gelatina reale assicura ai bambini e ai ragazzi un apporto bilanciato di vitamine, enzimi, aminoacidi e sali minerali. **Biotrefon:** sostegno energetico naturale, prezioso nei momenti di intenso sforzo fisico e mentale e in convalescenza.



za e perdita della salute e purché il bambino e la sua famiglia rappresentino, e qui sarà di aiuto la lettura di Maccacaro più che la cultura universitaria, non un oggetto, una macchina da aggiustare, ma un soggetto, con il suo universo familiare, relazioni, abitudini, credenze di cui tener conto con rispetto. Occorre che impariamo a fare una diagnosi (?) precoce, ad individuare cioè, già alla nascita, il bambino a RS, al fine di creare subito una rete di protezione intorno a lui. L'anamnesi ci rivelerà la presenza di fattori di rischio socio-demografici: la razza, il quartiere, la scolarità dei genitori, la loro attività lavorativa, la filiazione, l'età della madre, malattie, abitudini a rischio ecc. Ci dirà se le cure prenatali sono state adeguate, non solo per la precocità ed il numero di controlli effettuati, ma anche per la qualità, desunta dalla efficienza nell'individuare i problemi e dall'efficacia delle soluzioni. L'esame obiettivo, facile se si tratta di scoprire la patologia del neonato, più difficile se vorremo essere attenti anche agli atteggiamenti, alle attitudini parentali dei genitori, alle interazioni familiari, ci svelerà la presenza di problemi per i quali attivare interventi "integrati" tra tutte le agenzie che possono essere utilmente coinvolte in una vera e propria adozione medica e sociale.

Il neonato a R.S. ricoverato in terapia intensiva sarà un bambino da tutelare in modo speciale, insieme alla madre ed a tutta la sua famiglia, non solo durante la degenza, ma anche e soprattutto nel follow-up, ancor più delicato se ci sono esiti, particolarmente catastrofici per il bambino e per la famiglia in condizioni socio-economiche svantaggiate. Il follow-up tradizionale, con bilanci di salute neuro-sensoriale effettuati in ospedale, senza stretti collegamenti col pediatra di base ed il consultorio, rischierà di essere utile all'identità del neonatologo, ma inutile, o addirittura dannoso se il bambino e la sua famiglia riceveranno indirizzi ed appuntamenti per i controlli, ma saranno lasciati soli, nelle loro difficili condizioni di base, ad affrontare le fasi della riabilitazione. Scriveva Silverman: "Continueremo a tergiversare sulla opportunità di iniziare o meno il trattamento nei casi marginali, fino a quando chiariremo quali conse-

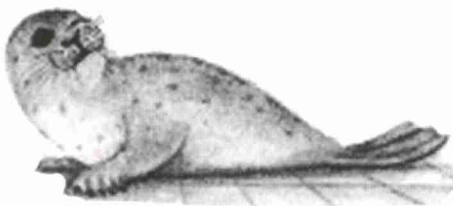
guenze le sopravvivenze possono avere sulle famiglie problematiche".

Ricordiamocene, non certo per spegnere il respiratore, ma per continuare, anche dopo e nella maniera giusta, a prenderci cura di questi bambini e delle loro famiglie. ■

Bibliografia

R. Arsieri, A. Pugliese, R. Russo. Natalità e mortalità feto-infantile in Campania. Ed. Assessorato Sanità Regione Campania. Giugno 1996

R. Arsieri et al. L'identikit del neonato a rischio sociale. *Quaderni acp* 1995;5:12



Assemblea generale dei soci

L'Assemblea generale dei soci dell'Associazione Culturale Pediatri è convocata il giorno sabato 24 ottobre a Taormina, nel Palazzo dei Congressi alle ore 12.00 in prima convocazione, ed in caso non sia raggiunto il numero legale alle ore 17.00 nella stessa sede con il seguente ordine del giorno:

1. *Relazione del Presidente; discussione e messa ai voti.*
2. *Relazione del Tesoriere; discussione e messa ai voti.*
3. *Proposte per la modificazione della quota sociale e il suo utilizzo.*
4. *Varie ed eventuali.*

Codice di comportamento nei rapporti tra la TV e minori

Paolo Siani

Karl Popper ha dedicato molti dei suoi scritti ai danni sociali di un'espansione non controllata della TV e proponeva l'istituzione di una patente per fare programmi televisivi. Nel febbraio scorso il comitato per la elaborazione di un codice di comportamento nei rapporti tra Tv e minori, presieduto da Francesco Tonucci, ha elaborato un codice di autoregolamentazione, sottoscritto dalle aziende televisive, sia pubbliche che private, che sia in grado di proteggere il bambino da informazioni e materiali dannosi al suo benessere e di assicurare contributi positivi allo sviluppo della personalità del bambino.

I principi generali del documento contengono i seguenti impegni che le aziende televisive saranno tenute a rispettare:

- migliorare ed elevare la qualità delle trasmissioni televisive destinate ai bambini;
- aiutare gli adulti e le famiglie ad una scelta critica dei programmi televisivi;
- collaborare col sistema scolastico per educare i bambini ad una corretta alfabetizzazione televisiva;
- assegnare alle trasmissioni per i bambini personale appositamente preparato;
- sensibilizzare il pubblico ai problemi dell'handicap, del disadattamento sociale, del disagio psichico in età evolutiva in maniera da aiutare e non ferire le esigenze dei bambini in queste condizioni;
- sensibilizzare ai problemi dell'infanzia tutte le figure professionali coinvolte nella preparazione dei palinsesti televisivi o delle trasmissioni.

Le Aziende inoltre si impegnano a non trasmettere sia nelle trasmissioni di intrattenimento che di informazione, immagini di minori autori, testimoni o vittime di reati e in ogni caso a garantirne l'assoluto anonimato, a non intervistare minori in situazione di grave crisi, a non utilizzarli in grottesche imitazioni degli adulti, a non

far partecipare minori a programmi in cui si dibatte se sia opportuno il loro affidamento ad un genitore o a un altro.

Inoltre dalle ore 07.00 alle ore 22.30 non verranno diffuse sequenze particolarmente crude o brutali o scene che possano creare turbamento o forme imitative nello spettatore minore, né notizie che possano nuocere allo sviluppo psichico o morale dei bambini.

Nella fascia oraria 16.00-19.00 saranno trasmessi programmi esplicitamente dedicati ai bambini con un controllo particolare anche su promozione e pubblicità.

Le TV si impegnano a produrre programmi per ragazzi che siano di buona qualità, piacevoli, che accrescano le capacità critiche, che favoriscano la partecipazione dei bambini con i loro problemi, i loro punti di vista, dando spazio a quello che si sta facendo con loro e per loro nelle città (consigli dei bambini).

Infine l'ultima parte del codice è dedicata in modo specifico alla pubblicità con tre livelli di protezione, generale, rafforzata e specifica. La protezione generale si applica in tutte le fasce orarie di programmazione e non devono presentare minori come protagonisti impegnati in atteggiamenti pericolosi o intenti al consumo di alcool, né debbono indurre i bambini in errore sulla natura, le prestazioni, le dimensioni del giocattolo, sul grado di conoscenze e di abilità per utilizzarlo, sul prezzo. La protezione rafforzata si applica in due fasce orarie: dalle 07.00 alle 16.00

e dalle 19.00 alle 22.30 in cui si ritiene che il bambino guardi la tv insieme ad un adulto e consiste nel non trasmettere pubblicità rivolte direttamente ai bambini che contengano situazioni che possono costituire pregiudizio per il loro equilibrio psichico e morale. La protezione specifica, infine, si applica nella fascia oraria 16.00-19.00 in cui il bambino presumibilmente guarda la tv da solo. I messaggi pubblicitari dovranno essere preceduti, seguiti e caratterizzati da elementi di discontinuità ben riconoscibili e distinguibili dalla trasmissione anche da bambini che non sanno ancora leggere e dai portatori di handicap. Dovrà essere evitata la pubblicità di bevande alcoliche, di servizi telefonici con prefisso a valore aggiunto (144- 00...), di profilattici e contraccettivi. Il rispetto e l'applicazione del codice sono affidati ad un comitato di controllo che vigila sul corretto rispetto delle norme e che costringerà l'azienda televisiva inadempiente a comunicare ai suoi utenti l'irregolarità, nelle fasce orarie di maggior ascolto.

Nel complesso ci sembra un buon codice di autoregolamentazione che accoglie il suggerimento della convenzione ONU di sviluppare appropriati codici di condotta affinché il bambino sia protetto da informazioni e materiali dannosi al suo benessere. Ci auguriamo che venga adeguatamente pubblicizzato sia dalle aziende televisive che nelle scuole e perché no nei nostri ambulatori. ■

Lo screening della celiachia: dubbi e certezze

Vicenza, 28 Novembre 1998
Alfa Hotel

1ª sessione

Moderatori: F. Zacchello, L. Zancan

9.00 La celiachia "dentro e fuori l'intestino"
A. Ventura

9.30 La celiachia nel Veneto G. Guariso

10.00 Dalla teoria alla pratica:
l'esperienza dell'ARP Vicenza
F. Andreotti, A. Baggiani

2ª sessione

Moderatori: G. Mastella, F. Panizon

11.00 Tavola rotonda:

Lo screening della celiachia

Screening e celiachia G. Magazzù

Screening e celiachia: le ragioni del medico dell'adulto C. Ciacci

Costi-benefici dello screening della celiachia e scelta del metodo L. Greco

13.00 Colazione di lavoro

Sessione pomeridiana

Moderatore: M.G. Santangelo

14.00 Le conclusioni di G. Mastella e F. Panizon

14.30 Per un rinnovato ruolo delle Associazioni celiaci e spunti operativi
F. Donzelli, L. Greco, G. Torre, A. Pardi,

Segreteria scientifica:

A. Ventura, E. Benetti, R. Salvadori, F. Fusco
(fuscoam@primopiano.it)

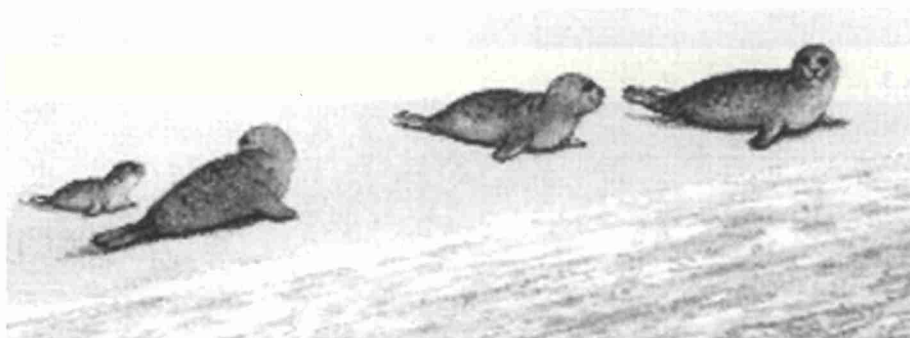
Segreteria organizzativa:

SYNTHESIS s.c.r.l.,
via Genova 12 Mestre (VE)
Tel. e fax 041/5311460;
E-mail syntesis@tin.it

Quota d'iscrizione: Lit. 150.000

Modalità di pagamento:

quota d'iscrizione e prenotazione alberghiera pagabili a SYNTHESIS s.c.r.l. o direttamente in sede congressuale.



Iniziamo con questo numero una nuova rubrica che vorrebbe contenere informazioni sullo stato della assistenza sanitaria e sociale in Italia e nel mondo. Fino ad ora questi contributi sono stati collocati nelle rubriche "INFO" e "WORLD - info". Riteniamo però più utile raccoglierci insieme in una sede a loro dedicata. I lettori che vogliono contribuire alla completezza della rubrica possono inviarci i loro contributi che risulteranno molto graditi.

La relazione sullo stato sanitario del paese

La relazione sullo stato sanitario del paese nel 1996 (a cura del Ministero della Sanità) segue l'ultima che è oramai lontana: 1991. Le cause di morte diminuite (1980 vs 93) sono quelle del sistema circolatorio (-9%), del respiratorio (-18%), del digerente (-14%), i traumi-avvelenamenti (-10.5%). Aumentate quelle per tumori (+25%) per le quali l'Italia è la regione d'Europa con i maggiori aumenti ed è seconda sola ai paesi ex-comunisti del centro-Europa, per malattie infettive (+81%) dovute alla comparsa dell'AIDS. La mortalità per malattie cardiocircolatorie è diminuita in Italia più che in tutte le regioni europee (dieta mediterranea?). La mortalità evitabile (tassi per 10.000 residenti suddivisa per uomini e donne) rivela una situazione di sofferenza nel confronto fra Italia e Nord Europa per la prevenzione primaria per i maschi (tab.1).

I confronti con la mortalità infantile sono effettuati fra 1970 e 1990; è stato più facile per l'Italia passare dal 29.55/1000 all'8.01/1000 (-73%), che per i paesi nordici passare dal 12.36/1000 al 6.36/1000? Dati negativi e difficilmente interpretabili, vengono riportati per la riduzione della mortalità infantile (1980 vs 93) per regioni: riduzione per le femmine di oltre il 70% per Trentino e Friuli Venezia Giulia, di oltre il 50% per Veneto, Umbria, Marche, Molise, Puglia, Sicilia; riduzione di oltre il 60% per i maschi in Piemonte, Val d'Aosta, di oltre il 50% in tutte le altre regioni tranne Umbria (39.2%), Lazio (48%), Abruzzo (48%). Comportamenti come si vede assai diversi fra maschi e femmine. Complessivamente la mortalità infantile dei maschi è diminuita del 52.3% e quella delle femmine del 48.10%. Il numero di consultori/10.000 donne in età feconda è massimo in Val d'Aosta (8.24), Trentino (6.79), discreto Basilicata (6.08) ed in Emilia-Romagna (6), modesto in Alto Adige ed in Piemon-

Tab. 1. Morti evitabili con prevenzione primaria.

Morti evitabili con prevenzione primaria	M	F
Italia	15.2	3.8
Sud Europa	19.2	3.9
Centro Europa	16.6	4.7
Nord Europa	11.2	4.9

Tab. 2.

	PIL %	A carico SSN	Lire-ppa	Mortalità infantile 1995
Italia	7.6	5.3	(2.464)	(6.2)
Danimarca	6.4	5.1	(2.318)	(5.5)
Gran Bretagna	6.9	5.8	(2.114)	(6)
Grecia	5.9	4.9	(1.213)	(8.1)
Svezia	7.3	5.9	(2.277)	(4.1)

Tab. 3.

	PIL %	A carico SSN	Lire-ppa	Mortalità infantile 1995
Austria	7.9	5.9	(2725)	(5.4)
Francia	9.6	7.8	(3.206)	(5)
Germania	10.5	8.2	(3.601)	(5.3)
Olanda	8.6	6.6	(2.864)	(5.5)
USA	14.2	6.7	(6.010)	(8)

te (3.2), in Liguria (3.4), Abruzzo (2.6), Lazio (2.5), Lombardia e Sardegna (2.4). Scarso in Umbria, Marche, Campania, Puglia (1.5). Inesistente (<1) in Sicilia, Calabria, Molise. Anche la mortalità evitabile per tutta la popolazione ha subito riduzioni più marcate al Nord e specie per i maschi che partivano da livelli più alti: le regioni settentrionali hanno registrato una diminuzione del 25-33% per i maschi e del 20-29% per le femmine; quelle centrali del 20-25% per i maschi e per le femmine; quelle del sud del 12-20% per i maschi e del 23-25% per le femmine. I punti di guardia medica assistono bacini di utenza da 4.000 a 44.000 cittadini, le RSA da 1.000 a 4.000 cittadini. Si conferma in sostanza una notevole diversità delle strutture per la tutela della salute. Contemporaneamente al rapporto del Ministero sono comparsi i dati Oecd-Health 1997 (*Il Sole 24 ore* del 9 marzo 1997 pag. 5) che comparano spese e qualche risultato di salute dei paesi europei ed USA. I dati riportano sia il costo sostenuto dai SSN o dalle Assicurazioni Sociali aggiunti ai costi sostenuti dai privati. Si ha così che la spesa pro capite in Lire-ppa (Lire a parità dei poteri d'acquisto ottenute convertendo ad unità il potere d'acquisto delle diverse monete); per l'Italia è di Lit. 2.464.000, di cui il 70% (1.725.000) a carico del "pubblico" (SSN). La quota

Tab. 4.

	PIL %
Italia	70%*
Danimarca	79%
Gran Bretagna	84%
Grecia	83%
Svezia	80%

* (era l'80.5% nel 1990)

Tab. 5.

	PIL %
Austria	75%
Francia	81%
Germania	78%
Olanda	77%
USA	47%

totale di PIL consumato, in Italia, è del 7.6% mentre quella a carico del SSN è del 5.3%. Le corrispondenti cifre (spesa in % del PIL) dei paesi a sistema pubblico, paragonate con l'Italia, sono quelle sottolencate nella *tabella 2* (fra parentesi le lire-ppa in migliaia consumate pro capite e la mortalità infantile 1995).

Le corrispondenti cifre dei paesi a sistema assicurativo sono invece quelle indicate nella *tabella 3*. Come si vede non c'è correlazione fra spesa pro capite e risultati in tema di mortalità infantile.

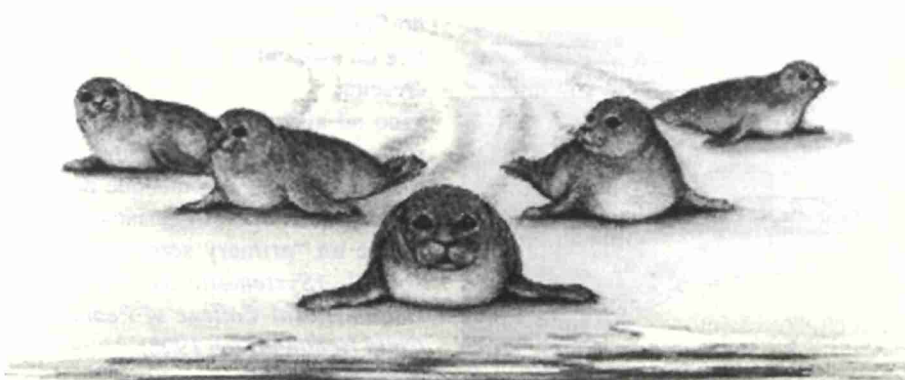
Le quote di spesa/PIL a carico del pubblico sono molto diverse nei vari paesi (*tab. 4*). Per i paesi "assicurativi" guardare i dati nella *tabella 5*. Il livello di copertura pubblica della spesa sanitaria dell'Italia è, inaspettatamente, il più basso di tutta la UE, mentre si conferma che il consumo di risorse per la salute rispetto alla ricchezza nazionale (PIL) è più basso nei paesi a sistema sanitario nazionale che nei paesi ad assicurazione.

Per l'Italia si può quindi dire che la "privatizzazione" del sistema è già avvenuta con una diminuzione notevole della spesa del pubblico (dall'80.5% del 1990 al 70% del 1995) ed un notevole consensuale aumento di partecipazione della spesa dei privati. Un risultato quindi "strutturale". Il carico assistenziale della popolazione anziana è molto diverso nei vari paesi, e per la UE la situazione più "costosa" la troviamo in Italia (20% della popolazione sopra i 65 anni) ed in Svezia (21.6%). Per l'Italia l'aumento della popolazione anziana è passato dal 15.9% del 1980 al 20% di oggi comportando un cospicuo aumento di costi assistenziali.

Policlinici universitari o ospedali di zona?

La Ernst & Young Sanità ha effettuato per *Il Sole 24 ore* (18.5.1998) un confronto (oggi si dice un benchmarking) sulla complessità dei ricoveri nei Policlinici (uno del Nord, uno del Centro, uno del Sud). I ricoveri, in base alla durata, sono stati divisi in tre gruppi: 0-5 gg, 6-15 gg, oltre i 15 gg. Per ciascuna classe di durata di degenza è stato esaminato il numero dei casi, la loro percentuale e la percentuale di giornate di degenza consumate, la complessità del caso rilevato dalla classificazione in DRG, infine l'import fuori dal Comune in cui ha sede il Policlinico. Diciamo subito che non si sono verificate differenze fra i tre Policlinici studiati. Il 50% dei casi trattati si colloca in una degenza fra 0 e 5 gg, quindi presumibilmente si tratta di patologie banali. Per il 35% la degenza ha variato fra 6 e 15 gg e per il 12-16% oltre i 15 gg. Il numero delle patologie per caso trattato è attorno all'1.5-1.7, la percentuale dei casi con interventi o procedure sta tra il 69% (Nord) e l'80% (Centro).

La percentuale dei residenti fuori comune

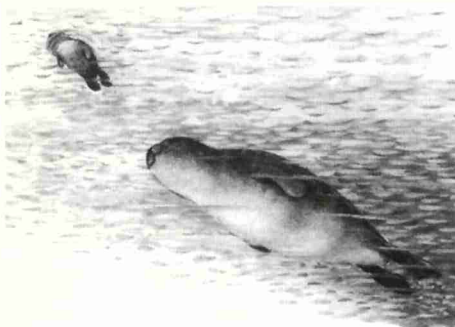


(cioè l'indice di attrazione) è del 47% al Nord, del 53% al Centro, del 49% al Sud. Conclusione: le risorse umane, tecniche, il know-how delle strutture ospedaliere più complesse del nostro paese viene utilizzato per il 50% per problemi banali che potrebbero essere risolti da strutture più economiche.

C'è cioè nei Policlinici un inutile sciupio di risorse.

La sperimentazione in fase IV

Il Minsitero della Sanità sta preparando un decreto sulla regolamentazione della fase IV di sperimentazione dei farmaci. Le sperimentazioni possono essere ammesse anche nelle *strutture ambulatoriali delle AUSL, cioè anche negli ambulatori dei medici di base*, purché in possesso dei requisiti minimi e limitatamente ai casi in cui dette sperimentazioni non possono essere eseguite in regime di ricovero. Dette sperimentazioni sono ammesse soltanto a seguito di espressa richiesta al ministero della sanità. Dovrebbe essere finito, perciò il maluso del collaboratore scientifico che portava i moduli e li ritirava compilati dal medico di base ad uso della ditta sperimentante.



Lo screening per la displasia dell'anca

In un seminario tenutosi a Londra nel Dicembre 1997 sono stati esaminati alcuni problemi relativi agli screening da fare e da non fare. Il seminario è stato coordinato da David Hull di Sheffield. Al momento attuale in Gran Bretagna vige ancora la raccomandazione di effettuare l'identificazione della instabilità dell'anca mediante mezzi clinici in tre tempi durante le prime 6 settimane di vita. In effetti però in 2/3 delle maternità si effettua l'ecografia dell'anca, ma solo per i bambini con anomalie cliniche o fattori di rischio. Ci sono dati che fanno supporre che ci sia un overtreatment.

Qualche dato: senza che vengano attuate procedure formalizzate di screening l'identificazione ammonta ora all'1/1000. Vengono trattati però dal 2 al 5/1.000 dei bambini. In paesi stranieri dove si fa lo screening ecografico viene trattato il 40/1.000 dei bambini ed il 130/1.000 viene seguito per eco borderline.

Per gli inglesi raccolti nel seminario non ci sono sufficienti prove in letteratura, al momento attuale, per fare scelte ragionevoli a favore dello screening generalizzato con l'eco. Per questo è stato incaricato lo Standing Group on Health Technology Assesment di valutare l'efficacia ed il costo /efficacia dello screening estendendo l'esame all'età postpuberale per valutare gli esiti anche alla fine del periodo di crescita.

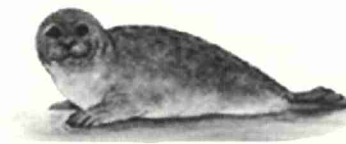
Fino ad allora la procedura clinica è la sola che può essere usata senza essere sottoposti a critiche e comunque per ora non ci sono dati che suggeriscano minimamente un "primary screening by ultrasound". (*Systematic Reviews in Child Health. Royal College of Pediatrics and Child Health March 1998*).

I DRG? A Bologna li hanno corretti

Nella provincia di Bologna fra le quattro Aziende e le due Aziende ospedaliere scorporate è stato raggiunto un accordo, per le tariffe DRG, con delle caratteristiche innovative. Si è stabilito un tetto tariffario globale per il 1997 eguale a quello del 1996 analogamente a quanto in Emilia Romagna è stato fatto per il privato convenzionato. In quest'ambito si è determinata una tariffazione secondo principi abbastanza originali:

1. applicazione della tariffa regionale per un elenco di DRG molto specialistici;
2. applicazione di una tariffa inferiore per gli altri DRG;
3. determinazione di una serie di DRG remunerabili solo come Day-Surgery o come Day-Hospital indipendentemente dal ricovero e dalla sua durata;
4. per le giornate di degenza oltre il DRG (outliers) vengono applicate le tariffe di lungodegenza invece di quelle DRG-specifiche (decisamente superiori).

È chiaro che l'accordo mira a disincentivare l'uso inappropriato dell'ospedale visto l'alto tasso di ospedalizzazione della regione (*Pan.Sanità 1998;1:15*).



La mortalità infantile nel 1994

Carlo Corchia

Patologia neonatale, Azienda Ospedaliera Cosenza

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 23-24

**Vengono riportati i dati ISTAT
della mortalità infantile dell'anno
1994.**

La mortalità infantile in Italia nel 1994, ultimo anno i cui dati sono stati pubblicati dall'ISTAT (Nascite, caratteristiche demografiche e sociali, anno 1994), è risultata del 6,53 x 1000 nati vivi (*popolazione residente*), contro il 7,1 x 1000 dell'anno precedente. La mortalità neonatale totale e la mortalità post-neonatale sono risultate, sempre nel 1994, rispettivamente del 4,91 e dell'1,62 x 1000.

Nella *fig. 1* è illustrato l'andamento della mortalità infantile nel nostro Paese dal 1951 in poi. La diminuzione della mortalità infantile e delle sue componenti è stata costante nel corso degli anni, con una accentuazione del decremento della mortalità nella prima settimana e nel primo mese negli anni '70.

Le variazioni dei tassi di mortalità hanno provocato un cambiamento della distribuzione dei morti nel primo anno di vita in relazione all'età del decesso, come si può notare dalla *fig. 2*.

Fino al 1990 la quota di bambini deceduti dopo il primo mese si è progressivamente ridotta, mentre è aumentata quella dei morti in epoca neonatale, soprattutto entro i primi sette giorni dalla nascita. Negli ultimi anni, tuttavia, le morti dopo le prime settimane sono di nuovo proporzionalmente un po' cresciute, verosimilmente come conseguenza di uno spostamento nel tempo, oltre il periodo strettamente neonatale, dei decessi di neonati critici, i quali ora, più frequentemente rispetto al passato, riescono a sopravvivere ai primi giorni di vita. Nessuna modifica, tuttavia, si è verificata dal 1992 al 1994 (1^a settimana 58%, 2^a-4^a settimana 18%, 2°-12° mese 24%); ciò potrebbe indicare una sorta di assestamento del fenomeno, anche se sarà interessante osservare quanto è accaduto negli anni successivi.

Nella *tab. 1* sono illustrati i tassi di mortalità infantile registrati nel 1994 nei Paesi con più di 2.500.000 di abitanti (*Guyer B. et al. Annual summary of vital statistics-1996. Pediatrics 1997;100:905-918*). Il valore più basso è quello del Giappone (4,2 x 1.000), il più elevato quello degli Stati Uniti (8,0 x 1000). Il tasso dell'Italia è lievemente superiore a quello ufficiale pubblicato dall'ISTAT, probabilmente perché si basa ancora su dati provvisori o perché si riferisce alla popolazione presente e non a quella residente. In questa sorta di graduatoria il nostro Paese si situa al 17° posto, con una differenza assoluta rispetto al Giappone del 2,4 x 1.000 e un rate ratio (rapporto tra tassi), sempre relativamente al Giappone, di 1,57 (il 57% di mortalità in più). Può essere considerato interessante il fatto che la nostra mortalità infantile è più bassa di quella degli Stati Uniti, tradizionalmente considerati, nella mente di molti medici, amministratori, politici e massmediologi, all'avanguardia nella ricerca, nell'organizzazione e nella pratica della medicina. Questo, tuttavia, non è consolante, se si considera il divario, soprattutto in termini relativi, che ancora ci divide dagli Stati con i tassi più bassi, conseguenza, come si vedrà in seguito, delle enormi differenze geografiche ancora esistenti in Italia.

Nella *tab. 2* sono presentati il numero di nati vivi e la mortalità infantile con le sue componenti nelle regioni e aree geografiche italiane. È evidente la nota e persistente differenza fra le regioni settentrionali e quelle meridionali. Il tasso più basso di mortalità infantile è quello del Friuli Venezia Giulia (3,27 x 1.000), il più alto quello della Campania (8,77 x 1.000). Per quel che riguarda la mortalità neonatale totale, il tasso più basso è stato osservato in Friuli Venezia Giulia (2,18 x 1.000), il più alto in Abruzzo (7,36 x 1.000).

Se si prendono in esame le aree geografiche, tutti i tassi di mortalità aumentano progressivamente andando da Nord a Sud, con la sola eccezione della mortalità post-neonatale, che è più

Tab. 1. Mortalità infantile in alcuni paesi con più di 2.500.000 di abitanti nel 1994.

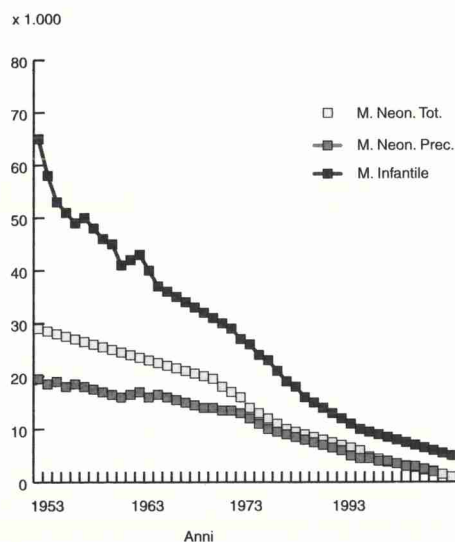
	× 1000 nati vivi
Giappone	4,2
Singapore	4,3
Svezia	4,4
Hong Kong	4,5
Finlandia	4,7
Svizzera	5,1
Norvegia	5,2
Germania	5,6
Olanda	5,6
Danimarca	5,7
Australia	5,9
Irlanda	5,9
Francia	6,1
Canada	6,2
Regno Unito	6,2
Austria	6,3
Italia	6,6
Spagna	7,2
Belgio	7,6
Grecia	7,9
Stati Uniti	8,0

Tab. 2. Mortalità infantile e sue componenti (x 1.000 nati vivi) nelle regioni e aree geografiche italiane nel 1994.

	Nati vivi	MNP	MNTard	MNT	MPN	MI
Piemonte	33.071	3,21	0,73	3,93	1,27	5,20
V. d'Aosta	1.012	2,96	0,00	2,96	1,98	4,94
Lombardia	74.402	2,39	0,86	3,25	1,72	4,97
Trentino A.A.	9.698	3,30	0,52	3,82	1,03	4,85
Veneto	37.573	2,50	0,67	3,17	1,70	4,87
Friuli VG	8.246	1,58	0,61	2,18	1,09	3,27
Liguria	10.706	3,74	0,47	4,20	1,49	5,70
Emilia R	26.888	3,05	0,82	3,87	1,67	5,54
Toscana	24.906	3,21	1,32	4,54	1,16	5,70
Umbria	6.161	3,41	0,97	4,38	0,49	4,87
Marche	11.142	4,31	1,08	5,39	1,35	6,73
Lazio	47.425	2,95	1,01	3,96	1,64	5,61
Abruzzo	11.406	5,61	1,75	7,36	1,32	8,68
Molise	3.075	4,23	0,65	4,88	1,95	6,83
Campania	73.215	4,97	1,79	6,76	2,01	8,77
Puglia	44.828	4,37	1,63	6,00	1,58	7,58
Basilicata	6.066	3,96	1,32	5,28	1,81	7,09
Calabria	22.030	5,58	1,23	6,81	1,59	8,40
Sicilia	59.671	5,28	1,44	6,72	1,74	8,46
Sardegna	14.884	2,82	0,54	3,36	1,61	4,97
Nord	20.1596	2,72	0,74	3,46	1,57	5,03
Centro	89.634	3,22	1,10	4,33	1,39	5,72
Sud+Isole	235.175	4,85	1,51	6,36	1,76	8,12
TOTALE	526387	3,76	1,15	4,91	1,62	6,53

MNP: Mortalità neonatale precoce
MNTard: Mortalità neonatale tardiva
MNT: Mortalità neonatale totale
MPN: Mortalità post-neonatale
MI: Mortalità infantile

Fig. 1. Andamento della mortalità infantile in Italia.



bassa nelle regioni centrali (1,39 x 1.000) rispetto a quelle settentrionali (1,57 x 1.000). I rapporti tra tassi (RR), avendo come riferimento quelli del Nord, sono illustrati nella tab. 3. Tradotti in linguaggio semplice questi rapporti significano, per citare solo gli aspetti più eclatanti delle differenze, che i tassi di mortalità neonatale totale e di mortalità infantile nelle regioni meridionali sono più alti rispettivamente dell'84% e del 61% rispetto a quelli delle regioni settentrionali. La differenza Nord-Centro è invece molto meno marcata. La mortalità infantile delle aree Centro-Settentrionali dell'Italia non raggiunge ancora i valori bassi del Giappone, ma è comparabile a quella delle nazioni Nord-europee. In effetti, sei regioni, tutte meridionali, hanno una mor-

Fig. 2. Distribuzione dei morti nel 1° anno.

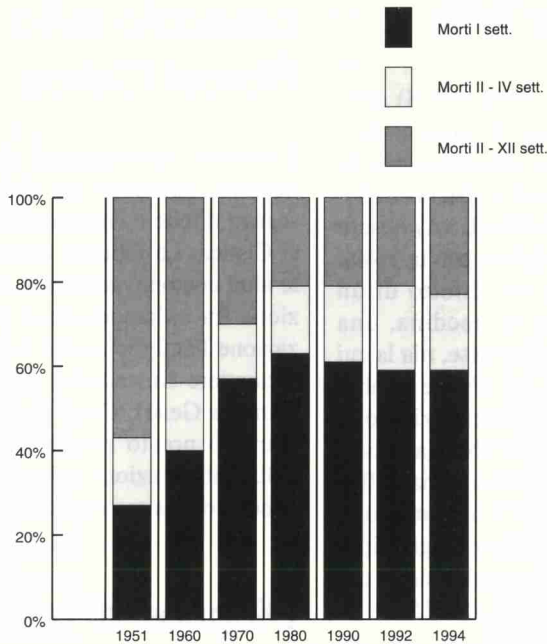
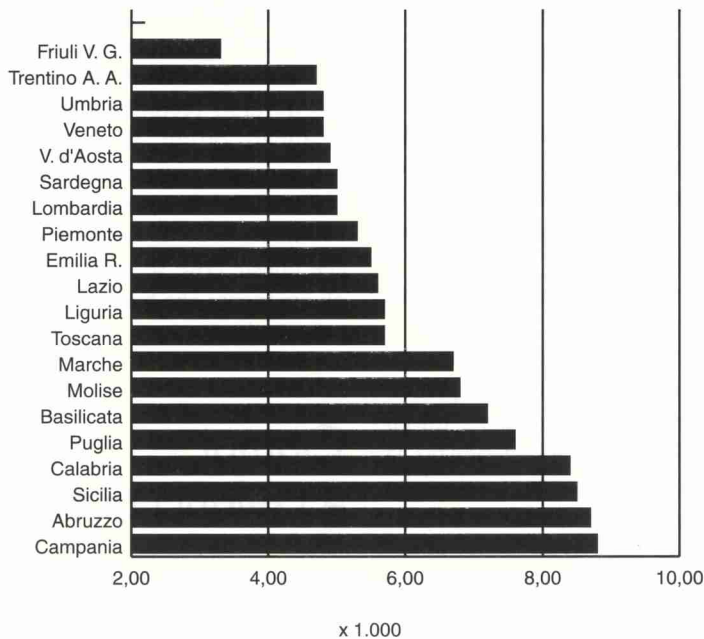


Fig. 3. Mortalità infantile nel 1994 - Popolazione residente.



Tab. 3. Rapporti tra i tassi di mortalità (RR) per area geografica.

	MNP	MNTard	MNT	MPN	MI
Nord	1	1	1	1	1
Centro	1,19	1,48	1,25	0,89	1,14
Sud+Isole	1,78	2,03	1,84	1,12	1,61

talità infantile superiore al 7 x 1.000 (fig. 3), mentre fra le sette regioni con un tasso inferiore al 5 x 1.000 ve ne è solo una (l'Umbria) dell'area centrale ed una dell'area insulare (la Sardegna).

Con la solita vecchia ironia si potrebbe pensare a quante posizioni guadagnerebbe l'Italia nella graduatoria delle nazioni con la più bassa mortalità infantile se non ci fossero le regioni meridionali. Ma si potrebbe anche pensare, e sarebbe meglio, che, se la probabilità di morire nel primo anno di vita di un bambino che nasce nelle regioni meridionali o centrali fosse pari a quella di un bambino settentrionale, allora vi sarebbero in Italia 788 morti in meno all'anno in età infantile, con il risultato di guadagnare le stesse posizioni in quella famosa graduatoria! ■



Piantarla lì con le campagne di educazione sanitaria sull'alcool?

Servono, o sono inutili, le iniziative di educazione sanitaria nelle scuole per ridurre l'uso dell'alcool? La domanda se la sono posta in molti, e S. Minozzi e R. Grilli del Negri (*Epid Prev 1997;21:180*) hanno provato a rispondere. Hanno, perciò, esaminato 100 lavori su 27 interventi progettati e realizzati in USA, nelle scuole, su ragazzi di 10-18 anni. Le tipologie di intervento - sole o combinate - sono state di tipo informativo (metodica che non viene oramai più utilizzata da sola e questo fa aumentare i costi dell'intervento), psicologico, o di pressione sociale. L'intervento del solo insegnante (che prima è stato preparato e ciò ancora costa) si è registrato in nove studi. Dieci sono realizzati tutti da esperti.

Gli indicatori: frequenza d'uso, quantità di alcool assunte, frequenza d'abuso. Gli standard sono diversi da studio a studio. I programmi risultati efficaci sono stati tre, tutti associavano più strategie di intervento.

La qualità degli studi è mediocre. Non è possibile effettuare una valutazione del costo/efficacia, ma si può però dire che gli studi erano costosi e duravano uno o più anni. Gli autori concludono che, per l'Italia, prima di effettuare comunque interventi di questo genere sarebbe bene produrre studi di buona qualità che ne dimostrino l'efficacia.

Fino ad allora ci sembra consigliabile non mettere in cantiere iniziative di questo genere.

Università: più donne che uomini

In Italia ci sono, all'Università, più studentesse (859.000) che studenti (779.000); per lo meno questo dicono i dati dell'anno accademico 1994-95.

Gene candidato per la Prader Willi

La sindrome di Prader Willi (PWS) deriva, come noto, dal punto di vista cromosomico, da una disomia uniparentale, o da una delezione paterna (15q11-q13). All'Università di Nashville (USA) è stato mappato un gene candidato per la PWS. La PWS deriverebbe dal difetto di un gene che codifica per la nezdina, una sostanza dalle funzioni discusse, ma la cui massima espressività è nel SNC e sembra avere rapporti con la differenziazione neuronale. All'interno del SNC la massima espressione della nezdina si ha nell'ipotalamo: l'iperfagia e l'obesità sono manifestazioni di presumibile origine ipotalamica e sono assai espressive della clinica del PWS (*Lancet 1997;350:1520*).

In edicola New Scientist è Scienza Nuova

Con una coraggiosa operazione editoriale, una piccola casa editrice di Trieste l'Asterio editore tenta di far conoscere anche in Italia la più bella rivista scientifica del mondo: *New Scientist*.

L'edizione italiana si chiama *Scienza Nuova* ed è già in edicola.

A dirigerla Emanuela Vinassa De Regny, già nel comitato redazionale di *Sapere* ai tempi della direzione Maccacaro e tra gli ispiratori di *SE (Scienza e Esperienza)*, la rivista che tentò di continuare per qualche anno proprio quell'esperienza.

Nella redazione della rivista due conoscenze acp: Paola Rodari della redazione di *Medico e Bambino* e Ettore Panizon. Nel primo numero la traduzione (purtroppo solo parziale) del bellissimo dossier sulla Marijuana dal sottotitolo esemplificativo: "quel che l'OMS non vuole farci sapere sulla Cannabis", comparso solo qualche mese fa nell'edizione in lingua inglese.

Alla redazione e alla casa editrice Triestina i migliori auguri di *Quaderni acp*.

Un nuovissimo opuscolo sulla Fibrosi Cistica

È uscito il duecentesimo (forse duecentunesimo) opuscolo per diffondere conoscenze dirette e comprensibili sulla Fibrosi Cistica. La faticosa opera è nata, come le altre centonovantanove, dalla collaborazione fra un'associazione laica (Organizzazione Famiglie contro la Fibrosi Cistica a carattere Umanitario) ed un ospedale (il Bambin Gesù). Carta patinata, a colori. Daremo presto notizia ai nostri lettori della pubblicazione del duecentunesimo o duecentoduesimo opuscolo.

Diagnosi di appendicite: è di turno la RMN

La diagnosi di appendicite può essere fatta con una RMN locale dopo preparazione con un tracciante. Lo scan richiede 15'; l'interpretazione dell'immagine circa 45'. I valori predittivi negativi e positivi sarebbero ottimi. Il risparmio calcolato per ogni intervento non necessario evitato è di 447 \$ USA per ogni caso (*N.E.J.M. 1998;338:141*). Il commento di *Lancet* è che queste cose se le possono permettere gli americani che hanno un eccesso di tecnologie da sfruttare.

Ciampi e i Bilanci di salute

Secondo *Il Sole 24 ore* (30.06.1998) il Tesoro ha ricordato agli assessori regionali di avere già assegnato i fondi per i Bilanci di salute e per tutte le attività *extra* legate alla convenzione dei Pediatri di libera scelta (40 miliardi di lire). Un monito - dice il giornale - a non andare oltre le disponibilità (o almeno a carico del SSN). Se si facessero 4 bilanci di salute per anno ai 400.000 nati in carico ai pediatri la spesa sarebbe di 55 miliardi l'anno.

“Il Resto del Carlino”: noto giornale scientifico

Il 10 aprile 1998 è comparso sulla pagina di Pesaro de *Il Resto del Carlino* un articolo dal titolo su cinque colonne “I miei bambini uccisi dal vaccino”.

L'articolo riferisce di due fratelli deceduti a sette e tre anni dopo episodi recidivanti di encefalite. La sorella deceduta a sette anni ha avuto una diagnosi di encefalite per episodi manifestatisi a nove mesi, tre anni e cinque anni. L'altro fratello è deceduto sempre per encefalite a due anni e mezzo. Lo studio del DNA, riferisce sempre il *Resto del Carlino*, ha dimostrato una non meglio specificata “predisposizione” ad ammalare di encefalopatie.

Una diagnosi assai complicata, come si vede, e da affidare a specialisti di genetica e neurologia. E, giustamente, i genitori hanno cercato di avere informazioni più precise in due casi così poco chiari.

Racconta la madre che si è rivolta ad uno “specialista del settore”, al dr. Massimo Montinari di Bari che pur non essendo né neurologo, né genetista ha dichiarato di potere risolvere il problema diagnostico semplicemente vedendo le cartelle cliniche dei due fratelli. Cosa che è stata fatta. Infatti la famiglia ha inviato le cartelle allo “specialista del settore” e la risposta è stata immediata. “È tutto molto chiaro: i due bambini sono deceduti per i danni riportati dalle vaccinazioni. Il vaccino ha intaccato il sistema immunitario. I due bambini sono morti per una patologia degenerativa da vaccino”. Non essendo “specialisti del settore” non sappiamo se la diagnosi è stata effettuata con i criteri della Evidence Based Medicine.

Le convenzioni in Cassazione

La corte di cassazione (9252/29 settembre 1997) ha ribadito che il rapporto di lavoro fra AUSL e medici convenzionati non è di pubblico impiego, ma ciononostante il medico convenzionato è “persona esercente un servizio di pubblica necessità”.

Università contro Sanità

La commissione igiene e sanità del senato sta discutendo il testo sulla formazione continua post-laurea proposto dal senatore Fulvio Camerini (DS).

Il testo prevede l'istituzione di un Comitato Nazionale per la Formazione Continua che opererà con il sistema dei “credit”, adottati da tempo negli USA, che varranno come punteggio nel curriculum formativo del medico sia per i medici dipendenti che convenzionati. L'Ordine dei medici, il Ministero della Sanità e le Amministrazioni locali dipendenti dal ministero e dagli Assessorati regionali avranno funzioni di controllo.

L'opposizione ritiene che si debba parlare di aggiornamento professionale e non di formazione e che il ruolo centrale debba essere dell'Università e non del Ministero e degli Assessorati della Sanità.

Quest'ambito è la seconda sede di scontro fra Università e Sanità: l'altra è la formazione degli specializzandi.

A questo proposito il testo predisposto dal governo dà ampio spazio al Ministero della sanità, mentre quello preparato dal comitato ristretto della commissione cultura di Montecitorio, predisposto dall'on. Petrella (DS), dà alla sanità un ruolo assai più modesto.

Regione Lombardia: qualche dubbio sulla liberalizzazione?

La commissione d'inchiesta sulla spesa sanitaria della Regione Lombardia ha rilevato qualche interessante anomalia nel sistema sanitario.

1. Su 4.100 cartelle esaminate sono state riscontrate anomalie di compilazione nel 69% di quelle degli ospedali e nel 72% di quelle delle strutture private.

2. C'è stato un progressivo aumento dei ricoveri particolarmente accentuato negli ospedali privati (leggi al S. Raffaele). Il numero dei ricoveri in DH è più che rad-

doppiato e potrebbe nascondere una tendenza al doppio ricovero.

3. La “liberalizzazione” (udite! udite!) “se non seguita da una messa in campo di strumenti sistematici di controllo e dall'applicazione di una griglia di indicatori culturalmente autorevoli rischia di proporsi come una modalità che può fare lievitare il numero delle prestazioni in modo comunque tale da non giustificare il vantaggio dello snellimento delle procedure e della diminuzione delle liste d'attesa”.

Che, in parole povere, significa: il privato dà la prestazione subito, ma si rischia che sia non appropriata.

La legge delega per il riordino del SSN

La legge delegata al governo dalla finanziaria 1998 per il riordino del SSN prevede in estrema sintesi:

1. il rafforzamento del ruolo dei comuni nella programmazione e nella verifica dei risultati (anche dei risultati dei direttori generali relativamente alla loro conferma o revoca),
2. l'individuazione di livelli essenziali ed efficaci di assistenza per le prestazioni che devono essere poste a carico del SSN, (questa parte è già stata anticipata dal Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000)
3. l'inserimento del medico/pediatra di base nelle strutture distrettuali,
4. la ridefinizione dei criteri e dei meccanismi di individuazione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere,
5. la collaborazione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali alla elaborazione dei Piani Sanitari Regionali,
6. la ridefinizione dei limiti massimi dell'età (65 anni?) per intrattenere rapporti convenzionali e di dipendenza con il SSN,
7. la definizione di criteri di valutazione dei direttori generali,
8. le norme miranti a ricondurre nell'ambito del SSN anche l'attività dell'Università,
9. le norme per il riordino del Ministero della sanità.

USA

La Nestlé ed i pediatri americani: un po' per gioco

In una mailing list pediatrica nordamericana (*Pedtalk*), frequentata quasi solo da pediatri pratici, è stato riportato con commenti molto spiritosi il "lancio" di un nuovo prodotto della Nestlé effettuato il 28 luglio 1998 in California. "La Nestlé offre ai fortunati bambini della California una saporita e nutriente new way (peccato sia morto Sinatra; dopo "my way" chissà! ndr) per preparare rapidamente un pasto di tipo nuovo: il primo al mondo che include cereali ed ingredienti del latte formulato. Questo, dopo essersi resa conto (La Nestlé ndr) del problema avendone parlato con i genitori di California ed essendosi accorta che proprio i genitori si affannano a cercare per i loro figli cibi nutrienti e bilanciati". E qui, di stampo berlusconiano, la statistica: quattro genitori californiani su cinque hanno chiesto ai loro pediatri un consiglio per i cibi dei bambini, il 42% ha poi detto che il loro problema principale era di mescolare le pappe, il 39% che il problema era di dare da mangiare robe molto finemente mescolate, ed il 35% era di passare a cibi solidi. Ben l'88% dei genitori concludeva di avere seri problemi nel dare da mangiare ai figli. Non solo, ma la Nestlé ne ha anche parlato "con la dottoressa Lilian Beard, un pediatra pratico che è anche associato di pediatria alla Washington University. Lilian ha detto addirittura: un cereale con gli ingredienti del latte formulato è l'unica (si badi "l'unica" ndr) strada per consentire ai genitori di aggiungere varietà alla dieta senza sacrificare la nutrizione. In buona sostanza - continua Nestlé - il nuovo Baby Cereal offre ai genitori la soluzione a qualcuno dei loro pressanti problemi perché, al contrario degli altri prodotti, contiene, oltre al cereale, gli ingredienti della formula standard ed offre vantaggi nutritivi. I genitori devono solo aggiungere acqua e mescolare ed ottengono un fine e cremoso pasto per i bambinelli reso più

sapido da sapori di riso, riso e banana per i bb di 4 mesi, cereali misti e frutta, yogurth, raspberry e sapori addirittura più complessi per i bambini più vecchi.

Gli altri preparati di cereali richiedono, invece, che il genitore, per ottenere un pasto, aggiunga ai cereali stessi latte materno, latte formulato, succhi.

Commento della mailing list: *che roba è questa che ci propongono? Non vi sembra solo polvere di latte formulato mescolata in acqua con polvere di cereali. È una grande trovata? I genitori non potrebbero eguagliare Nestlé mescolandoseli da soli i cereali e la polvere di latte?*

Altro commento: *mescolando a mano e risparmiando qualche dollaro.*

Nestlé continua: *per maggiori informazioni, tenendo conto che Nestlé ha una vecchia storia di dare il meglio ai bambini, leggete: www.carnationbaby.com*

Commento della mailing list: *chi non ha oggi un website? ma questo amore non è un tantino umoristico se si pensa al boicottaggio degli anni '80?*

Nestlé continua: *questa storia di amore all'infanzia comincia nel 1867 quando ad Henri Nestlé fu chiesto di intervenire in un caso di carenza di latte materno ed Henri salvò quella vita creando una speciale mistura che fu riconosciuta come il primo latte artificiale nel mondo.*

Commento della mailing list: *allora è nato prima il latte artificiale che il cioccolato della Nestlé?*

FTA

Con i trans siamo i primi in europa

I Trans fatty acids (FTA) fanno aumentare il colesterolo, non si sa se più o meno degli acidi grassi saturi. Quello che si sa con certezza dal TRANSFAIR Study Group è che l'intake di TFA in Italia è il più basso (1.6 g/die, lo 0.5% dell'energia totale) contro i 5.4 g/die (2% del totale) dell'Islanda.

I FTA si ritrovano nella carne dei ruminanti, nei formaggi, e negli oli vegetali e margarine, come sostituti dei grassi saturi. (*Lancet 1998;351:1099*).

USA

Clinton e gli anziani

Nel Messaggio sullo *Stato dell'Unione* Clinton si è proposto di aumentare la copertura del Medicare anche a gente "meno vecchia" di quanto sia ora. Attualmente, infatti, si entra nella copertura del Medicare a 65 anni. Clinton propone che la copertura sia estesa fino a 62 anni se gli interessati compreranno con un premio fisso la copertura assicurativa statale. Da 55 a 62 anni i cittadini possono comprare le prestazioni con lo stesso premio se sono disoccupati. Altra proposta di Clinton è quella di aumentare cospicuamente la disponibilità finanziaria per la ricerca biomedica.

EUROPA

Virus polio a Parigi

Al meeting del WHO a Vienna, nel dicembre 1997, è stato riferito che il virus selvaggio della Poliomielite è stato isolato nelle fogne di Parigi un anno fa. Ciò conferma le necessità di continuare a vaccinare per ottenere il risultato di essere "liberi dalla Polio" nell'anno 2.000. I casi europei di Polio nel 1997 sono stati sette, nel 1996 189 (*Lancet 1997;351:44*)

AMM...

...e i diritti dell'uomo

L'Associazione Medica Mondiale (AMM) ha celebrato il suo 49° anno di fondazione ad Amburgo: l'AMM ha affermato il legame indissolubile fra Salute e Libertà ed ha dedicato grande spazio alle violazioni della libertà contro i medici in Nigeria, Tunisia, Vietnam ed ha protestato contro le sanzioni comminate ai medici turchi che stanno rifiutando di dare informazioni sui loro assistiti alla polizia. Ha vivamente protestato contro la violenza dei Talebani che impediscono alle donne l'esercizio della professione medi-



ca in Afghanistan. All'AMM è stata riammessa, con molti dubbi, l'Associazione Medica Cinese: i dubbi derivano dal fatto che dalla Cina provengono notizie di trapianti di organi prelevati ai carcerati.

WWW

Museum of Questionable Medical Devices

Un bel sito web segnalato su (*Lancet* 351:1520 Medical quackery squashers on the web) <http://www.mtn.org/quack/> raccoglie tutti i dispositivi medici non solo di dubbia utilità ma anche di dubbio gusto. Alcune perle emblematiche. L'invenzione del signor McCoy: la macchina che incrementa la virilità e cura la prostata (con pochi volt di energia elettrica applicate al punto giusto); per le signore, il sapone che toglie il grasso e la macchina che "espande" il seno.

A quanto pare, si tratta di prodotti tutti ben venduti negli States in questi giorni. Ogni popolo ha i *dibella* che merita. Ma al di là di questi aspetti grotteschi il Museum of Questionable Medical Devices (che si limita a raccogliere tutte le porcherie che vengono offerte su Internet) pone all'attenzione di tutti un problema estremamente serio: il florido mercato di "farmaci e rimedi medici" di ogni tipo sviluppatosi sulla rete.

Problema tanto importante da indurre recentemente la 51ª World Health Assembly (WHA) (Ginevra 11-16 Maggio) a considerare questo uno dei problemi più seri e da affrontare insieme a:

- resistenza ad antibiotici,
- cambiamenti del clima mondiale,
- prevenzione della violenza attraverso un intervento sulle politiche televisive di tutto il mondo, (tutti i delegati hanno denunciato lo squallido panorama mondiale con cui vengono gestite le televisioni),
- la continua violazione del codice internazionale di almeno dieci grandi produttori di succedanei del latte materno,
- gli aspetti scientifici e sociali della clonazione,
- le malattie infettive emergenti.

PALESTINA

Le torture della polizia di Arafat

Il "Gruppo Palestinese per la Tutela dei Diritti dell'Uomo" ha pubblicato (*Lancet* 1998;351:425) il rapporto annuale sullo Stato dei Diritti in Palestina.

La situazione è peggiorata rispetto al 1996. Gli arresti illegali e la detenzione arbitraria, con la morte di cittadini in carcere, sono ora la regola e non l'eccezione. È in uso la tortura e talora l'uccisione senza giudizio.

GRAN BRETAGNA

Fuoco su Blair!

Abbiamo pubblicato sul n° 3 di *Quaderni acp* un articolo sulle modificazioni che i laburisti hanno intenzione di attuare per la riforma del sistema sanitario.

Ci sono, però, grosse resistenze al cambiamento.

Una sorda campagna di resistenza viene condotta dai fundholder che sanno di perdere il loro potere di controllo sui budget ospedalieri, ci sono molti che sostengono che la dimensione dei *Primary care group* (PCG), pensata per centomila abitanti, è troppo grossa e si suggerisce, come meglio gestibile, una dimensione di popolazione di trentamila abitanti, anche se questo comporta maggiori spese burocratiche.

Critica è ora anche la British Medical Association e si discute se i debiti delle precedenti USL siano da porre in carico ai PCG (esattamente lo stesso è successo da noi nel passaggio da USL ad Aziende USL).

Si vuole distinguere il budget per i costi amministrativi da quello per l'assistenza, non si vogliono penalizzazioni in caso di sfondamento della spesa e i GP non vogliono limiti alla libertà di prescrizione. Sono anche contestati i progetti "city-wide" nel timore che non si riesca a coordinare l'attività di molti PCG interessati alla gestione dei progetti.

GRAN BRETAGNA

Il caso Bristol

Nel maggio 1998 la commissione di disciplina dell'ordine dei medici inglesi annunciava che vi erano sufficienti prove a carico di tre medici per condotta condannevole.

L'indagine era durata 8 mesi ed aveva riguardato il comportamento di due cardio-chirurghi pediatri che avevano continuato la loro attività nonostante un eccesso di mortalità operatoria del quale non potevano non essere al corrente e nonostante le manifeste preoccupazioni dei colleghi circa l'eccesso di mortalità.

I casi inquisiti riguardavano 53 bambini dei quali 29 deceduti e 4 con danni permanenti al SNC.

In particolare in 27 correzioni di Difetto settale AV si ebbero 15 decessi. In 38 interventi per "arterial switch" in trasposizione dei grossi vasi si ebbero 20 decessi. Altra accusa riguardava l'informazione ingannevole data ai parenti circa una mortalità attesa complessiva per i loro interventi del 20-25%.

Il terzo medico inquisito era il direttore sanitario dell'ospedale in cui i chirurghi operavano e che è stato accusato di non aver tutelato sufficientemente l'interesse dei clienti, nonostante fosse stato allertato da colleghi e specialmente dagli anestesisti (che hanno preso la decisione di effettuare infine una formale denuncia) oltre che dal responsabile della cardio-chirurgia adulti che è un italiano e si chiama Gianni Angelini.

La commissione doveva decidere se sospendere o cancellare definitivamente dall'ordine dei medici inglese i tre professionisti.

Una linea "più morbida" era quella della "ammonizione pubblica e solenne", ma è stata subito scartata.

Il direttore sanitario è stato cancellato, i cardiocirurghi sono stati allontanati dalla professione per tre anni.

In un suo editoriale *Lancet* si chiede se la tutela della salute e la regolamentazione della professione debba essere regolata dalle funzioni disciplinari e solo da queste (*Lancet* 1998;351:1669 e 351;1935).

STUP-INFO, la libertà di cura?

A noi!

di Lucio Piermarini

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 30

L'apposita *Sezione C* della *Suprema Corte di Castrazione* ha deliberato la somministrazione gratuita ai malati nati nel *Capricorno* anche della *PERAROSINA*, uno dei componenti fondamentali della famosa miscela del professore emiliano *MaValà-ChevaBen*. Si allunga così la serie delle deliberazioni dei giudici italiani riguardanti farmaci salvavita che la medicina ufficiale si è sempre ostinata a non usare con la solita scusa della mancanza di sperimentazione. Come se non bastassero le testimonianze di tanti che durante tali terapie hanno dichiarato, dichiarano e giurano di stare bene e talora molto bene.

Se fossero morti non lo potrebbero dire, no?

I lettori ricorderanno le polemiche intorno al primo farmaco inserito nel *Casellario Terapeutico Giudiziario*, la *SOMAROBURLINA*, sul quale la *Suprema Corte* confermò, come voluto dalla pubblica opinione, la sentenza del *pretone di Gramaglie*.

Questi ne aveva già assicurato la prescrizione gratuita nella sua regione con la storica udienza di piazza dove la giuria popolare era costituita, come dovevasi, dai cittadini. Al momento della votazione si contarono

solo mani alzate a favore.

Gli oppositori non provarono nemmeno a votare tanto erano a terra, anzi praticamente sotto. Alla sentenza del *Pretone di Gramaglie* fece seguito la concessione del rimborso spese di viaggio, soggiorno e mance a *Lùrd* allo scopo di garantire il diritto ai bagni nella miracolosa fonte.

Grande merito ebbe in ciò il direttore del quotidiano *Il Guardone Romano*, che vide, e giurò di avere visto, numerosissimi testimoni di guarigioni. Il direttore provò, poi, inconfutabilmente che gli insuccessi riportati dai denigratori erano dovuti al fatto che in quei casi i malati erano proprio malati.

La *Suprema Corte* ha ancora in esame altri presidi terapeutici la cui efficacia è da sempre rinomata e che, solo per l'intervento preconcepito di oscuri personaggi, trincerati a Milano in via Eritrea, sono stati sottratti a chi ne aveva effettivo bisogno. Ne diamo un parziale elenco:

Il corno di rinoceronte
Il fungo cinese
Le lacrime di sangue "Madonnina"
L'ambrosia dell'Olimpo
Il Santo Graal
La pietra filosofale
La barba del Profeta
La maglia di Ronaldo

Dopo questo concreto passo in avanti nella realizzazione del diritto alla salute aspettiamo il degno completamento di tale processo. Una commissione parlamentare sta preparando il disegno di legge che renderà la morte, nel nostro paese, un semplice optional.

X Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri “Bambini senza medicine”

Taormina (ME)- Palazzo dei Congressi 23-25 Ottobre 1998

“L’ACP intende il suo Congresso annuale come un momento di riflessione sul ruolo e la cultura del pediatra nella società che cambia, e come luogo di incontro e confronto tra i gruppi locali. Si fa il punto di progetti e iniziative nate uno o due anni prima e vengono formulate nuove proposte. Si discute di politica sanitaria, di rapporti con altri operatori e con gli utenti, e naturalmente ci si aggiorna. Quest’anno i temi portanti sono l’evidenza in pediatria (quanti dei nostri atti quotidiani sono poggiati su una solida base scientifica?), il contributo che può venire alla salute del bambino dalle politiche sociali e culturali dei Comuni, la collaborazione con i neuropsichiatri, i modelli ideali di cure per il bambino. Si discute di come può essere costruito un rapporto con l’industria fattivo e trasparente a garanzia dell’utenza. Si affrontano anche alcune frontiere della pediatria quali la neuropsicologia applicata ai disturbi dell’apprendimento, e la genetica dei virus dell’epatite. Si presentano le ricerche in pediatria di base. Poche medicine? Altre medicine? Senza medicine? È un Congresso per scelta aperto, in cui si discute molto in un clima che non ha nulla di accademico, ed in cui non mancano le occasioni di piacevole convivialità. Non c’è dubbio che la cornice di quest’anno sarà abbastanza eccezionale. Dunque, ti aspettiamo!”

Venerdì 23 Ottobre

09.30-10.30 Lettura. Giocosa terapia (P. Boero)
 10.30-11.00 Pillole di medicina basata sull’evidenza (G.C. Biasini)
 I Prevenzione (D. Baronciani)
 11.00-13.00 Pediatri e neuropsichiatri infantili: percorsi comuni nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione (N. D’Andrea, G. Levi, F. Calamoneri, F. Ciotti, S. Conti Nibali)
 13.00-13.30 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “L’obesità nella pratica ambulatoriale” (A. Nova, E. Sala)
 15.30-16.00 Dieci passi per... una buona perinatologia (G. Rapisardi)
 16.00-16.45 Può la formazione modificare la pratica dell’allattamento al seno? (A. Cattaneo, S. Quintero)
 16.45-17.15 Pillole di medicina basata sull’evidenza (G.C. Biasini)
 - II: Diagnosi (R. Buzzetti)
 17.15-17.45 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “La prescrizione di farmaci in pediatria di base” (T. Cazzato)
 17.45-18.30 Sistema di pediatri sentinella: stato dell’arte e proposte per il futuro (M. Marin, M. Gangemi)
 18.30-19.00 Dieci passi per... un buon ospedale (N. D’Andrea)

Sabato 24 Ottobre

09.00-09.30 Pillole di medicina basata sull’evidenza (G.C. Biasini)
 - III: Terapia (M. Bonati)
 09.30-10.00 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “Attitudine, pratica e conoscenze dei pediatri di famiglia e dei medici vaccinatori sulla vaccinazione antimorbillosa nella provincia di Messina” (M.F. Siracusano)
 10.00-11.30 Per un codice di comportamento dell’ACP nei rapporti tra medico e industria farmaceutica (G. Tamburlini, F. Panizon, M. Bonati)
 11.30-12.00 Dieci passi per... una buona pediatria di famiglia (V. Calia)
 12.00-13.00 Bambini in ospedale: perché, come e quando (Gruppo di ricerca ospedaliero ACP)
 13.00-13.30 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “Indagine sul comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di famiglia di fronte al bambino con enuresi notturna” (P. Lubrano)
 15.30-16.00 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “Le richieste di consulenze specialistiche da parte del pediatra di famiglia” (L. Brivio, R. Cazzaniga)
 16.00-17.00 Implicazioni cliniche della variabilità genomica dei virus epatitici nel bambino e nell’adulto (G. Raimondo)
 17.00-19.00 Assemblea dei soci ACP

Domenica 25 Ottobre

09.30-10.30 I disturbi dello sviluppo come disturbi multistadio (G. Levi)
 10.30-12.30 Progetti per l’infanzia: dal dire al fare... (P. Alcaro, E. Bianco A.M. Colella, G. Giunta)
 12.30-13.15 Ipotesi di uno studio nazionale di coorte (Gruppo di ricerca delle cure primarie ACP)

Segreteria Organizzativa:
 ACP dello Stretto

Per iscrizione e prenotazione alberghiera:

Mediterranea Meetings

Pizza Catalani 6. 98122 Messina
 tel. 090/711109 fax 090/711164 e-mail medmeet@tin.it
 C/C n. 12191-00 ABI 2008 CAB16500 presso Credito Italiano
 Piazza Cairoli - Messina

Per agevolazioni sui voli:

Lisciotto Viaggi
 tel. 090/719001 fax 090/714111 e-mail lsctt@mbox.vol.it

Il pesce portalo al cuore

Maurizio Bonati

Istituto "Mario Negri", Milano

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 32

Questo è lo slogan coniato dall'associazione dei commercianti americani di pesce che, dopo che un'intensa campagna di stampa, ha sostenuto che mangiare pesce dimezza il rischio di infarto miocardico.

Una campagna gratuita (non solo finanziariamente) guidata dai titoli e dalle "prime notizie" dai principali quotidiani, televisioni e radio americane, e non solo americane.

Per citarne alcuni: New York Times, Washington Post, Time, CNN, ABS, ecc.

La "fonte primaria" di questa informazione è rappresentata da un articolo pubblicato in gennaio da JAMA (*Journal of American Medical Association*) che, accompagnato da un tiepido editoriale, passato inosservato, presentava i risultati di uno studio di enormi limiti metodologici, a partire dalla selezione della popolazione coinvolta: medici americani, maschi e bianchi.

Incurante di quanto poco fosse scientificamente provata l'evidenza, e quindi la generalizzazione dei risultati, ed allettato dall'effetto sensazionale (scoop) che la notizia avrebbe avuto sul pubblico generale, il comitato editoriale di JAMA decise la pubblicazione dello studio.

L'ufficio stampa dell'AMA (*Associazione Medica Americana*) aveva anticipato l'uscita dell'articolo (come ormai è prassi per tutte le maggiori riviste scientifiche, specie negli USA) con comunicati stampa a mezzo fax, e-mail e con il *JAMA-Report*. È questo un comunicato stampa in video di due minuti e mezzo, utilizzabile via satellite da qualsiasi rete televisiva. Solo negli USA il *JAMA-Report* è visto settimanalmente, tutto od in parte, da 25 milioni di persone con uno share fino a 110, nel corso di notiziari o programmi dedicati.

Quello di cui stiamo parlando è un esempio dell'attuale competizione tra le più prestigiose riviste mediche, in particolare fra JAMA e New England Journal of Medicine (NEJM), ma anche se in modo diverso, un po' più

"nobile", fra Lancet e British Medical Journal (BMJ) per porsi all'attenzione del grande pubblico. A qual fine?

Quello della competitività editoriale, anche a colpi di scoop, come succede ovunque ed ad ogni livello del mondo dell'informazione; anche in quello nostrano con mezzi po' rozzi come le copertine di Espresso - Panorama, gli inserti Corriere - Repubblica, le trasmissioni RAI - FININVEST, ecc.

Catturare l'interesse e la curiosità per il proprio "prodotto", in ambito editoriale vuol dire ottenere contratti pubblicitari.

Un pachiderma editoriale come il JAMA con le sue 15 edizioni internazionali, 750 mila lettori in 150 paesi, con un fatturato pubblicitario nel 1997 di 21.4 milioni di dollari (40 miliardi di lire), non può certo permettersi di basarsi sempre e solo sulle evidenze di indiscussa scientificità per mantenersi nella fascia alta dell'editoria.

Il NEJM, un poco più elitario, come si diceva sopra, non è comunque da meno e la guerra allo scoop dilaga.

I medici che leggono le riviste per formarsi una cultura e seguono le trasmissioni televisive sono costretti ad essere da una parte ulteriormente critici e dall'altra necessariamente pronti a rispondere alle richieste di informazione del paziente circa "l'ultima trovata".

C'è chi si arrovella con la EBM, come abbiamo cercato di chiarire nell'editoriale di questo numero di *Quaderni acp*, e chi con i trend di vendita, come la rivista *Restaurant Business* che segnalò un'impennata dei consumi di piatti di pesce nei ristoranti americani nel corso dei giorni successivi alla pubblicazione dell'articolo sulla prestigiosa rivista medica.

Il sapere che anche prestigiose riviste di medicina sono soggette alla logica del mercato editoriale rende il nostro già difficile mestiere ancora più impervio e le nostre decisioni più difficili. ■

Il FIT: ovvero dell'ingegneria finanziaria

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 33

Red.

Il lessico poco familiare si è arricchito di un nuovo termine: FIT

FIT significa Finanziamento tramite terzi.

Si tratta di un programma di risparmio energetico. Dovrebbe consentire di ridurre le spese per l'energia nelle AUSL e nelle AO. Viene dagli USA ed ha fatto tappa in Gran Bretagna, Germania, Spagna.

L'Unione Europea ne sta diffondendo l'uso con il programma "Thermie".

È uno strumento, come dicono i tecnici, di ingegneria finanziaria che prevede che una società si aggiudichi l'appalto della fornitura di energia alle AUSL o alle AO, garantendo un risparmio da convenire (o garantendo un ammodernamento tecnologico a costo zero) e recuperando il suo investimento con la riduzione dei costi energetici ottenuta attraverso l'intervento stesso.

In Italia il Piemonte sembra pronto ad utilizzare il FIT. La giunta, infatti, ha approvato uno schema di capitolato per l'appalto di fornitura di energia alle aziende sanitarie, cominciando dall'AUSL di Casale Monferato. All'estero ci sono già esperienze concluse positivamente: a Santander, in Spagna, un ospedale avrebbe ottenuto un risparmio del 55% sul totale, mentre un altro avrebbe garantito il rinnovo dell'intero impianto.

L'ospedale di Werwin Garden in Gran Bretagna avrebbe risparmiato il 18%; ma si deve dire che questo ospedale aveva già realizzato nel 1989 un programma di risparmio energetico e ciò giustificerebbe, secondo i sostenitori del FIT, il modesto risparmio.

Qual'è in Italia la dimensione del problema? Dai flussi informativi AUSL 1966, resi noti dal Ministero, risulta il consumo, per l'intera Italia, di 488 miliardi di lire per combustibile, carburante e lubrificanti, di 358 miliardi per servizio di riscaldamento, di 390 miliardi per energia elettrica e di 195 miliardi per acqua e gas. In totale una "bolletta" di 1.434 miliardi.

Più di tutto spende la Lombardia (194

miliardi), il Veneto (171 miliardi), l'Emilia-Romagna (145 miliardi), il Lazio (126 miliardi), il Piemonte (125 miliardi), la Toscana (117 miliardi). Le restanti regioni hanno spese a due cifre, tranne il Molise che spende solo 7 miliardi.

L'interesse delle Società per il FIT è quindi rivolto soprattutto alle regioni del Nord ed a quelle di grande estensione.

Se le cose andassero diritte il risparmio possibile sarebbe dunque non trascurabile: 258 miliardi se andasse come in Gran Bretagna, 789 miliardi se andasse come in Spagna.

In realtà un FIT molto meno lungimirante è già largamente in uso in molte aziende del meridione d'Italia dove riscaldamenti e condizionatori d'aria sono stati soppressi da sempre.

Anche la redazione di *Quaderni acp* e il suo grafico aderirebbe volentieri a un programma di risparmio energetico, a patto che questo sia in grado di... prevedere almeno un buon climatizzatore. ■



Uso del GH

L'Emilia-Romagna è una regione i cui servizi sanitari hanno fama di funzionare bene. Tra le cose che funzionano vi è la raccolta dei dati. Tra questi dati vi sono quelli dei bambini/ragazzi che sono stati trattati con GH nel 1996 nella maggior parte delle aziende regionali. Riportiamo questi dati nella *tabella 1*. Dai dati emerge che i soggetti trattati con GH sono tanto più frequenti nella popolazione quanto più sono vicini al maggiore Centro Diagnostico Regionale che sta a Bologna. Non ci sono nella popolazione differenze sociali, etniche o altre che possano spiegare questo fenomeno. In generale inoltre i soggetti trattati sono comunque più frequenti dell'atteso (1/2.000). Siccome l'epidemiologia e la definizione del deficit di GH sono molto discussi, siccome tutte le regioni d'Italia dovrebbero essere tenute a possedere questi dati, e siccome il costo del GH incide sulla spesa sanitaria pediatrica territoriale per cifre vicine al 50% della spesa totale, sarebbe opportuno che i pediatri endocrinologi italiani raccogliessero tutti i dati disponibili, li confrontassero e ci pensassero un po' su.

Francesco Ciotti, Massimo Farneti

Mi allontanano dall'ACP?

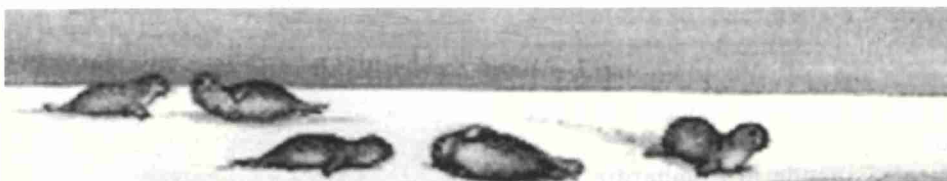
La decisione di scriverLe si è concretizzata dopo Copanello, anche se era stata presa da tempo. Le mie sono considerazioni strettamente personali che riguardano me come pediatra e iscritto ACP. Da qualche tempo cerco di riflettere sul mio ruolo di pediatra e di iscritto ACP. A Copanello mi ha molto interessato la relazione del prof. Sereni sulla storia della pediatria in Italia, la quale si intreccia fortemente con quella dell'associazione. Mi ha fatto piacere constatare che l'ACP nasceva dall'esigenza sia di combattere il solito sacrale potere universitario che di calarsi nella realtà (applicabilità) del quotidiano. Dopo vent'anni di lavoro il gruppo fondatore (anche se nel tempo rimaneggiato), può sicuramente essere contento di ciò che ha ottenuto: una coscienza pediatrica creata dal nulla, una competenza innegabile, un seguito sempre più ampio. E a ragione. Iscrivendomi all'ACP ho anch'io cercato la competenza, la razionalità che deve sottendere l'operato quotidiano del medico (anche se sembra che solo oggi la medicina scopra l'EBM), il superamento dell'isolamento con cui mi trovo a combattere ancora oggi nello stu-

dio, la voglia di fare "gruppo", di discutere, di imparare dai miei errori (e si impara molto, inevitabilmente purtroppo). Anche a Copanello ho sentito ripetere spesso che "siamo tanti, 2.600- 2.800 iscritti, più di un terzo dei pediatri italiani". Ma, da tempo, mi chiedo se questi non siano semplici numeri e basta. Credo in effetti che sia così. Perché? La mia ricerca di un gruppo di cui sentirsi parte è ricaduta sull'ACP non solo per le cose già prima accennate (competenza, razionalità ecc.), ma anche perché è un'associazione CULTURALE e per me questa parola ha una sua valenza. Nel tratteggiare il pediatra "ideale" il prof. Panizon non ha messo forse in cima "gli interessi diversi, la lettura, la "cultura" insomma (intesa come curiosità alla vita, sete di conoscenza). Cercavo una certa indipendenza di giudizio: quante volte criticiamo gli sponsor, i "comparaggi" (ricorda prof. Biasini, che al corso per formatori a Palermo, ci consigliava di controllare sempre chi ha sponsorizzato il lavoro scientifico?). Le mie riflessioni nascono dal fatto che ogni giorno sono sottoposto a pressioni esterne più o meno dirette (ditte), indirette (Collegi da imitare; Chi te lo fa fare?), che mi fanno guardare sempre più all'interno dell'ACP per trovare solidarietà. In realtà anche all'interno dell'ACP esiste una stratificazione di comportamenti:

1. c'è chi si è iscritto "per caso" (un amico, le prime volte poi più nulla);
2. chi si iscrive per la "conoscenza obbligatoria": sono sicuro di aggiornarmi, di non sentirmi solo con i miei errori, i miei dubbi (se condivisi fanno meno paura);
3. chi condivide anche i presupposti culturali dell'ACP: "massima libertà di scienza e coscienza (leggi sponsor), pago di tasca mia i congressi, libri, gli abbonamenti, l'attrezzatura, partecipo a ricerche sul campo, mi sforzo di aggiornarmi facendo Journal Club o gruppi simili (telematici direbbe un amico comune), scambio non solo conoscenza ma solidarietà, non solo... ma...". Considerato ciò, le mie conclusioni, in base alla mia esperienza, sono, però, sconfortanti. Tra i 2.600-2.800 iscritti in realtà esiste uno "zoccolo duro", numericamente molto basso, che si identifica col terzo punto. Il resto vive "a traino", per convenienza.

Tab. 1. Bambini/ragazzi trattati con GH nel 1996 in Emilia Romagna.

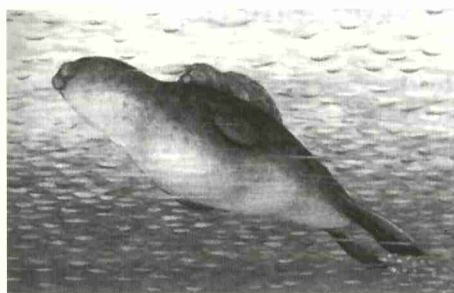
Azienda USL	Subjects 0-18 years	N.GH	Incid.	Km. from centre
Reggio Emilia	64.777	49	1/1.321	65
Ferrara	41.030	79	1/519	47
Bologna sud	30.662	82	1/373	0
Bologna città 0	39.529	125	1/316	
Bologna nord 0	25.388	83	1/305	
Imola	14.464	26	1/556	35
Ravenna 80	43.818	62	1/706	
Cesena 83	28.069	37	1/758	



Il mio malessere nasce da questa contraddizione quando guardo all'interno dell'ACP e dentro me stesso: tanti iscritti, poca condivisione reale delle radici genetiche dell'associazione. La partecipazione è vissuta per lo più come presenza congressuale, al corso di aggiornamento e non tanto come coinvolgimento in prima persona per condivisione dei principi dell'associazione. Emblematico, secondo me, ciò che è successo a Copanello dopo le proposte di Apicella. Sono scattati subito i "voli pindarici" della solidarietà lontana (e non me ne vogliono i colleghi che hanno parlato delle loro iniziative per i paesi in via di sviluppo). Nessuno che abbia accolto la proposta di versare almeno una parte dei soldi che prendiamo per BS, certificati o altro che, una buona parte degli iscritti, sembra considerare non accettabile alla luce delle idee dell'ACP (e che tra l'altro ci consentirebbero anche un autofinanziamento): è sempre più facile aiutare chi sta lontano che impegnarsi con il "vicino". Il "meglio pochi ma buoni", che qualcuno mi suggerisce quando confesso queste mie perplessità, mi sembra contrario allo spirito fondante dell'associazione. Lo scopo dell'ACP è quello della massima partecipazione volontaria ad uno scambio di conoscenze e iniziative che incidano su noi operatori dapprima e che abbiano una ricaduta sociale successivamente. In questo momento i dubbi sulla mia persistenza nell'ACP nascono essenzialmente da quello che è problema diffuso anche nella vita quotidiana (e che Nicola D'Andrea ha, per esempio, sottoli-

neato nella sua indagine sugli ospedali: polmonite virale antibiotico!), e cioè l'incoerenza di molti (me incluso) a linee (anche etiche) che condividiamo. E, mi chiedo, se succede nell'ACP, che speranze ho di trovare "fuori" i comportamenti che mi sembrano giusti? Finora l'ACP mi ha dato molto ma credo sia venuto, per me, il momento di allontanarmene per un certo periodo per cercare di chiarirmi a quale "strato comportamentale" mi sento (o mi conviene) di appartenere. Come direttore di *Quaderni acp* Le chiedo proprio questo: restare in ACP, perché?

Con affetto
Enzo Salerno



PS. Rileggendo un'ultima volta quanto scritto, mi accorgo che gli argomenti trattati sono diventati, per forza di cose, quasi superficiali.

Comunque una domanda può riassumere in gran parte ciò che sento: esiste un'etica ACP? E se sì, quanti la perseguono?

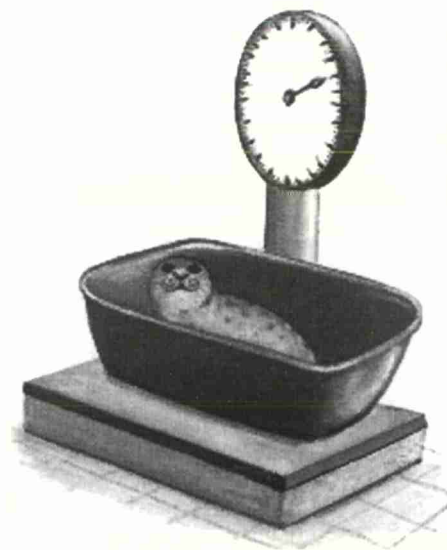
Questa lettera induce a riflessioni non nuove in ACP. Sappiamo tutti, ed io per alcune esperienze precedenti, che in ogni associazione culturale o sociale o politica esistono forze che trainano e associati che si riconoscono semplicemente nel senso generale dell'associazione. Il problema è sempre stato così vivo che in gioventù, negli anni '50, (erano i tempi dell'olivettiano Movimento di Comunità) ho conosciuto qualche epidemiologo ante litteram che si divertiva a fare statistiche sul

rapporto fra membri attivi ed "integrali" e semplici "aderenti" alle associazioni. Chi era a Copanello ha sentito nelle parole di Fabio Sereni, il nostro primo presidente, l'eco di questo problema in ACP.

Oggi Enzo Salerno distingue tre categorie di associati: gli diremo subito che la prima categoria sembra che in ACP non esista proprio; chi si iscrive per caso inevitabilmente viene cancellato e dopo un paio di anni non fa parte dei duemila e più. Anche questo, ci ha detto Fabio Sereni, è sempre successo.

La seconda categoria ("non voglio sentirmi solo con i miei errori") invece esiste, ed io ne ho grande rispetto; in una indagine recente, e non ancora resa pubblica, su 1.500 pediatri di famiglia il 57% dei rispondenti non fa parte di alcun gruppo organizzato per attività di aggiornamento, ricerca, valutazione.

Dell'altro 43% che partecipa a gruppi organizzati la metà lo fa in gruppi ACP (lo 0.7% lo fa in iniziative della SIP). Dunque scegliere l'ACP mi sembra opzione comunque positiva, e non mi sento di definire questi pediatri iscritti "per convenienza"; mi sembra che siano persone alla ricerca di motivazioni per rendere più completa la loro professione, per darvi finalmente un senso. Oltre la metà dei pediatri di famiglia (e chissà quanti ospedalieri!) non lo fa. Mi sembra anche che il momento congressuale, passivamente vissuto, non sia, oramai da anni, in ACP la predominante forma di partecipazione. Ci sono certo, ogni anno, due o tre



momenti congressuali "corali" per i soci dell'ACP, ma Salerno sa certamente che oramai predominano, e giustamente, le riunioni operative ed attive in piccoli gruppi che coinvolgono moltissimi soci. È un grosso passo in avanti nella concezione delle attività formative. Solo negli ultimi sei mesi, e per ricordare solo sedi vicine a casa di Enzo Salerno, ci sono state riunioni operative in piccoli gruppi a Napoli, a Lamezia, a Matera, a Reggio, a Messina, a Palermo. Per citare solo quelle che conosco.

Chi può negare, poi, che anche, a forza di scrivere, di parlare, di riunirsi, cominci ad esservi ricaduta politico-sociale dell'attività culturale dell'ACP?

Anche questa è la continuazione del "calarsi nella reale applicabilità del quotidiano" che Salerno deriva dalla relazione di Sereni a Copanello. Tutti sappiamo che sono stati i nostri gruppi, e non la cultura universitaria, a "scoprire" in Italia le malattie croniche, il bambino a rischio sociale, l'abuso e sono stati loro, e non la cultura universitaria, ad "insegnarle" ai pediatri; e sappiamo tutti che la prima indagine sul comportamento assistenziale delle pediatrie ospedaliere lo ha costruito l'ACP. Per la prima volta? "Rapporto 1997 sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza" e il documento della presidenza del consiglio per la progettazione degli interventi previsti dalla legge 285/97 hanno avuto una partecipazione dell'ACP. In Piemonte, in Campania, in Umbria, in Basilicata, in Emilia Romagna i politici si sono accorti delle idee dell'ACP. Tutto questo non può essere definito come sola opera di uno "zoccolo duro" acipino: comincia ad essere, invece, opera di molte persone, se non ancora di tutti. Si tratta di una lenta, faticosa

costruzione che la presidenza Tamburlini porterà avanti con grande decisione e che ha bisogno di tutti noi. A questa costruzione non basta l'illuminismo dello "zoccolo duro". Questo è un buon motivo per esserci. E, caro Salerno, lei stesso lo dice dandosi una risposta decisiva: se non qui dove?

G.B.

P.S.

Sul postscriptum "esiste un'etica ACP?" non possiamo che ricordare l'appuntamento di Taormina, al congresso nazionale: lì se ne discuterà, veramente fra pari, sabato 24 ottobre 1998. Sappiamo che lei ci sarà.

Qualche informazione su Quaderni acp

Ho ricevuto per la prima volta oggi, 26.05.1998 un numero di *Quaderni acp*. Trovo interessante sia la Vs. associazione che la rivista. Sono un accanito e assiduo lettore di *M e B*, ma non ero a conoscenza di tutte le attività dell'ACP. La rivista *Quaderni acp* continuerà ad essermi inviata in omaggio?

In caso di risposta affermativa, chi debbo ringraziare?

In caso di risposta negativa, come posso eventualmente abbonarmi? (tenete presente che odio fare versamenti postali).

Ho trovato il sito dell'ACP su Internet. È aggiornato all'ottobre 1997. C'è stato successivamente un cambiamento di indirizzo? In ogni caso mi sono registrato su Netmind anche se è tutto scritto in Inglese (sono vecchio e pigro per le lingue). Saluti e complimenti

Carlo Zanolini

Se vorrà potrà continuare a ricevere la rivista, ma il nostro taccagno tesoriere sarà più contento se ti iscrivi all'ACP come lui stesso ti ha scritto.

Qualche informazione sul sito web di *Quaderni acp*. Effettivamente il sito non è stato aggiornato negli ultimi mesi.

Stiamo procedendo a una ristrutturazione molto innovativa.

Cambieremo presto indirizzo, il nuovo

indirizzo sarà un sito interattivo che conterrà, oltre al giornale, anche la possibilità di partecipare a esperienze di formazione permanente sperimentali: report di casi clinici e discussioni strutturate sulla letteratura scientifica corrente. Il sito sarà interamente in italiano.

Chi vorrà ci invii un e-mail e potrà essere selezionato nel gruppo campione che dovrà valutare la fase sperimentale del progetto. Saranno gradite tutte le osservazioni sull'utilità e le difficoltà incontrate. In ogni caso, presto daremo informazioni dettagliate anche su questo progetto sulla rivista.

Anche il lavoro di programmazione su Internet, come quello di impaginazione e di redazione si basa sul lavoro volontario di numerosi soci; per questo, a volte, i tempi di realizzazione dei nostri progetti lasciano a desiderare.

I magnifici tre

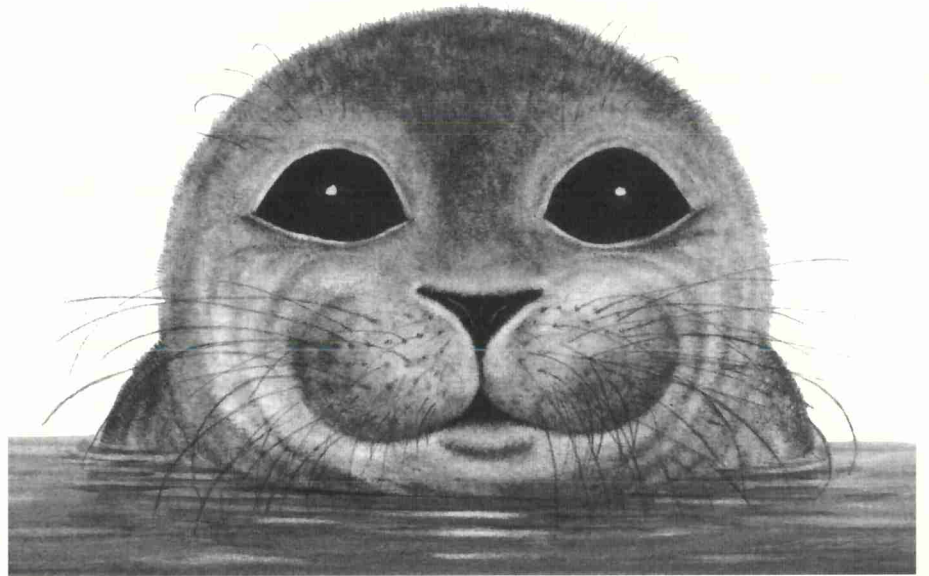
Sono un collega Pediatra di base sorrentino (a Sorrento siamo tre, Costantino, Antonella ed io). Mi piacerebbe avere informazioni "fresche" sulla modalità di partecipazione al programma didattico e al collegamento telematico intranet promosso dall'ACP Palermo. Senza fretta. Complimentissimi per *Quaderni acp* e buon lavoro.

Gianfranco Mazzarella

Grazie delle affettuose parole, per il sito web rimandiamo alla risposta di sopra.



Ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
È utilizzabile il volontariato per obiettivi di sanità pubblica?
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il caso che insegna**
Un neonato con "grandi mioclonie"
- **Abc in pratica**
Animali da compagnia e malattie
- **Aggiornamento avanzato**
Trapianto di cellule staminali emopoietiche (T-CSE)
in età evolutiva: quanti e dove in Italia
- **Il punto su**
Le epilessie nei bambini e nei ragazzi
- **Informazioni per genitori e pazienti**
Giocattoli: alcune norme per sceglierli

È utilizzabile il volontariato per obiettivi di sanità pubblica?

Red.

In un confronto fra intervento classico di richiamo vaccinale (posta, telefono, ecc.) e intervento del volontariato, quest'ultimo non ha modificato significativamente i tassi vaccinali, mentre il primo lo ha fatto.

Sono utilizzabili le associazioni di volontariato per obiettivi di sanità pubblica? Su questo problema c'è poca o nessuna ricerca. Per questo abbiamo letto con interesse una ricerca condotta ad Atlanta (Georgia) che ha comparato la efficacia di due interventi comunitari, di cui uno affidato al volontariato, sul tasso di vaccinazione dei bambini (*Ped. Adolesc. Med.* 1998;152:327). Come è noto i sostenitori dell'utilizzo del volontariato sostengono che questi cittadini possono raggiungere più facilmente e con maggiore confidenza gli utenti dei servizi sanitari e addirittura rappresentarne i bisogni. Le associazioni sarebbero insomma una specie di ponte fra le offerte dei servizi ed i bisogni della popolazione e potrebbero contribuire a fare coincidere sempre di più le une e gli altri. La ricerca georgiana, che ha qualche problema di leggibilità, ha confrontato l'impatto di due metodiche d'intervento ambedue durate un anno:

- quella classica del "richiamo" del centro vaccinale, attuato ad ogni mese o col telefono o per posta o con la visita domiciliare. Per questa metodologia vi era un gruppo attivo ed un gruppo di controllo che non faceva nulla;

- quella nuova di 300 volontari e 28 staffisti pagati che adottavano metodi basati sulla improvvisazione e la fantasia, ma mirati di più alla esigenza di comprensione della gente (colloqui porta a porta, accompagnamento a centri vaccinali mobili, incentivi alle famiglie per recarsi ai centri vaccinali ecc.); quest'ultimo intervento aveva un budget di 450.000 \$; anche qui c'erano gruppi di intervento e di controllo.

Ambedue gli interventi hanno comportato un aumento del tasso vaccinale rispetto ai controlli: 15% per il primo ($p=0.03$), 16% per il secondo, ma quest'ultimo non è risultato significativo rispetto ai controlli ($p= 0.78$). La significatività, quest'ultimo, l'ha raggiunta solo nelle aree abitate da afro-ispanici e

non in quelle abitate da solo africani o solo ispanici. Una differenza della quale gli autori non sanno dare alcuna spiegazione in quanto l'intervento in queste aree non pare essere stato diverso da quello delle altre zone.

In sostanza fra volontariato e professionalità vince la seconda, ma alcune considerazioni limitative vanno fatte.

Anzitutto l'intervento classico ha riguardato un'area più ristretta di bambini: quelli da 21 a 24 mesi mentre quello nuovo ha riguardato un range molto più vasto (3-59 mesi). Inoltre l'intervento nuovo si è rivolto a chi era in casa nel momento del porta a porta, mentre quello del centro vaccinale ha sempre riguardato i genitori.

Inoltre l'offerta vaccinale del volontariato era collocata in ambulatori mobili (van), mentre la preferenza dimostrata dai genitori in un questionario era per l'ambulatorio vaccinale nel 63%, per il proprio medico nel 22% e per "altro" nel 15%; era solo su questo 15% che era possibile influire da parte del volontariato.

Sarebbe molto interessante cercare di capire il motivo del successo fra gli afro-ispanici ammesso che un motivo ci sia. Qualche conclusione?

L'attesa e la semplice offerta vaccinale senza richiami individuali non sono in grado di aumentare i tassi di vaccinazione in assenza di una offerta attiva. I colleghi dell'ACP di Napoli hanno condotto ricerche e continuano a proclamarlo. C'è una dimostrazione in più che ciò è vero. Speriamo che a Napoli le AUSL ne prendano atto.

In questa prima ricerca controllata sembra che gli interventi di volontariato siano costosi e non abbiano effetti significativi sui tassi vaccinali.

È quindi meglio lasciarli stare. Estendere ad altri interventi sanitari le conclusioni di questa indagine può essere interessante, anzi è un esercizio che può tentare, ma è comunque esercizio per ora non corretto. ■

NUOVA MENINGO ENCEFALITE

Il Toscana virus

Obiettivi È stato descritto qualche anno fa un nuovo agente virale responsabile di malattie infiammatorie acute del SNC, il *Phlebovirus Toscana* (TOS) trasmesso da artropodi. Gli aa hanno compiuto una ricerca retrospettiva e prospettica per ottenere maggiori informazioni epidemiologiche.

Metodi La ricerca è condotta a Siena, in piena Toscana. Sul liquido cerebrospinale e sul siero di convalescenti: è retrospettiva (1980-1989) per 77 bambini con meningoencefalite linfocitaria, e prospettica (1990-1995) per altri 35 bambini.

Risultati Lo studio indica il TOS come il virus più frequente in causa (11 su 77) dopo il virus della parotite (32/77) nel periodo 1980-1989. Nel periodo 1990-1995 il TOS è causa della meningoencefalite in 8 casi su 35: è il più frequente data la scomparsa della parotite.

Nel periodo estivo il TOS è responsabile dell'80% delle infezioni del SNC. I segni clinici sono quelli tipici della meningoencefalite acuta febbrile senza alcuna caratteristica particolare né clinica, né di laboratorio, né eegrafica. L'infezione è prevalente nelle aree rurali/suburbane, non in quelle urbane. Con i test Elisa gli anticorpi IgG crossreagiscono con la febbre da artropodi di Napoli, non con la febbre da artropodi della Sicilia. Queste malattie sono scomparse da oltre 45 anni dopo le operazioni della campagna antimalarica.

Conclusioni Si tratta di una infezione da virus del SNC che viene trasferito da artropodi (il *Phlebotomus perniciosus*) che è di casa nell'Italia centrale, ma forse è ovunque nelle aree e negli ambienti peridomestici. La malattia, probabilmente, è oramai endemica nel tempo dell'estate probabilmente in ogni parte del paese.

Commento Il TOS non è più una novità: ha già raggiunto le pagine del Reed Book 1997 al capitolo Arbovirus. I virus da artropodi sono forse quasi 600. La famiglia cui appartiene il TOS è quella delle *Bunyaviridae*, del genere *Phlebovirus*. Le *Bunyaviridae* sono i virus che di recente nei Paesi Bassi hanno dato luogo ad una grave epidemia di polmoniti con insufficienza renale fatale. Il motivo di questa recensione è duplice: diffondere la conoscenza del riconoscimento etiologico di una meningoencefalite (la etiologia delle meningoencefaliti rimane di solito imprecisata nel 30% dei casi), l'indicazione che presso l'Unità degli arbovirus dell'Istituto Superiore di Sanità è possibile accertare questa etiologia.

Braitto A. et al. Toscana virus infection of the Central Nervous System in children. J. of Pediatr. 1998;132:144

Parole chiave: Meningite, Meningoencefalite, Virus Toscana, Virus

short

Questa sì che sarebbe una novità!

Nella sezione NEWS di *Lancet* viene riportata la grande notizia: il 23 giugno 1998 all'Università di Pittsburg è stato effettuato, dal neurochirurgo Douglas Kondziolka, un trapianto endocerebrale di cellule nervose in una donna che aveva avuto uno stroke.

La donna dice di sentirsi bene. L'intervento è il primo di un trial in fase 1 per investigare la sicurezza e la tolleranza della procedura.

L'obiettivo è di "restaurare" l'integrità del tessuto nervoso danneggiato.

L'intervento consiste nella inoculazione, nella sede lesa, di almeno due milioni di neuroni derivanti da una linea cellulare di un teratocarcinoma immaturo; le cellule immature vengono fatte maturare con acido retinoico e trasformate in cellule completamente differenziate.

Le cellule sarebbero in grado di assumere la morfologia di quelle adiacenti. Questo

almeno è successo nei ratti. Vi terremo informati.

D. Bonn First cell transplant aimed to reverse the stroke damage. Lancet 1998;352:119

Parole chiave: Trapianto di cellule cerebrali, Stroke

SIDS

Dopo la ricerca sul QT, non tornare indietro con la posizione del sonno

Lancet commenta un poco duramente l'articolo degli studiosi italiani comparso sul *NEJM* (1998;338:1709) sulla implicazione del QT lungo nella SIDS. Come noto l'articolo riguarda uno studio ECgrafico su 34.000 neonati nel 1° giorno di vita. Trentaquattro di questi morirono nel 1° anno di vita, 24 per SIDS e 10 per altro. Dodici dei neonati morti per SIDS ma nessuno di quelli morti per altro avevano un QT lungo. I portatori di QT lungo avevano perciò un rischio molto alto (44 volte) di morire di SIDS di quelli con QT giusto. Quali le critiche? La prima è che il messaggio sulla posizione nel sonno, che ha dimezzato la mortalità per SIDS in Gran Bretagna ed USA, e la raccomandazione di non fumare, si perda in favore di una tecnologia e di uno screening di incerti risultati che potrebbero essere basati su dati rilevati in una piccola porzione di predisposti alla SIDS. *Questo sembra anche a noi un rischio molto consistente.* Meny dell'Istituto per la SIDS di Baltimora sostiene infatti che nessuno dei bambini da loro studiati aveva avuto prima di morire tachicardia ventricolare o fibrillazione (come ci si potrebbe aspettare da un QT lungo), ma piuttosto bradiaritmia. Dianne Atkins dell'American Heart

Association commenta che il QT potrebbe essere un marker del rischio, ma non c'è evidenza alcuna che esso sia la causa della morte. Non si deve quindi tornare indietro ma continuare a consigliare la posizione supina nel sonno; tanto più che un recente articolo su *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* (1998;152:540) dà ulteriori conferme sulla giustezza di questa campagna: di 206 bambini morti di SIDS il 30% è stato trovato con la faccia sommersa da lenzuoli o teli soffici capaci di coprire il volto (OR 5.28), la maggior parte erano stati messi a letto supini o sul fianco (OR 2.86), ma si erano girati e sono stati trovati morti tutti in posizione prona (nove bambini). Assai ragionevole il commento del *Journal of Pediatrics* (1998;132:913-14) ad un articolo di Boles et al (*J. Pediatr* 1998;132:924-33) sulla partecipazione dei difetti di ossidazione degli acidi grassi alla morte per SIDS. Si sa che la SIDS è la manifestazione finale di una sindrome e non di una malattia. Sembra sia possibile pensare che il 4% dei casi di SIDS, secondo l'autore, possa essere riferito a questo difetto. Il suggerimento è di effettuare una completa autopsia nei casi di SIDS, di congelare frazioni di fegato e di bile e di sottoporli a studi successivi per accertare la presenza del difetto per confermare quale quota di morti (che viene definita comunque "a minority of SIDS cases") può essere attribuita al difetto metabolico. In Italia questi studi possono essere effettuati dal dr. Alberto Burlina della clinica pediatrica di Padova, ma certamente anche da altri laboratori.

M. Larkin Implication of long QT-SIDS risk are unclear. *Lancet* 98;351:1865

Parole chiave: Morte improvvisa, SIDS, QT lungo



SIDS Mai e poi mai posizione laterale

Background Il case report è uno strumento utilizzato in epidemiologia per lanciare ipotesi di correlazione tra eventi. Tradizionalmente a questo scopo è utilizzato in farmacovigilanza (si pensi all'esempio del Talidomide).

Obiettivi A partire dall'analisi di un caso di SIDS morto in Ospedale sotto monitoraggio, gli autori ipotizzano un ruolo predominante della sincope neurocardiogenica nella patogenesi della SIDS.

Setting Monitoraggio di un bambino con anamnesi positiva per "life threatening event" in un Ospedale di terzo livello Irlandese

Metodi Si tratta di un case report.

Risultati Un bambino di cinque mesi e mezzo è ricoverato per tre episodi di pre-SIDS: un primo episodio a 8 settimane per il quale è ricoverato in un primo ospedale dal quale viene dimesso con un apnea-monitor; due altri episodi sotto apnea monitor, uno a 11 settimane, ed uno a 15 settimane. In entrambi i casi l'allarme del monitor consente l'immediato ricorso alla rianimazione da parte dei genitori. L'ospedalizzazione a 5 mesi e mezzo viene programmata in un centro di terzo livello per consentire una valutazione dettagliata del rischio di SIDS.

All'ingresso l'accrescimento e gli esami di routine sono tutti nella norma; La FR a riposo è di 28.

Si decide allora di studiare il bambino in posizione prona durante il sonno: durante il monitoraggio tra le 21 e le 8 dell'indomani mattina non vengono osservati episodi di apnea prolungata (superiori a 20 secondi) non vengono osservati episodi di bradicardia (inferiore a 90 battiti al minu-

to); il tempo di risposta all'occlusione nasale è ottimo: 5 secondi (media per l'età: 8 secondi).

Nella stessa notte durante il sonno si procede all'esecuzione di un Tilt Table Test; mentre il bambino dorme supino viene misurata la frequenza cardiaca e viene misurata la PA sei volte consecutivamente ad intervalli di un minuto.

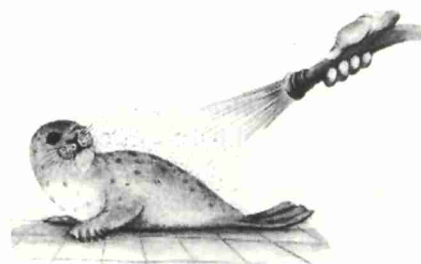
Subito dopo il bambino viene posto con il tronco e la testa a 90° dalla posizione orizzontale (in questa posizione il bambino si sveglia). Vengono eseguiti tre test a distanza non precisata l'uno dall'altro:

- 1) Il primo test dà un abbassamento della PA del 14% con una diminuzione della F.C. da 110 a 80 battiti al minuto.
- 2) Il secondo test dà un abbassamento della PA del 12% con una diminuzione della F.C. da 115 a 95 battiti al minuto.
- 3) Il terzo test non dà cambiamenti significativi né nella PA né nella F.C.

Finito il monitoraggio notturno alle 8 del mattino il bambino viene alimentato normalmente e cambiato.

Alle 9.30 viene messo a dormire in posizione laterale con il solito apnea monitor collegato. Alle 10.20 la mamma trova il bambino morto con l'allarme attivo. L'autopsia conferma la morte per SIDS

Conclusioni Il riflesso neurocardiogeno considerato alla base di alcuni episodi di sincope non spiegata dell'adulto e del bambino più grande determina una bradicardia riflessa e paradossa (invece della normale tachicardia) quando si passa dalla posizione sdraiata a quella eretta. La progressiva bradicardia osservata in questo bambino può essere spiegata con un meccanismo di questo tipo tanto più che il tilt Test fatto in ospedale prima della morte ha dato esito positivo, confermando



una suscettibilità individuale di questo tipo. Sono necessari altri studi per valutare il ruolo del riflesso neurocardiogeno nella patogenesi della SIDS.

Commento Non riusciamo a capire come in un centro che si occupa di SIDS si sia lasciato dormire il bambino a quel modo. Un bambino entrato in Ospedale per monitorare il rischio di SIDS!

Qualche tempo fa il Professore Panizon ebbe a rimproverarci amorevolmente per la recensione di un articolo, comparsa in questa stessa rubrica, in cui si sottolineava come in caso di GER patologico la posizione laterale dava un numero di rigurgiti inferiore rispetto a quella supina.

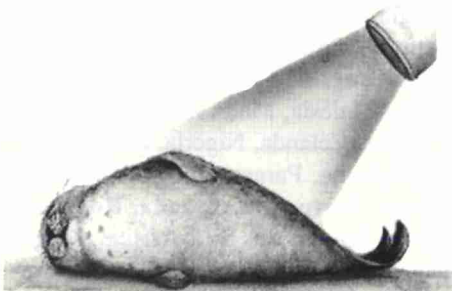
Diceva il professor Panizon che questo tipo di recensione era destinato a far passare messaggi rassicuranti sulla posizione laterale, che è in questo momento la posizione che fa più morti di SIDS. Più della stessa posizione prona.

Con qualche ritardo diamo atto delle sue ragioni. Nessuna terapia può prevedere oggi l'uso della posizione laterale nel latitante. La posizione laterale deve essere fortemente combattuta, almeno quanto la posizione prona. Questo caso riportato su *Archives* è agghiacciante per la documentata dimostrazione di come il passaggio dalla posizione laterale a quella prona abbia determinato la morte del bambino.

Come se questo trapasso di posizione in questi casi corrispondesse a un Tilt-Table Test. Era proprio necessaria questa morte per ipotizzare questo meccanismo?

M. Ledwidge Neurocardiogenic syncope: a model for SIDS. Arch Dis Child 1998;78:481

Parole chiave: SIDS



UNA CONFERMA SPERIMENTALE

“Esposizione passiva al... gatto”

Background L'esposizione all'allergene gatto segue modalità diverse e più complesse di quelle conosciute per gli altri allergeni. I metodi per dimostrare la concentrazione di questo allergene nell'aria ambiente non sono probabilmente in grado di dimostrare in maniera affidabile la diffusione reale di questo allergene ubiquitario.

Setting Determinazione ambientale della concentrazione dell'allergene gatto in situazione di vita comunitaria e confronto con la concentrazione di allergene nell'aria contenuta nelle narici di un soggetto sano.

Obiettivi Valutare se sono possibili metodi alternativi a quelli tradizionali per studiare la diffusione reale dell'allergene gatto nell'aria ambiente

Metodi Un piccolo serbatoio di plastica è stato posto nelle narici di un volontario sano, mantenendolo per dieci minuti in 5 situazioni ambientali diverse:

- 1) stanza con gatto vicino al soggetto seduto,
- 2) stanza con gatto vicino al soggetto che cammina,
- 3) stanza con gatto ma non a stretto contatto del soggetto seduto,
- 4) soggetto che cammina in una stanza (tea room dell'università cui appartengono i ricercatori) senza gatto ma in cui sono state immessi dei vestiti precedentemente a contatto con il gatto,
- 5) soggetto che cammina in una stanza senza gatto (tea room dell'università cui appartengono i ricercatori) ma in cui sono state immessi dei vestiti che non hanno avuto contatto diretto con il gatto.

Il serbatoio poi è stato estratto, il contenuto messo in sospensione e analizzato con due metodi diversi: un metodo ELISA e

un metodo che utilizzava anticorpi monoclonali per la determinazione delle concentrazioni dell'allergene gatto e delle particelle totali inalate.

In queste stesse 5 situazioni ambientali è stato rilevata la concentrazione dell'allergene gatto con un metodo tradizionale di rilevamento ambientale, in grado di rilevare concentrazioni di allergene superiori a 7.8 ng Fel d 1/mc (si veda avanti)

Sono state fatte tre rilevazioni ambientali (nello stesso periodo in cui il soggetto aveva il serbatoio nelle narici? ndr)

L'unità di misura per il rilevamento della concentrazione allergenica del gatto è il Fel d 1 (l'abbreviazione Fel sta probabilmente per *Felis*. ndr).

Il rilevamento allergenico in aria ambiente viene espresso in Feld1/m³. La concentrazione dell'allergene gatto nella polvere di casa viene espressa in microg di Fel d 1/ 1g di polvere. Le concentrazioni di allergene inalato si esprime in n° di particelle di Fel d1 rispetto a n° di particelle totali inalate.

Risultati Soltanto una delle 15 determinazioni con il metodo di misurazione tradizionale ha rilevato concentrazioni allergeniche di gatto significative in aria ambiente (condizione 3 descritta nel disegno dello studio).

Le concentrazioni dell'allergene gatto dimostrabili dal serbatoio di plastica posto in narice sono state sempre elevate: da 5 Fel d 1/100 particelle totali a 80 Fel d 1/120 particelle totali (dati dedotti dal grafico pubblicato dagli autori).

Il risultato più clamoroso è la concentrazione rilevata nei soggetti che respirano in una stanza in cui sono stati posti indumenti che hanno avuto contatto diretto con il gatto; in questo caso la concentrazione di allergene rilevabile in narice è stata da 10 a 50 Fel d 1/ 100 particelle inalate, mentre il rilevamento ambientale non dimostrava la presenza di allergene nell'aria.

Per di più in quest'ultimo caso le con-

centrazioni di allergene sono sovrapponibili a quelle rilevate nelle narici dei soggetti che respirano in ambiente in cui il gatto era nella stanza e il soggetto era seduto o camminava. Concentrazioni più elevate erano dimostrabili (e non in maniera statisticamente significativa) soltanto nella situazione ambientale (1) descritta nel disegno dello studio.

Conclusioni Il sistema sperimentato dà misure affidabili anche se ancora sottostimate (verosimilmente non è in grado di dimostrare le particelle di diametro inferiore a 5 micron) della reale diffusione dell'allergene gatto nell'aria ambiente. L'allergene gatto può essere veicolato da indumenti precedentemente a contatto con il gatto. Da lì l'allergene si risospende con facilità nell'aria ambiente.

Commento Da tempo si sottolinea che l'allergia al gatto non determina soltanto un asma intermittente di variabile gravità e che invece questa allergia può avere un ruolo importante anche nell'asma perenne del bambino. Inoltre le caratteristiche dell'allergene sono assai diverse da quello della polvere che tende a precipitare con facilità. L'allergene gatto tende a sospendersi in aria ambiente ed ad essere veicolato nell'ambiente con estrema facilità, anche se la sua dimostrazione con i metodi tradizionali di rilevamento è estremamente difficile.

Questo studio dà una conferma sperimentale molto elegante delle ragioni di insuccesso delle raccomandazioni tradizionali (evitare il gatto in casa) nella terapia dell'asma perenne del bambino in cui l'allergia al gatto gioca un ruolo importante.

Le ipotesi precedentemente sostenute da altri ricercatori: i soggetti possono entrare facilmente in contatto con l'allergene anche quando il gatto nell'ambiente non c'è, hanno una conferma clamorosa in questo studio.

Cattive notizie quindi sul "gatto passivo", ben più difficile da evitare del "fumo passivo".

Timothy J. O'Meara Detection of inhaled cat allergen *Lancet* 1998;351:1488

Parole chiave: Allergia

short

Nuova linea guida per i giochi?

È noto che i giocattoli e i giochi in genere oltre che essere fonte di divertimento sono anche occasione di pericolo per i bambini. L'autrice dell'editoriale segnala nella rumorosità dei giocattoli un rischio nuovo e forse sottovalutato dai genitori e dai medici. Pistole esplosive, modelli di veicoli e aeroplani a motore, petardi possono emettere suoni anche di 150-160 dB, di intensità superiore quindi alla soglia di rumorosità pericolosa per i lavoratori. Il rumore troverebbe un terreno favorevole nella particolare conformazione della testa, delle orecchie e del canale auricolare esterno del bambino che permetterebbero una maggiore amplificazione dei suoni rispetto a quella dell'adulto. In Scandinavia negli ultimi dieci anni l'incidenza dell'ipoacusia non sarebbe calata tra gli scolari pur in presenza di un calo della stessa tra gli operai dell'industria protetti dal rumore. È difficile d'altronde stabilire una evidente relazione causa effetto tra esposizione ad un forte rumore ed ipoacusia. Il sintomo può non essere riferito dai più piccoli e può essere sottovalutato dai genitori nei più grandi. La relazione tra rumore e danno potrebbe essere dimostrata dal ritrovamento di una alta frequenza di ipoacusia tra bambini abitualmente esposti a giocattoli rumorosi rispetto a quelli non esposti. Il Progetto Europeo di protezione contro i rumori ha organizzato un centro a Gothenburg che analizzerà ogni gioco potenzialmente pericoloso e compilerà una lista europea dei casi clinici accertati. Se da questa sorveglianza dovessero emergere conclusioni certe per un legame tra ipoacusia e giocattoli si dovrà pensare a dei provvedimenti legislativi che evitino la produzione di giochi che emettono rumori di intensità pericolosa.

Linda M. Toys and games: poorly recognised hearing hazards? *B.M.J.* 1998;316:1437,148

Parole chiave: Sordità, Rumore, Giochi

MALATTIE ALLERGICHE

Epidemiologia universale

Obiettivi Gli aa partono dalla considerazione che gli studi epidemiologici universali sulle malattie oncologiche degli anni '50 e '60, e le differenze che hanno dimostrato, hanno dato luogo ad ipotesi di lavoro che hanno identificato rischi per tumore fino ad allora sconosciuti.

Essi si propongono quindi di seguire la stessa strada per le malattie allergiche ed hanno progettato questo studio (detto ISAAC: International Study of Asthma and Allergies in Childhood) che vuole arrivare alla comparazione sistematica mondiale delle prevalenze dell'asma e delle malattie allergiche per generare ipotesi circa le possibili etiologie.

Metodi Lo studio punta a definire il problema nei bambini di 13-14 anni. Sono stati studiati 464.000 bambini di questa età in 56 paesi e 155 centri. Sono stati ricercati sintomi di asma, rinocongiuntivite allergica ed eczema atopico negli ultimi 12 mesi mediante un questionario molto semplice di una pagina. In circa la metà dei casi e nel 64% dei centri è stato usato, per ridurre gli errori di comprensione, un video che faceva vedere quali erano i sintomi che dovevano essere segnalati; dopo il video il ragazzo compilava il questionario (videoquestionario). I paesi studiati erano: Italia (23.000 ragazzi), Albania, Algeria, Argentina, Australia, Austria, Belgio, Brasile, Canada, Cile, Cina, Costa Rica, Estonia, Etiopia, Finlandia, Francia, Georgia, Germania, Grecia, India, Gran Bretagna, Indonesia, Iran, Giappone, Hong Kong, Kenya, Kuwait, Lettonia, Libano, Malesia, Malta, Messico, Marocco, Nuova Zelanda, Nigeria, Oman, Pakistan, Panama, Paraguay, Perù, Filippine, Polonia, Portogallo, Irlanda, Romania, Russia, Singapore, Sud Africa, Corea, Spagna, Svezia, Taiwan, Tailandia, Uruguay, Usa, Uzbekistan.

Risultati Le risposte sono state ottenute dall'80% del campione. Grande concordanza (0.75%) fra risposte dei questionari scritti e dei videoquestionari. Questi in sintesi i risultati.

La prevalenza dei sintomi di asma andava dall'1.6% al 36.8% (10°-90°percentile: 3.9-30.6%). Il range dell'Italia era fra 2.5 e 14%.

La prevalenza era più bassa nell'Est dell'Europa, in Indonesia, Grecia, Etiopia, Cina, Taiwan; più alta in Gran Bretagna, Nuova Zelanda, Australia, Irlanda.

La variazione fra il minimo ed il massimo della prevalenza era di 20 volte.

La prevalenza dei sintomi di rinocongiuntivite andava dall'1.4 al 39.7% (10°-90°percentile: 4.9-21%).

Il range dell'Italia era fra 7 e 14%. La variazione fra minimo e massimo era di 30 volte.

I paesi con le basse incidenze coincidevano con quelli dell'asma; le alte incidenze erano del tutto diverse: Nigeria, Paraguay, Malta, Hong Kong, Argentina.

La prevalenza dell'eczema atopico andava dallo 0.3 al 20.5% (10°-90°percentile: 2-15.6%). Range dell'Italia 3-10%. Variazione di 60 volte.

Le basse incidenze coincidevano con quelle dell'asma le alte incidenze erano anche qui sparse e comprendevano insieme paesi scandinavi ed africani.

Conclusioni I ricercatori mettono in guardia dal trarre conclusioni da una ricerca con questionari somministrati a ragazzi di diverse culture e di diverse lingue nelle quali spesso non si riescono a tradurre termini inglesi comunemente usati come Wheezing.

La ricerca continuerà con i bambini di 6-7 anni e si vedrà se si potranno trarre conclusioni più meditate.

Per ora i risultati non sembrano convalidare l'ipotesi del rapporto asma/pollutanti. I paesi dell'Est europeo (Russia, Romania, Albania, Georgia) e la Cina, ad esempio, hanno bassissima prevalenza di asma ed alte concentrazioni di inquinanti, mentre la Nuova Zelanda ha bassissima inquinazione ed alta prevalenza di asma.

Commento Difficile fare un commento, ma sembra di potere dire che i determi-

nanti ambientali dell'asma rimangono fortemente sconosciuti e possano anche essere diversi da paese a paese e magari anche all'interno dello stesso paese come dimostrano i range estremamente variabili all'interno delle stesse singole nazioni.

ISAAC World Wide Variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC Lancet 1998;351:1225

Parole chiave: Malattie allergiche

short Chi ha paura delle petecchie?

Le petecchie (diametro inferiore a 2 millimetri) nei bambini con febbre non sembrano avere lo stesso grave significato della porpora.

In un articolo che analizza una casistica di 411 bambini presentatisi al dipartimento di emergenza di un ospedale di Boston, USA, con petecchie e febbre solo sei avevano una setticemia (due meningococche, una da streptococco di gruppo A, tre da germe sconosciuto) e due avevano una batteriemia pneumococcica.

Tutti i bambini con setticemia apparivano chiaramente sofferenti e i due con setticemia meningococcica avevano anche la porpora.

Nessun bambino con setticemia aveva una conta dei bianchi tra 5.000 e 15.000. Gli autori tuttavia, pur ridimensionando notevolmente il significato della presenza di petecchie in un bambino febbrile, consigliano comunque un periodo di osservazione per accertare la non progressione dei fenomeni emorragici prima di rimandare il bambino a casa.

Ciò nonostante è triste dover constatare che non si possa più contare neanche sulle petecchie per fare un bel ricovero con un ben redditizio DRG.

Journal of Pediatrics 1997;131:398

Parole chiave: Petecchie, Porpora, Setticiemia

short La durezza dell'acqua favorisce l'eczema atopico

In uno studio condotto con i criteri della patologia geografica a Nottingham, in Gran Bretagna, si è riscontrata una diretta relazione (OR: 1.58; $p < 0.001$) fra la prevalenza dell'eczema atopico e la durezza dell'acqua per uso domestico fra i bambini della scuola elementare, ma non dopo questa età. La spiegazione che gli ha dato è che la maggiore durezza dell'acqua (determinata specialmente da calcio e magnesio) determini un aggravamento o un disvelamento di un preesistente eczema determinando un difetto di barriera possibile solo nelle prime età. Una seconda spiegazione è che il difetto di barriera dipenda da una maggiore necessità di sapone quando si utilizza acqua dura.

N.J. McNally et al. Lancet 1998;352:527

Parole chiave: Eczema atopico, Acqua (durezza)



Un neonato con "grandi mioclonie"

Giampiero Casadei

Ospedale "Bufalini", A. USL Cesena

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 44-45

La storia

Antonia è una bambina nata a termine da parto eutocico da una madre che ha sofferto di diabete gestazionale; nient'altro nell'anamnesi familiare. Primogenita, Apgar = 9 a 1 e 5 m', peso g. 3.975.

Nel corso della seconda giornata di vita vengono osservate grossolane scosse miocloniche dapprima localizzate all'arto inferiore di sinistra poi diffuse ai quattro arti, per la durata di alcuni minuti. La bambina viene trasferita in Patologia Neonatale; le crisi continuano a presentarsi quotidianamente in media 1-2 volte al giorno con una durata che va da pochi minuti a una decina di minuti.

L'esame obiettivo e la semeiologia delle crisi

L'esame obiettivo, in particolare neurologico, è del tutto normale. La bambina si alimenta regolarmente ed efficacemente al seno. Le crisi insorgono durante il sonno, talora iniziano in un solo arto e si diffondono rapidamente agli altri arti, talora interessano fin dall'inizio in maniera sincrona e simmetrica gli arti, soprattutto quelli inferiori. Le scosse hanno una frequenza di 1-2 al secondo e sono particolarmente ampie e violente (il personale nota con stupore che il lettino viene scosso durante le crisi). Il viso non è mai interessato; non si osserva mai cianosi. Le scosse non cessano trattenendo gli arti.

Colpisce il fatto che durante le crisi le condizioni generali della bambina sono assolutamente normali: essa non appare sofferente né cianotica, l'espressione del viso è distesa, il colorito è roseo con una buona saturazione. Il tentativo di risvegliare Antonia determina sempre la cessazione immediata delle scosse. Gli esami ematochimici sono normali; l'EEG, anche durante una breve crisi mioclonica, è normale.

La diagnosi differenziale

Per orientarsi nel campo delle mioclonie ad insorgenza neonatale è indispensabile differenziare le forme convulsive da quelle non convulsive.

1. Le crisi convulsive con EEG quasi sempre patologico durante le crisi, e spesso patologico anche in fase intercritica, sono schematicamente così riassumibili:

- *convulsioni da cause metaboliche, diseletrolitiche, malformative, infettive;*

- *convulsioni neonatali familiari benigne* (crisi che insorgono di solito in 2^a-3^a giornata con una frequenza che può essere di 10-20 al giorno, mentre le condizioni generali si mantengono buone; cessano dopo 1-6 mesi; anamnesi familiare positiva per la stessa sintomatologia; trasmissione probabilmente autosomica dominante);

- *convulsioni neonatali idiopatiche cosiddette del 5° giorno* (crisi che insorgono fra la 4^a e la 6^a giornata, spesso con stato di male; in genere multifocali, con crisi di apnea, sembrerebbero legate ad una carenza di zinco. La prognosi è buona);

- *encefalopatia mioclonica precoce* (grave sindrome epilettica ad insorgenza nella prima settimana di vita, caratterizzata da crisi miocloniche e cloniche con gravi alterazioni EEG; spesso causata da malattie neuro-metaboliche congenite. La prognosi è severa);

- *encefalopatia epilettica infantile precoce* (s. di Otahara) (grave sindrome epilettica ad insorgenza precoce, caratterizzata da clonie e spasmi tonici con EEG gravemente alterato ("burst-suppression"). La causa è spesso malformativa. La prognosi è severa).

2. Le crisi non convulsive con EEG normale anche durante le crisi sono così riassumibili:

- *tremori* (frequenza elevata, cessano trattando gli arti, sono presenti in genere nella

veglia e durante il pianto);

- *mioclonie ipniche* (brevi scosse frammentarie all'addormentamento, al risveglio o durante i cambiamenti delle fasi del sonno);

- *mioclonie benigne del lattante o s. di Fejerman* (esordiscono dopo qualche settimana di vita e sono costituite da brevi spasmi mioclonici con EEG sempre normale);

- *startles* (di solito sono evocati da stimolazioni sensoriali improvvise, spesso uditive, e sono caratterizzati da scatti isolati o in brevi sequenze, prevalentemente in bambini cerebropatici);

- *mioclono neonatale benigno del sonno*.

Ci è sembrato di potere escludere le forme cliniche di tipo convulsivo per:

1. la normalità degli esami ematochimici,
2. la normalità dell'EEG,
3. l'assenza di familiarità,
4. la normalità delle condizioni cliniche intercritiche e, soprattutto,
5. la possibilità di interrompere le crisi risvegliando il bambino.

Quest'ultima caratteristica ci autorizza a ipotizzare la diagnosi di "mioclono neonatale benigno del sonno" (MNBS).

La diagnosi

La sintomatologia sopra descritta rientra infatti nelle caratteristiche del MNBS. Questa forma clinica che è stata descritta per la prima volta nel 1982 (1) e anche in Italia ne sono stati descritti alcuni casi (2). Esso è caratterizzato da:

- esordio neonatale con scomparsa nei primi mesi di vita;
- mioclonie a volte ad esordio focale ma in genere bilaterali e sincrone, solo durante il sonno: esse cessano improvvisamente risvegliando il bambino;
- EEG normale anche durante le crisi;
- obiettività neurologica normale con prognosi buona.

L'errore da evitare è quello di considerare queste manifestazioni come crisi convulsive. Nel 35% dei casi descritti in letteratura è stata intrapresa una terapia antiepilettica che spesso ha portato ad un peggioramento delle crisi (3).

Nel nostro caso le crisi sono cessate spontaneamente dopo un mese.

Formazione

Da Current Contents a Medline

I data-base più importanti per reperire informazioni scientifiche sono tre:

1. Current Contents. Non pubblica solo indici di medicina, ma di tutte le scienze; quelli di medicina sono raggruppati su **Current Contents/clinical medicine**. Contiene un *Author index* per potere chiedere gli estratti, mentre se se ne chiede uno al Current si pagano 10.75\$. L'abbonamento cartaceo annuo costa 680\$ da inviare a The Institut for Scientific Information (ISI) 3501 Market Street, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA. Email:uksales@isinet.com. Il database esce anche in dischetti (*Current Contents Diskette*, con (1120\$) o senza (695\$) abstract. È disponibile allo stesso prezzo la versione FTP con cui il file può essere prelevato dal sito Internet.

2. Medline/Index Medicus. È una pubblicazione mensile di due grossi volumi della National Library of Medicine, con titoli raggruppati per argomenti, ma oramai soppiantata prima dai CD e poi dall'accesso Internet per il quale Medline è ora gratuito: <http://www.nlm.nih.gov>. Il vantaggio dei CD che costano 1645 \$ dal 1966 ad oggi o 1000 \$ per gli ultimi cinque anni, sta tuttora nella velocità della consultazione in qualsiasi ora del giorno: per questo molte biblioteche li preferiscono. Nei prossimi numeri di quaderni daremo indicazioni sulle modalità per consultare gratuitamente *Medline* via internet.

3. Embase/Excerpta Medica. È in versione cartacea, ma anche per questo database, *Embase* in versione elettronica sta soppiantando *Excerpta* il cui abbonamento, come quelli per tutte le riviste europee, è supercaro: 1434\$. Esiste su supporto informatico dal 1974 e si può avere entro 24 ore il testo dell'articolo. Vediamo le differenze fra i tre database: su *Current Contents* sono recensiti un numero limitato di riviste mediche (circa 1.000), su *Medline* oltre 3.000; la numerosità gioca quindi a favore di *Medline*, mentre la severità gioca a favore di *Current Contents*. Per questo *Medline* è più consultato (anche perché gratuito) di *Current Contents*; su questo però è disponibile il cosiddetto *impact factor* utilizzato per valutare la qualità delle riviste e dei ricercatori, ed in certi contesti i fondi da allocare. L'ISI infatti pubblica ogni anno su cd-rom (755 \$, ultima edizione marzo 1998) il *Journal of Citation Report* che calcola, per ogni giornale scientifico recensito, l'indice di impatto di quel giornale (dipende dal numero di citazioni che il giornale ha avuto nella letteratura internazionale nei due anni precedenti; si ottiene dividendo il numero di tutte le citazioni ottenute nel 1998 da articoli pubblicati sulla rivista per il numero totale degli articoli pubblicati dalla stessa nel 1996-1997), l'emivita della citazione (più lunga è l'emivita, tanto maggiori le possibilità che un articolo pubblicato su quel giornale venga citato a lungo), il numero totale delle citazioni ed il numero di articoli pubblicati in quell'anno. Per gli autori è possibile calcolare il *Citation score* che è strettamente legato al fattore d'impatto della rivista. Altra differenza fra i tre database: i primi due privilegiano le riviste americane, il terzo (*Embase/Excerpta medica*) ha "un occhio di riguardo" per quelle europee; viene pubblicato ad Amsterdam dalla Elsevier. E-mail: nlinfo-f@elsevier.nl.

Cosa abbiamo imparato

Non è nozione comune, almeno ci sembra, che esista una condizione "convulsiva" del neonato di aspetto molto eclatante e spettacolare, che non è di origine epilettica. Una manovra elementare consistente nello svegliare il bambino determinando la cessazione delle crisi è perfettamente in grado di chiarire la diagnosi anche senza

bisogno di esami strumentali. ■

Bibliografia

- (1) Coulter DL, Allen RJ. Benign neonatal myoclonus. *Arch. Neurol.* 1982;39:191-192
- (2) Di Capua M., Fusco L., Ricci S., Vigeveno F. Benign neonatal sleep myoclonus: clinical features and video-polygraphic recordings. *Mov. Disord.* 1993;8:191-194
- (3) Daoust-Roy J., Seshia SS. Benign neonatal sleep myoclonus. *AJDC* 1992;146:1236-1241

Animali da compagnia e malattie

Lucio Piermarini

A. USL Terni

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 46-47

Possedere un animale da compagnia è ormai molto comune ed è indubbio che il rapporto con un animale può contribuire al benessere fisico e mentale delle persone, bambini compresi. È altrettanto indubbio però che la vita in comune con gli animali può comportare la trasmissione di patologie all'uomo sia che l'animale sia malato sia che goda di buona salute.

A questo si aggiungono le possibili lesioni da morso e graffio e le allergie. Per ciascuna di queste possibilità indicheremo schematicamente le caratteristiche generali, la terapia e la prevenzione.

MORSO

Il morso di cane è l'evenienza più comune e la vittima è di solito un bambino ben conosciuto dall'animale.

Il morso è sempre contaminato da un misto di aerobi e anaerobi ma il germe più comune è la *Pasteurella multocida*, responsabile anche di meningiti. L'infezione si verifica tuttavia solo nel 5% dei casi con i cani e nel 16-35% con i gatti.

Terapia: lavare accuratamente. Antibiotici ad ampio spettro (es. amoxicillina protetta) nelle ferite non superficiali e se l'animale è il gatto. La opportunità di una sutura immediata è controversa come per ogni ferita molto contaminata.

Prevenzione: controllare attentamente il gioco dei bambini con gli animali soprattutto se randagi.

GRAFFIO

I graffi sono molto frequenti e, nella maggior parte dei casi, innocui. Solo nel caso del graffio da parte di gattini, per altro asintomatici, è possibile l'infezione da *Bartonella henselae*, agente eziologico della malattia da graffio di gattino. Nella sede del graffio si

formerà una pustola e nel giro di una settimana una papula. Due settimane più tardi comparirà la linfadenopatia.

Terapia: lavare accuratamente. La terapia della malattia da graffio di gatto nella maggior parte dei casi non è necessaria.

Prevenzione: "scherza coi fanti" e lascia stare i gatti.

INFEZIONI

L'eliminazione di patogeni da parte di animali asintomatici è un evento non comune. Perciò una tempestiva terapia dell'animale ammalato diminuisce notevolmente il rischio di trasmissione dell'infezione come ad esempio nel caso della diarrea da *Campilobacter*.

Toxoplasma

Il gatto è l'ospite definitivo del parassita endocellulare *toxoplasma* ed elimina con le feci le oocisti che possono rimanere vitali fino a un anno. Un'altra via di possibile infezione è la carne cruda o poco cotta. L'infezione è per lo più asintomatica tranne che per il feto.

Terapia: è indicata solo per gli immunosoppressi, con pirimetamina e sulfadiazina, nei neonati infetti con malattia oculare, con pirimetamina e steroidi e in gravidanza con la spiramicina.

Prevenzione: cambiare la lettiera del gatto tutti i giorni in quanto le oocisti diventano infettanti solo dopo almeno un giorno. Le gravide e gli immunosoppressi eviteranno il contatto con i gatti, con la loro lettiera e useranno guanti nei lavori di giardinaggio.

Toxocara

La *toxocara* è un nematelminto che vive nell'intestino dei gatti e dei cani soprattutto randagi. Le sue uova sono eliminate con le feci e diventano infettanti dopo 15 giorni. I bam-

bini che gattonano le possono introdurre in bocca con facilità. Una volta nell'intestino la larva passa in circolo e si dissemina per tutto il corpo causando la visceral larva migrans. Nei bambini più grandi la larva si incista di solito solo nell'occhio simulando un retinoblastoma.

Terapia: gli steroidi possono essere di aiuto.

Prevenzione: lavarsi le mani prima di mangiare. Eliminare regolarmente i vermi dall'intestino degli animali.

Psittacosi

La psittacosi è una polmonite atipica che colpisce soprattutto i giovani adulti causata dalla Clamidia Psittacis e trasmessa da uccelli infetti malati o asintomatici. Due settimane dopo l'esposizione il soggetto sviluppa febbre, tosse, cefalea e una obbiettività toracica. La diagnosi si basa sulla storia e sulla sierologia per la Clamidia.

Terapia: eritromicina.

Prevenzione: curare tempestivamente gli uccelli ammalati.

Salmonellosi

Sono stati descritti casi di infezione da salmonella trasmessi da rettili domestici come tartarughine d'acqua e iguane.

ALLERGIE

Test cutanei positivi per estratti animali sono comuni ma la relazione tra questi e la comparsa di una sintomatologia clinica è sconosciuta.

È descritta una alveolite allergica da esposizione ad antigeni, ancora non bene identificati, di uccelli denominata "polmone dell'addestratore di uccelli" caratterizzata da febbre, tosse e dispnea ad insorgenza dopo poche ore dall'esposizione. Più comuni sono le reazioni di tipo immediato o croniche ad antigeni di animali, quali asma e rinite.

La diagnosi e la terapia sono complicate dal fatto che il semplice allontanamento dell'animale non è sufficiente a eliminare l'antigene dall'ambiente. A meno che non si attui una esageratamente rigorosa pulizia di tutta la casa, muri e tappezzeria compresi, l'antigene in causa può rimane-

re nell'ambiente, in quantità sufficiente, per mesi o anni. Con queste premesse può convenire usare altri sistemi per controllare la malattia, visto che anche l'allontanamento dell'animale dalla casa costituisce sempre motivo di conflitto nell'ambito familiare.

TIGNA

La tigna è causata da diversi funghi con diverse predilezioni di habitat: terreno, esseri umani, animali. Cani e gatti sono responsabili dell'infezione da *Microsporum canis* che può localizzarsi sul corpo, tinea corporis, o sul capo, tinea capitis. Le lesioni sono rotondeggianti e sul capo sono rappresentate da chiazze di alopecia, con capelli troncati e prurito. La fluorescenza verde alla luce di Wood orienta la diagnosi.

Terapia: griseofulvina, terbinafina o itraconazolo per os per 8-12 settimane per la tinea capitis. Antifungini topici per 4 settimane per la tinea corporis.

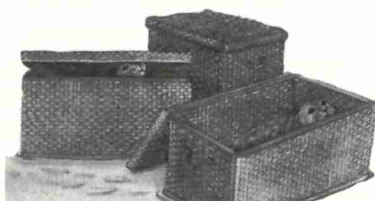
Prevenzione: molta attenzione nel contatto con cani e gatti considerando che l'infezione può avvenire anche da animali asintomatici.

PULCI

Pulci e loro parenti saltatori possono vivere su cani e gatti. Poiché la femmina prima di deporre le uova deve farsi uno spuntino di sangue, se non trova un animale si accontenta anche di un bambino. La saliva che inietta per rendere fluido il sangue è irritante e allergenica con probabile reazione infiammatoria anche estesa e formazione di una papula pruriginosa. Ad ogni successivo morso si rinnova il prurito anche nelle sedi già colpite.

Terapia: antistaminici per os per il prurito.

Prevenzione: data la carenza di domatori di pulci conviene disinfestare gli animali e le loro cucce.



Siete malati? attenti al topo!

In Inghilterra si va affermando una nuova moda: un topo come animale domestico.

Una lettera sul numero 2136 di New Scientist segnala una curiosità a tutti gli appassionati della disciplina:

"non preoccupatevi se il vostro topo sembra avere una epistassi, il rosso è il colore delle normali secrezioni nasali e, (incredibile a dirsi! ndr) molti libri on pet care non segnalano questo fatto".

Il commento di New Scientist è affidato al vignettista della rivista che dedica una striscia al problema delle zoonosi:

"I virus umani possono essere fatali per i primati, e molte altre malattie possono essere trasmesse dall'uomo agli animali o contaminare acque e cibi utilizzati anche da altri animali".

Speriamo che questa consapevolezza possa aiutare a salvare il nostro pianeta. Che sia un'altra delle strategie di Gaia? La teoria di Gaia, la terra come essere vivente globale, torna infatti alla ribalta nello stesso numero della rivista con la dimostrazione che il DMS (dimethyl sulphide) prodotto dalle alghe del Pacifico, reagendo con l'ossigeno forma un aerosol di particelle solide che contribuisce significativamente al termostato globale della terra.

Attenti al topo dunque!

E... ricordatevi di stare lontano dal vostro animale anche quando soffrite di un banale raffreddore.

(Red for Rats - New Scientist, 2136, 30 May 1998, pag 58)

S.F.

Trapianto di cellule staminali emopoietiche (T-CSE) in età evolutiva: quanti e dove in Italia

P. Paolucci¹, P.A. Quitadamo¹, A. Spirito¹, A. Pession², R. Rondelli²,
F. Locatelli³, M. Vignetti⁴, R. Oneto⁵, A. Bacigalupo⁵ (AIEOP e GITMO)

¹Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", IRCCS, S. Giovanni Rotondo (FG);

²Clinica Pediatrica III, Università di Bologna;

³Clinica Pediatrica, Università di Pavia;

⁴Cattedra di Ematologia, Università "La Sapienza", Roma;

⁵Dipartimento di Ematologia, Ospedale S. Martino, Genova.

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 48-51

Viene descritta la situazione del trapianto di cellule staminali emopoietiche in Italia. La considerazione conclusiva è che la distribuzione dei centri per il trapianto, con carenze soprattutto nel meridione, rappresenta un ostacolo allo svolgimento omogeneo dell'attività. Nel meridione infatti è collocato solo il 9% dei centri.

Nel numero 1 e nel numero 3 di "Quaderni acp" abbiamo trattato del problema dell'organizzazione e del fabbisogno italiano di trapianto di fegato e di rene nei bambini.

Dopo gli articoli di A. Giunta, per il trapianto di fegato, e di F.Sereni e L.Ghio, per il trapianto di rene, concludiamo con questo articolo di Paolo Paolucci sul trapianto di cellule staminali emopoietiche che sottolinea le gravi insufficienze che si verificano specie nel meridione.

Il problema

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) presenta numerose peculiarità rispetto agli altri trapianti di organo. Si ricorre ad esso quando la CSE è assente, ovvero quando, in analogia alla maggior parte dei trapianti di organo, la capacità funzionale della CSE è permanentemente anomala (malattie congenite), come pure quando questa è irreversibilmente perduta (incidenti nucleari, chemio-radioterapia sopravvitali). Trattandosi di un tessuto automantenentesi, dotato di spiccate capacità proliferative, differenziative, nonché effettrici di specifiche funzioni biologiche, al contrario degli altri tipi di trapianto di organo, il T-CSE può essere impiegato non solo per ripristinare una funzione perduta, come nel caso di trapianto autologo (da sé stesso) e di trapianto allogenico (da

donatore), ma anche affinché CSE allogeneiche trapiantate possano evocare risposte biologiche alloreattive nei confronti di cellule leucemiche residue (*graft versus leukemia*) dell'ospite. L'estensione di tale prospettiva agli altri tumori solidi non è certa e si fonda tuttora su incerte basi biologiche.

Oggi si parla di T-CSE rispetto a trapianto di midollo osseo, come era definito in passato, in conseguenza di alcuni progressi tecnologici, che ci consentono di disporre di più fonti di CSE, da sangue midollare, periferico e placentare. Questa possibilità consente già di allargare la rosa di donatori accessibili per trapianto allogenico: ad essa si sta affiancando anche l'acquisizione di nuove possibilità di superamento delle presenti limitazioni genetiche alla compatibilità donatore-ricevente. È pertanto ragionevole attendersi di potere effettuare un numero sempre maggiore di T-CSE, rispetto alla situazione attuale, tuttora in parte condizionata dal fatto che solo il 25% dei pazienti eleggibili dispone di un donatore familiare HLA-identico nella fratria. A tale limitazione si è già tentato di rispondere attraverso la creazione di registri internazionali di donatori volontari, che mettono a disposizione circa quattro milioni di donatori in tutto il mondo, aprendo nuove e concrete possibilità di trapianto e di trovare "il fratello che non sapevamo di avere". Pur-

troppo, nonostante che i calcoli teorici, basati sul numero dei donatori iscritti nei vari registri, indichino che il 42% dei pazienti dovrebbe riuscire a trovare un

talassemia major, anemia falciforme, alcune sindromi da immunodeficienza congenita, osteopetrosi maligna, linfoistiocitosi eritrofagica familiare, alcuni disordini

fare la situazione italiana in età pediatrica, per quanto riguarda fabbisogni e conseguente distribuzione di risorse e competenze sul territorio nazionale, nella speranza che a nessuno sfugga quanto i dati (e chi altri?) fortemente indicano.

Nella presente analisi ci avvarremo delle banche dati dell'AIEOP, gestite dal Centro Operativo AIEOP, sito presso il CINECA di Bologna, che consentono di sintetizzare l'attività trapiantologica maturata in oltre dieci anni (1985-1996) di esperienza in 19 Centri AIEOP-TMO in tutta Italia, con 1.843 pazienti trapiantati (età 0-17 anni) (tab. 1). Relativamente al periodo analizzato (1989-1995), tali dati sono stati integrati con quelli provenienti dalle banche dati del Gruppo Italiano di Trapianto di Midollo Osseo (GITMO) per l'allogeneico (Ospedale S. Martino, Genova) e per l'autologo (Cattedra di Ematologia, Università "La Sapienza", Roma), che hanno contribuito con una casistica di 304 trapianti (tab. 5). Utilizzando i dati di popolazione in età evolutiva (0-17 anni) (ISTAT), nonché i dati di malattia nell'ambito della patologia oncologica (Mod. 1.01) e quelli relativi al T-CSE in tale fascia di età (registri AIEOP-TMO e GITMO), abbiamo valutato l'entità e la distribuzione dell'attività trapiantologica pediatrica in Italia. L'analisi riguarda di necessità solo la patologia oncologica (LAL, LAM, LnH, LH, NBL, sarcomi, t. renali), perché per le patologie genetiche non sono ancora disponibili esaustivi registri nazionali di malattia, ovvero l'osservato può superare l'atteso per le accresciute attuali capacità di diagnosi. Inoltre, in tali patologie è comune il ricorso ad uno o pochi centri trapianto di riferimento, come è nel caso, ad esempio, delle sindromi da immunodeficienza primitiva (Brescia) e della talassemia major (Pesaro, Pescara, Cagliari). È intuibile che, in termini di specificità, specializzazione e qualità potenziali attraverso

tab.1. Numero di soggetti di età <18 aa sottoposti a T-CSE, secondo il Registro AIEOP-TMO (al 31/12/96)

	Allo	PMFD	MUD	Sing	Auto	PBSC	Totale
LAL	387	46	43	3	177	8	564
LAM	133	13	12	4	192	5	359
LMC Ph+	26	8	10	0	2	1	47
MDS	26	7	11	10	6	0	51
LH /LNH	26	1	2	1	74	5	109
NBL	6	0	0	0	173	66	245
PNET	0	0	0	0	4	0	4
RMS	0	0	0	0	23	8	31
SE	0	0	0	2	17	17	36
T.SNC	0	0	0	0	25	2	27
T.WILMS	0	0	0	0	19	3	22
Altri T. S.	0	0	0	0	4	2	6
Emopatie/ID	242	58	41	0	0	1	342
Totale	746	133	119	11	716	118	1.843

LAL = leucemia linfatica acuta; LAM = leucemia mieloide acuta; LMC Ph + = leucemia mieloide cronica philadelphia positiva; MDS = sindromi mielodisplastiche; LH = linfoma di Hodgkin; LNH = linfoma non Hodgkin; NBL = neuroblastoma; PNET = tumore primitivo neuroectodermico; RMS = rhabdomyosarcoma; SE = sarcoma di Ewing; T.SNC = tumori del sistema nervoso centrale; T.Wilms = nefroblastoma; altri T.S. = altri tumori solidi; ID = immunodeficienze.

Tipo di trapianto di CSE: TMO = trapianto di midollo; Allo = allogeneico; PMFD = donatore familiare parzialmente compatibile; MUD = donatore non familiare; SING = singeneico; Auto = autologo; PBSC = autologo da sangue periferico.

donatore non familiare compatibile, in realtà, e per varie ragioni, solo il 10% dei pazienti lo trova realmente e giunge al TMO in tempo utile. L'impiego di CSE placentari consentirà, specie in età pedia-

metabolici da accumulo) sia oncologiche (leucemie linfoblastiche e mieloblastiche acute, leucemia mieloide cronica, sindromi mielodisplastiche, linfomi recidivati, tumori solidi non responsivi).

tab.2. Numero di casi attesi/anno sulla popolazione pediatrica <18 aa secondo i dati ISTAT (1991).

Residenti	Tasso incidenza tumori (x10 ⁶ /anno)	N° casi attesi/anno
0 - 14 aa. 9.027.707	147,2	1.329
15 - 17 aa. F 1.598.693	99	158
15 - 17 aa. M 1.652.935	148	244
Soggetti <18 aa. = 12.279.335 1.731		

trica, di allargare ulteriormente la base di disponibilità e fattibilità del trapianto, grazie anche alla loro ridotta alloreattività, che resta comunque, in generale, il fattore più condizionante da superare.

Il T-CSE è consolidato metodo di cura di numerose patologie dell'infanzia, sia genetiche (anemia di Fanconi, discheratosi congenita, alcune eritroblastopenie congenite,

Un'ulteriore peculiarità del T-CSE in età pediatrica consiste nell'aver promosso l'esigenza di monitorare in modo complessivo l'attività dei centri attraverso l'istituzione di un registro nazionale in seno all'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP). Tale registro, oltre a rappresentare un importante strumento scientifico, consente di fotogra-

tab. 3. Numero di casi attesi/anno di tumore in soggetti di età <18 aa (periodo 1989-1995).

Tumore	%*	N. pts.
Leucemie	39	4.726
LAL	83	3.922
LAM	14	662
Altre	3	142
LH	4.7	570
LnH	8	970
T. SNC	11.7	1.418
NBL	8.8	1.066
T. Ossei	6.1	739
SPM	6	727
T. Renali	5.7	690
RTB	1.5	182
T. Tiroidei	0.2	24
Altri	8.3	1.005
Totale		12.117

*Da Registro Mod. 1.01

tale scelta si possa più facilmente e razionalmente tendere all'ottimo. Al contrario, può venire a mancare, secondo questo

tab. 4. Numero atteso (A) di trapianti (età <18 aa; periodo 1989-1995).

Diagnosi	N. pts.	Eleggibilità % a TMO	Atteso TMO
LAL	3.922	30	1.177
LAM	662	70	463
LnH	970	12	116
LH	570	7	40
NBL	1.066	50	533
Sarcomi + Renali	2.156		431
Totale	9.346	29,5%	2.760
			Atteso TMO/anno = 394

tab.5. Numero osservato (O) di trapianti (età <18 aa; periodo 1989-1995).

Diagnosi	AIEOP-SI*	AIEOP-NO**	Totale
LAL	358	124	482
LAM	231	103	334
LnH/LH	79	60	139
NBL	147	9	156
Sarcomi + Renali	53	8	61
Totale	868 (74%)	304 (26%)	1.172
Tot./anno	124	43	167

*Registro AIEOP-TMO
**Registro GITMO

indirizzo, peraltro non diffuso a tutte le patologie, l'indiscutibile peso esercitato dal "vigore ibrido", che possiedono i dati generati in più sedi, resi bene confrontabili in conseguenza della sviluppata e acquisita riproducibilità di competenze procedure.

La dimensione del problema al Nord e al Sud

Nel periodo esaminato (1989-1995), nella popolazione di età inferiore a 18 anni, si ha un atteso di tumori pari a 1.731 casi per anno (12.117 in totale) (tab. 2 e 3). Di tale popolazione, suddivisa per le diverse neoplasie, secondo i criteri di eleggibilità definiti dai singoli protocolli di trattamento, si configura un atteso (A) di T-CSE pari a 394/anno (29.5 %) (tab. 4). Il numero totale osservato (O) di T-CSE effettuati (autologo e da donatore) in centri AIEOP è risultato pari a 868 (74%), rispetto a 304 (26%) trapianti effettuati presso centri non AIEOP (GITMO), pari a 124 e 43 trapianti per anno, rispettiva-

mente (tab. 5). Analizzando separatamente i tipi di trapianto, nei centri AIEOP sono stati effettuati l'82% dei trapianti autologhi e il 66% dei trapianti da donatore, ovvero i 4/5 e i 2/3 del totale, rispettivamente. Per valutare la corrispondenza tra attività svolta e fabbisogno di T-CSE, abbiamo analizzato il rapporto O/A, riscontrando che giungono al T-CSE solo il 42% dei pazienti eleggibili, corrispondente a 227 casi all'anno, così suddivisi in termini di patologia: 99 LLA, 19 LMA, 2 LnH/LH, 54 NBL, 53 sarcomi e t. renali (tab. 6). A questo proposito, dal momento che i criteri di definizione dell'eleggibilità al T-CSE non possono essere chiamati in causa in modo determinante, essendo coerenti con quanto accreditato a livello internazionale, né è credibile che la più larga parte di questi T-CSE siano stati effettuati all'estero, seppure a questo proposito le regioni non siano state in grado di quantificare ancora con esattezza l'entità del fenomeno, resta una prevalente e possibile considerazione: la presente distribuzione dei centri nel territorio nazionale può rappresentare un ostacolo al regolare e tempestivo svolgimento dei trapianti, che non viene superato neppure dal fatto che vengano eseguiti T-CSE in bambini presso centri per adulti. Non va, peraltro, ignorata anche la possibilità che numerosi pazienti, anche in età pediatrica, vengano, dopo la diagnosi, avviati a percorsi terapeutici alternativi e di dubbia scientificità, seppure con diverso impatto sul territorio nazionale per ragioni socio-culturali particolari. Si comprende bene come, su questa base, non sia possibile fare alcuna previsione per il futuro, se non auspicare che si possa quanto prima mettere mano a quello che sembra attualmente rappresentare il cuore del problema. Infatti, relativamente alla distribuzione dei centri trapianto nel territorio nazionale, si può rilevare una netta prevalenza di centri al nord (> 50%) e al centro (> 30%), rispetto al sud e isole (< 9%), indipendentemente dal tipo di trapianto effettuato. Mentre nei 15 centri AIEOP (periodo 1989-1995) viene generalmente svolta attività di trapianto sia autologo sia da donatore, i centri non AIEOP (GITMO) sembrano più differenziati nella loro attività, risultandone 20 prevalentemente

dedicati al trapianto da donatore e 43 per lo più a quello autologo, ove, peraltro, si trapiantano pochissimi soggetti in età evolutiva. Per questa ragione e per ragioni di spazio, non abbiamo ritenuto opportuno dare i riferimenti logistici dei centri non AIEOP. Questi dati suggeriscono la necessità di un incremento e di una più razionale distribuzione dei centri AIEOP di trapianto nel territorio nazionale, con particolare riferimento al sud e alle isole, anche in relazione all'entità della popolazione

tab. 6. Debito annuale medio di TMO per casi osservati (O) e casi attesi (A) (<18 aa; periodo 1989-1995)

Diagnosi	O/A	Debito TMO N°/anno
LAL	0.40	99
LAM	0.72	19
LnH/LH	0.89	2
NBL	0.29	54
Sarcomi + Renali	0.14	53
Totale	0.42	227

oncologica pediatrica residente in tale parte del paese, pari al 39.7%, del tutto consistente rispetto a quella residente al nord e al centro (60.3%). Continuare ad ignorare l'evidenza senza prendere provvedimenti concreti, sia a livello nazionale sia a livello regionale, comporterà un ulteriore peggioramento di quanto è già drammaticamente sotto gli occhi di tutti noi: *nel periodo 1989-1995, complessivamente in Molise, Puglia, Campania, Basilicata e Calabria sono stati eseguiti 3 T-CSE a fronte di un atteso di 142 da eseguire nel solo 1995 e in un unico centro AIEOP*: tali dati non richiedono commenti, bensì provvedimenti urgenti a livello regionale o macroregionale, per arginare la situazione di estremo disagio, che i pazienti debbono sommare a tutti quelli, altrettanto drammatici, dovuti alle gravi patologie da cui sono affetti. Il fatto che 2/3 dei T-CSE da donatore e 4/5 di quelli autologhi in età evolutiva (0-17 aa.) vengano effettuati in centri AIEOP, congiuntamente alla sostanziale peculiarità del T-CSE in età evolutiva, sembra rafforzare il concetto che questa sia

la sede più idonea ove svolgerli di norma, e quindi da potenziare, anche in considerazione del ben più elevato numero di soggetti adulti eleggibili al T-CSE, spesso gravati da lunghe liste d'attesa. È stato scritto recentemente su *Lancet* "more clinical judgment", fewer "clinical judges". Molto più modestamente, a noi farebbe piacere stimolare in sanità, attraverso la lettura dei dati presentati, la creazione e la razionalizzazione di opportunità e di strumenti da usare, sperando che la lettura degli stessi possa anche contribuire in ciò di cui non si preoccupò la serva del filosofo greco Talete, quando lo vide cadere nel pozzo, mentre scrutava le stelle: "Talete, tu ti preoccupi delle cose del cielo e non t'avvedi di quello che sta davanti ai tuoi piedi". ■

Bibliografia

La bibliografia può essere richiesta agli AA. (Prof. P. Paolucci).

Centri AIEOP-TMO

U. TMO, Clin. Ped. Univ. di Pavia IRCCS
Polic S. Matteo
P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia
Tel. 0382/5021 Fax 0382/527976

Unità TMO, Clin. Ped. III P. S. Orsola
via Massarenti, 11 40138 Bologna
Tel. 051/347694 Fax 051/307162

Sezione di TMO, II Clin. Ped.
via Giustiniani, 3 35128 Padova
Tel. 049/8213505 Fax 049/8213510

U. TMO Div. Onc. Ped. Clin.
Ped. II Osp. R. Margherita
P.za Polonia, 94-10126 Torino
Tel. 011/3135222 Fax 011/3135695

U. TMO Div. di Emato-Oncologia
Ped. Ist. G. Gaslini
Largo Gaslini 16148 Genova Quarto
Tel. 010/56361 Fax 010/3776590

U. TMO Rep. di Onco-Ematologia
Ped. Spedali Civili
via del Medolo, 2 25123 Brescia
Tel. 030/39951 Fax 030/3388099

Ist. Naz. Dei Tumori Div. di Onc. Ped.
via Venezian - 20100 Milano
Tel. 02/2394590 Fax 02/2665642

C. di Emat. Ped. Trap. di Midollo
Osseo Clin. Ped. Osp. S. Gerardo
via Donizetti, 106 20052 Monza (MI)
Tel. 039/2333513 Fax 039/2301646

Clinica Pediatrica Osp. "A. Meyer"
via L. Giordano, 13 50132 Firenze
Tel. 055/5662461 Fax 055/580881

U. Trap. di Midollo Osseo Clin.
Ped. Osp. Inf. B. Garofalo
via dell'Istria, 65/1 34137 Trieste
Tel. 040/37851 Fax 040/762623

Dip. di Biopatologia Umana
Univ. La Sapienza
via Benevento, 6 00161 Roma
Tel. 06/857951 Fax 06/44241984

C. Trap. Div. Onco-Ematologia
Osp. Bambin Gesù
P.za Onofrio, 4 - 00165 Roma
Tel. 06/68592242 Fax 06/68801931

Clin. Ped. Osp. dei Bambini "G. Salesi"
via F. Corridoni - 60123 Ancona
Tel. 071/33633 Fax 071/336281

U. Org. di Ped. Oncoemat. con TMO
Osped. R. Silvestrini
via S. Andrea delle Fratte 06080 S. Sisto (Perugia)
Tel. 075/5782254 Fax 075/5782656

C. Trap. di Midollo Div. di Emat. Osped. Civile
via Fonte Romana 65100 Pescara
Tel. 085/425281 Fax 085/4252583

II Divisione Ped.- Ematologia
Ospedale "Pausilipon"
via Posillipo, 226 80123 Napoli
Tel. 081/2205418 Fax 081/2205418

Div. di Ped. Osp. "Casa Sollievo
della Sofferenza"
viale dei Cappuccini 71043
San G. Rotondo (FG)
Tel-Fax 0882/410251

C. Trap. Midollo Osseo Clin.
Ped. II O. Reg. per le Microcitemie
via Jenner - 09121 Cagliari
Tel. 070/5294650
Fax 070/5294540

Unità TMO Emato-Oncologia
Ped. Clin. Ped. Univ. di Pisa
via Roma, 67 - 56100 Pisa
Tel. 050/553466 Fax 050/550595

Le epilessie nei bambini e nei ragazzi

F. Guzzetta, D. Battaglia

Neuropsichiatria Infantile, "UCSC Policlinico Gemelli", Roma

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 52-57

Le epilessie rappresentano, come è noto, un problema clinico assai diffuso in pediatria. La loro incidenza nel bambino, infatti, raggiunge, se si includono le convulsioni febbrili, valori del 4-5%, assai superiori a quelli della popolazione generale (0.5-1%). L'imaturità del SNC, che abbassa la soglia della convulsività, sta alla base di questo fenomeno; peraltro, l'insorgenza delle epilessie, in una rilevante proporzione di casi (60%) avviene in età pediatrica. L'ultima classificazione, cui abitualmente ci si riferisce, è quella proposta all'ILAE (International League Against Epilepsy) nel 1989⁶, applicata anche alle epilessie del bambino³¹. Essa è fondata su un doppio asse: da una parte la sintomatologia, se ad insorgenza parziale o generalizzata, dall'altra l'etiologia, se sintomatica o idiopatica, se cioè il disturbo epilettico si innesta su un'alterazione riconoscibile del SNC o viceversa non deriva da altri fattori, in particolare una predisposizione genetica. Di questo secondo asse fanno anche parte le forme criptogenetiche, in cui la etiologia lesionale viene presunta, anche se gli attuali strumenti diagnostici non sono in grado di rivelarla. Anche se la classificazione del 1989 mantiene per molti aspetti la sua validità, sempre più numerosi sono i contributi critici e le nuove osservazioni, in particolare riguardo alle forme pediatriche^{12,16}. In questa esposizione ci limiteremo a trattare brevemente alcune tra le aree dell'epilettologia infantile che hanno ricevuto in questi ultimi anni un maggior numero di apporti innovativi.

Le epilessie non sono soltanto crisi

Le manifestazioni epilettiche, convulsive e non, si inseriscono in modo pervasivo nella storia biologica e psico-sociale del bambino. L'inquadramento diagnostico ed il programma terapeutico per essere efficaci richiedono pertanto un approccio il più possibile globale. La crisi epilettica rappresenta innanzitutto un

sintomo da analizzare correttamente in tutti i suoi elementi nella raccolta anamnestica (che spesso costituisce l'unica fonte di informazione per il pediatra) e nell'osservazione (*tab. 1*). Le tecniche neurofisiologiche (poligrafia, video EEG, EEG dinamico, telemetria) consentono oggi, peraltro, la migliore definizione elettroclinica della crisi. In secondo luogo, la crisi epilettica va rapportata, laddove è possibile, alla condizione etiologica che la sostiene, sia che si tratti di una cerebropatia fissa (sequela di fatti ischemici, emorragici, vascolari, infettivi, tossici, ecc.), sia che sia espressione di una patologia progressiva (in particolare dismetabolica) o malformativa (turbe della migrazione neuronale, displasie "sindromiche" o più gravi turbe dello sviluppo del SNC). Nelle forme non sintomatiche, l'obiettivo diagnostico è quello di inquadrare, se possibile, la crisi nel contesto di una delle diverse sindromi riconosciute, analizzando tutti gli aspetti clinici (*tab. 2*) che possono fondare la costellazione sindromica: tale individuazione diagnostica ha delle ovvie ricadute sia sul piano terapeutico che su quello della prognosi. Accanto al monitoraggio delle funzioni neurologiche, anche quelle più complesse (funzioni cognitive), - indispensabile per la valutazione del profilo di sviluppo del piccolo paziente, in relazione al trattamento, alle crisi o alla stessa condizione etiologica - va esaminata accuratamente la componente psico-affettiva all'interno delle dinamiche familiari, non solo per rinforzare la compliance nella realizzazione terapeutica, ma soprattutto per apportare tutti quei correttivi di ordine psico-ambientale necessari per migliorare la qualità della vita del bambino e della sua famiglia.

Le convulsioni neonatali: solo fenomeni transitori?

È nota la frequenza con cui si osservano convulsioni nei reparti di patologia neonatale. Tali manifestazioni, il più spesso legate alle

afezioni cerebrali e/o sistemiche del neonato, rappresentano pertanto il sintomo di un'afezione acuta destinata ad una remissione, sia pure con possibili sequele disfunzionali, tra le quali, eventualmente (anche se non frequentemente), una epilessia ad insorgenza a distanza varia dalla nascita. L'atteggiamento abituale è quello di considerare i fenomeni convulsivi neonatali come fenomeni transitori, salvo a formulare la diagnosi di epilessia e instaurare una terapia quando più tardi le manifestazioni si ripresentassero. Pur tuttavia, esistono almeno quattro sindromi epilettiche ad insorgenza neonatale riconosciute dall'ILAE, delle quali due di natura benigna: le convulsioni neonatali idiopatiche benigne (CNIB), le convulsioni neonatali familiari benigne (CNFB), l'encefalopatia mioclonica neonatale (EMN) e l'encefalopatia epilettica infantile precoce (EEIP).

Descritte già nel 1977, le *convulsioni neonatali benigne* sono state successivamente precisate nelle loro caratteristiche elettrocliniche: per la loro distribuzione nel tempo (circa il 90% dei casi tra il 1° ed il 9° giorno di vita)³⁰ sono anche chiamate le "convulsioni del 5° giorno". Le crisi, spesso a salve, di durata prolungata sino a configurare un vero e proprio stato di male, sono abitualmente di tipo clonico, spesso parziali; il

quadro neurologico è del tutto normale e la regressione completa in età neonatale. Anche se non esistono pattern EEGrafici specifici, in una grande percentuale di casi si rileva un aspetto di "teta puntuto alternante" (bouffées di ritmo teta, più o meno diffuso, spesso asincrono, discontinuo, con aspetti frequentemente aguzzi). Le *convulsioni neonatali familiari benigne* (CNFB), sono invece afezioni familiari con una etiologia genetica a trasmissione autosomica dominante. La condizione geneticamente eterogenea riconosce almeno due forme: la CNFB1 e la CNFB2, con localizzazioni rispettivamente nel braccio lungo del cromosoma 20²² e del cromosoma 8²³. Le crisi, che insorgono anche più precocemente delle CNIB, sono abitualmente di breve durata: iniziano con una postura tonica associata a respiro superficiale e, in successione, a manifestazioni oculari (occhi sbarcati, deviazione oculare, clonie palpebrali), clonie ed automatismi. La registrazione delle crisi evidenzia un esordio caratterizzato da attenuazione generalizzata del ritmo di fondo, seguito da onde lente, punte o un vero e proprio tracciato discontinuo (burst suppression). Le crisi regrediscono dopo qualche settimana e solo in una piccola percentuale di casi (circa il 10%) si osserverà un'epilessia nel corso della vita. L'individuazione delle mutazioni, per le due forme rispettivamente nei geni KCNQ2 e KCNQ3, che "codificano" le subunità alfa dei canali del potassio a dipendenza di voltaggio, apre peraltro interessanti prospettive nello studio dei meccanismi propri della scarica epilettica, dei quali un aspetto importante può essere legato appunto al deficit funzionale dei canali del K a dipendenza di voltaggio con conseguente abbassamento della soglia di eccitabilità neuronale³⁵. Le rimanenti due forme di epilessia neonatale (EMN ed EEIP) hanno, diversamente dalle precedenti, una prognosi severa. Da alcuni ritenute forme sovrapponibili, sicuramente presentano degli importanti overlap: le manifestazioni epilettiche sono costituite da crisi polimorfe prevalentemente miocloniche (crisi parziali) associate a bouffées di punte, onde aguzze e lente associate a tratti di depressione (burst-suppression) nella EMN e ad un tracciato più costantemente discontinuo con predominanza degli spasmi tonici nell'EEIP. Altri elementi di differenziazione

tra le due forme sono rappresentati dall'etiologia il più spesso dismetabolica nella prima, mentre le sindromi cerebrali malformative o clastiche prevalgono nella seconda, che presenta peraltro frequentemente la caratteristica di evolvere con l'età, in successione, verso altre forme di encefalopatia epilettica (s. di West e s. di Lennox-Gastaut).

Epilessie miocloniche ad insorgenza precoce (0-3 anni)

Numerose sono le forme di epilessie ad insorgenza precoce, anche se la definizione sindromica non è frequentemente possibile per il carattere generalmente aspecifico della sintomatologia in questa epoca della vita. Il carattere mioclonico delle crisi costituisce comunque il fondamento di una serie di sindromi, spesso ad evoluzione grave, in cui si raggruppano con maggiore frequenza le epilessie di questa età.

Esse comprendono le forme ad insorgenza neonatale già descritte, l'epilessia mioclonica benigna (EMB) del lattante con la sua variante riflessa, la sindrome di West, l'epilessia mioclonica severa (EMS) del lattante, l'epilessia mioclonica astatica (EMA), la sindrome di Lennox-Gastaut, l'epilessia mioclonica nell'encefalopatia fissa ("stato di male mioclonico"), le epilessie miocloniche di alcune encefalopatie progressive.

La *sindrome di West* (spasmi infantili, ipsaritmia ed arresto/regressione psicomotoria), rappresenta - come è noto - la forma più frequente di epilessia nella prima infanzia. Lo spasmo infantile non differisce in sé dalle mioclonie massive che si osservano in altre sindromi miocloniche (persino benigne come nel caso del *mioclono benigno del lattante*); la sua presentazione a salve, prolungata, in rapporto preferenziale con il sonno (in particolare al risveglio) e soprattutto il contesto clinico ed EEG sono gli elementi diagnostici specifici. Accanto alle forme sintomatiche, con prognosi notoriamente partico-

Tab. 1.

- * momento della crisi (in particolare, rapporto con il sonno)
- * condizioni scatenanti
- * presenza di segni di avvertimento (aura)
- * tipi di fenomeni (motori, sensitivi, sensoriali, cognitivi, psico-affettivi, ecc.)
- * coscienza e reattività
- * modificazioni neurovegetative (colorito della cute, respirazione, salivazione, ecc.)
- * evoluzione dei fenomeni critici
- * caratteristiche post-critiche
- * polimorfismo delle crisi
- * durata e frequenza

Tab. 2.

- * familiarità
- * età d'insorgenza
- * semeiologia delle crisi
- * caratteristiche intercriche ed, eventualmente, critiche dell'EEG
- * sviluppo cognitivo prima dell'insorgenza delle crisi
- * rispondenza ai farmaci
- * eventuale deterioramento neurocognitivo

lamente sfavorevole (anche se sono descritte esperienze di interventi chirurgici sulla lesione cerebrale causale che migliorerebbero la prognosi, in particolare delle crisi)⁵, si ipotizza oggi l'esistenza di una forma idiopatica riconoscibile per un normale contesto clinico e per alcune altre caratteristiche (normale sviluppo prima dell'insorgenza dell'epilessia, caratteristiche discontinue dell'EEG critico, disgregazione transitoria delle performances cognitive senza reale difetto mentale nella fase acuta)^{13, 21, 38}. L'*epilessia mioclonica benigna del lattante* (EMB)¹⁰ è una sindrome rara, ad insorgenza nella prima infanzia (a partire dal quarto mese), che va tenuta presente per la sua prognosi generalmente buona, abbastanza unica nell'ambito delle epilessie miocloniche dell'infanzia. Le crisi ricordano gli spasmi infantili: la video EEG mette in evidenza da una parte la natura mioclonica delle scosse, isolate o in brevi sequenze, e dall'altra l'aspetto EEG critico tipico costituito da una scarica di punte-onde (PO) o polipunte-onde (PPO) rapide, generalizzate e sincrone (3Hz). Sensibile alla monoterapia (valproato), la sindrome, specie se tempestivamente trattata, comporta uno sviluppo neurocognitivo del tutto normale. L'EMB appartiene alle forme idiopatiche generalizzate ed è da differenziare da altre forme ad insorgenza infantile, prima fra tutte l'*epilessia mioclonico-astatica* (EMA) di Doose⁹. L'EMA, a genesi multifattoriale ma con una importante predisposizione genetica, testimoniata dalla frequente familiarità, si presenta in modo polimorfo: alle crisi miocloniche, sovrapponibili a quelle riscontrate nell'EMB, si associano le crisi astatiche (cadute o flessioni per perdita del tono assiale), le crisi mioclonico-astatiche, le crisi tonico cloniche genera-

lizzate (CTCG) febbrili e non, che spesso inaugurano la sintomatologia epilettica, e la propensione verso gli stati di male "minori" (che si manifestano come apatia o stupor), talora di difficile riconoscimento: queste due ultime condizioni danno una connotazione negativa alla prognosi, per il resto variabile. Farmaco di prima scelta è il valproato, anche se spesso si è costretti a ricorrere ad altri medicinali (etosuccimide, corticosteroidi) per il controllo delle crisi. Bouffées di PO a 2-3 c/s, spesso irregolari, generalizzate o con prevalenza unilaterale (pseudofocalità), che si attivano con il sonno, costituiscono le caratteristiche EEG di questa sindrome, la cui possibile identità fisiopatologica - soprattutto in relazione alla sindrome di Lennox-Gastaut - potrebbe essere rappresentata dalla sua prevalente natura di epilessia generalizzata primaria. Con un'insorgenza al termine del periodo considerato in questo paragrafo, *la sindrome di Lennox-Gastaut* rappresenta un'evenienza relativamente frequente. Nella sua espressione tipica, si fonda su una triade sintomatologica rappresentata da (a) un insieme polimorfo di episodi critici (crisi toniche, crisi miocloniche massive e mioclonico-atoniche, ed assenze atipiche caratterizzate dalla progressività d'insorgenza e di risoluzione e concomitanza con una perdita del tono -"assenze amiotoniche" -, oltre che per l'EEG critico costituito da PO lente irregolari); (b) EEG intercritico caratterizzato da PO lente diffuse allo stato di veglia e bouffées di ritmi rapidi (10 c/s) in sonno; le PO lente non sono sempre coincidenti con le manifestazioni critiche, ma spesso, disponendosi in modo multifocale, costellano per lunghi tratti il tracciato intercritico; (c) arresto e regressione dello sviluppo neurocognitivo. Il più spesso di natura sintomatica, la s. di Lennox-Gastaut è un'affezione tipicamente farmacoresistente, ad evoluzione severa, sia per le crisi che per lo sviluppo mentale. Analoga farmacoresistenza e sfavorevole evoluzione, in particolare sul piano cognitivo, presenta l'*epilessia mioclonica severa del lattante* (EMS). Individuata da Dravet e coll.¹¹, si caratterizza per le crisi miocloniche, spesso associate a crisi parziali o ad assenze atipiche, precedute da uno o più episodi febbrili prolungati nel corso del

primo anno di vita. Gli accessi mioclonici massivi, associati ad una scarica di PO o PPO generalizzate, sono abitualmente accompagnati da mioclonie segmentarie, facilitate dal movimento. Data la spiccata multifattorialità etiopatogenetica dell'insieme di queste forme miocloniche, è facilmente comprensibile come le manifestazioni sintomatologiche possano abbracciare un continuum di quadri clinici, tra i quali la definizione sindromica può in certi casi rivelarsi del tutto impossibile o quanto meno arbitraria. Mioclonie e crisi miocloniche sono infine presenti in alcune *encefalopatie progressive da errore congenito del metabolismo*, nelle quali il fenomeno epilettico può persino rappresentare un elemento importante nell'orientamento diagnostico (iperglicinemia non chetotica, tipo infantile precoce e tardivo della ceroidolipofuscinosi, GM2 gangliosidosi, fenilchetonuria con deficit in bipterina, ecc.)¹.

Le epilessie parziali idiopatiche

Sino agli anni '70, epilessia parziale era quasi sinonimo di forma sintomatica; l'individuazione successiva di una forma parziale con parossismi rolandici ad evoluzione benigna ha svelato l'esistenza di una famiglia di sindromi idiopatiche ad espressione parziale, delle quali si stanno progressivamente isolando le diverse entità. Nella classificazione della ILAE (1989) erano incluse solo tre forme di epilessie parziali idiopatiche (EPI), le epilessie benigne con punte centro temporali, le epilessie benigne con parossismi occipitali e l'epilessia da lettura. La ben nota *epilessia benigna con punte centrotemporali* (BECTS- Benign Epilepsy with Centro-Temporal Spikes), rappresenta il 15-20% delle epilessie dell'infanzia; prevalente nel sesso maschile, con frequente familiarità per convulsioni, si caratterizza per le tipiche crisi parziali semplici all'addormentamento o al risveglio, a partenza orofaciale; l'EEG intercritico presenta le caratteristiche P lente, bifasiche, di elevato voltaggio sulle regioni centrotemporali, che si attivano con il sonno. Della BECTS sono oggi riconosciute diverse varianti: innanzitutto l'*epilessia parziale psicomotoria benigna*⁷, caratterizzata da crisi prevalentemente notturne che simulano il pavor notturno, e l'*epilessia benigna con poten-*



ziali somatosensoriali giganti³⁶, con crisi abitualmente rare che possono generalizzarsi e con l'associazione con il più comune fenomeno dei potenziali somatosensoriali giganti (1% dei bambini tra 1 e 13 anni), provocabili con il tapping sulla pianta dei piedi; entrambe queste forme presentano un tracciato EEG sovrapponibile a quello della BECTS. Due altre varianti, pur mantenendo il carattere di benignità, si distinguono per la spiccatissima attivazione dei parossismi elettrici in sonno: l'*epilessia parziale benigna atipica dell'infanzia*⁸, caratterizzata da crisi parziali motorie e generalizzate tonico-cloniche associate a assenze atipiche, mioclonie e cadute atoniche e l'*epilessia con punte continue lateralizzate in sonno*¹⁴, in cui si registra la presenza di P continue focali in sonno in pazienti con sviluppo cognitivo e motorio adeguato, senza deficit neuropsicologici selettivi, con crisi motorie focali o di un emilato. Le *epilessie benigne dell'infanzia con parossismi occipitali* presentate inizialmente da Gastaut¹⁵ come un'unica sindrome, sono state in realtà suddivise recentemente in diverse entità sindromiche: l'*epilessia dell'infanzia a parossismi occipitali* (CEOP-Childhood Epilepsy with Occipital Paroxysms) propriamente detta, corrispondente alla forma descritta da Gastaut, e la *sindrome benigna con crisi occipitali ad esordio precoce* (EBOSS- Early-onset Benign Occipital Seizure susceptibility Syndrome) descritta da Panayiotopoulos (26). La CEOP presenta un esordio più tardivo (7-11 anni), le crisi sono esclusivamente diurne, spesso molto frequenti, e sono caratterizzate da sintomi visivi positivi, come le allucinazioni visive semplici o complesse, o le illusioni visive (micropsie, metamorfosie, palinopsie), e sintomi visivi negativi (amaurosi e scotomi). Spesso precedute o seguite da cefalea, le crisi parziali semplici possono evolvere o associarsi a crisi parziali complesse, emiconvulsioni o CTCG. Normalmente rispon-

dono ai farmaci antiepilettici, ma tendono a persistere nella tarda adolescenza e nella vita adulta. L'EEG intercristico presenta una normale organizzazione del ritmo di fondo e la presenza di PO occipitali di elevato voltaggio, organizzate in bouffées, attenuate dall'apertura degli occhi e attivate dal sonno; spesso le anomalie EEG possono essere visibili solo saltuariamente, specie nel periodo postcristico¹⁹. La EBOSS si caratterizza per un esordio più precoce, in un range compreso tra 1 e 11 anni (mediana 4 anni); le crisi sono rare, prevalentemente notturne, l'evoluzione è più favorevole. Dal punto di vista semeiologico si tratta di crisi parziali complesse, caratterizzate da vomito, deviazione tonica degli occhi e/o del capo, spesso con generalizzazione secondaria. La cefalea è rara. La durata è in genere superiore a 30 min.; frequente l'organizzazione in stato di male di tipo parziale (più del 40 % dei casi), che può simulare uno stato neurologico acuto di natura encefalitica. Le alterazioni EEG sono simili a quelle della CEOP, con la peculiarità della soppressione delle attività parossistiche prodotta dalla fissazione visiva, fenomeno descritto come "fixation-off sensitivity"²⁶. Le caratteristiche EEGrafiche di queste due forme di epilessia occipitale non si possono comunque considerare patognomoniche delle forme idiopatiche; analoghe caratteristiche sono state infatti osservate anche in casi con celiachia anche asintomatica o con calcificazioni occipitali¹⁷. Recentemente è stata descritta un'altra entità sindromica appartenente alle epilessie occipitali idiopatiche, denominata *epilessia occipitale idiopatica fotosensibile*²⁰. È una forma di epilessia riflessa con crisi scatenate da fattori foci quali videogames, TV e altri patterns luminosi; vi è una netta prevalenza nel sesso femminile, esordio tra i 5 e 17 anni, semiologia delle crisi simile a quella delle CEOP, con frequente presenza anche di sintomi vegetativi come nelle EBOSS. L'EEG è caratterizzato da risposta fotoparossistica alla SLI con anomalie occipitali e generalizzate. Sono stati descritti da altri autori casi con quadro clinico sovrapponibile, ma senza la risposta fotoparossistica EEG, probabilmente sensibili ad altri pattern visivi. Oltre queste varianti non riconosciute dalla ILAE, sono riportati altri tipi di epilessie parziali idiopatiche a trasmissione eredita-

ria, quindi geneticamente determinate, spesso con evoluzione favorevole: l'epilessia temporale familiare, l'epilessia frontale notturna autosomica dominante, l'epilessia familiare a <<focolai multipli>>, la forma rolandica autosomica dominante con aprassia del linguaggio, l'epilessia familiare <<uditiva>> legata al cromosoma 10q. L'*epilessia temporale familiare*³ è ad esordio tardivo (durante l'adolescenza), sono presenti crisi parziali semplici con sintomi psichici (<<déjà vu>>) e autonomici, raramente complesse o con secondaria generalizzazione. EEGraficamente sono state osservate sporadiche attività epilettiformi sulle regioni temporali (22% dei casi). L'evoluzione in genere è favorevole. La modesta e spesso sfumata sintomatologia rende difficile il riconoscimento di casi familiari; la prima descrizione è stata quella di Berkovic² concernente due gemelli, ma successivamente sono stati riportati altri casi di gemellarità e casi familiari. Non è stato ancora mappato il gene responsabile di questa forma, ma l'analogia con il modello genetico di epilessia temporale E1 del topo, localizzata sul cromosoma 9, suggerirebbe una possibile localizzazione nelle regioni omologhe del cromosoma umano 3, oltre che dei cromosomi 6 e 15. Per le *epilessie frontali* la situazione è più complessa. Nel 1983 è stato pubblicato il primo lavoro² che evidenziava l'esistenza di epilessie frontali con buona evoluzione; circa l'11% delle epilessie idiopatiche focali secondo Loiseau²⁴ sono costituite da forme frontali, che comunque sembrano rappresentare una popolazione eterogenea, comprendente forme atipiche di



BECT ed epilessie del lobo frontale cripto-genetiche non severe. Tra di esse cominciano ad essere individuate forme familiari, come nel caso dell'*epilessia frontale notturna autosomica dominante*, in cui è stato perfino identificato il gene²⁹, localizzato sul cromosoma 20q 13.2,-13.3, il quale codifica per la subunità alfa-4 del recettore nicotinico per l'acetilcolina. Questa forma di epilessia, omogenea fenotipicamente, non sembra comunque altrettanto omogenea dal punto di vista del genotipo. Il fenotipo si presenta con crisi motorie di tipo tonico o ipercinetico, notturne, di breve durata, organizzate in clusters (in media circa 7-8 crisi per notte). In circa il 70% dei casi la coscienza è conservata. Tanto più precoce è l'esordio, tanto maggiore è abitualmente la severità dell'epilessia, che presenta comunque una notevole variabilità intrafamiliare. Le crisi in genere rispondono meglio alla carbamazepina, ma alla sospensione della terapia in genere ricompaiono; questa forma di epilessia è pertanto un chiaro esempio di come il carattere idiopatico non sempre coincide con un'evoluzione del tutto favorevole. È molto importante e talvolta difficile la diagnosi differenziale con le parassonnie, la distonia parossistica notturna e con disturbi psichiatrici; le difficoltà sono ancora maggiori se si considera che spesso (84% dei casi) l'EEG intercritico in veglia è normale; appare pertanto indispensabile in questi casi eseguire una video-polisonnografia. Non sono visibili alterazioni alle neuroimmagini e non sono stati segnalati casi con deficit cognitivi. Nel caso dell'*epilessia familiare con focolai multipli*³³,

caratteristico è il riscontro di focolai multipli diversi da un soggetto all'altro, mentre nella *forma rolandica autosomica dominante con disprassia del linguaggio*³² si associano disturbi specifici del linguaggio. Altra forma, infine, identificata geneticamente, con espressione fenotipica variabile, è l'*epilessia uditiva legata al cromosoma 10q*, le cui crisi sono fondamentalmente caratterizzate da manifestazioni di natura acustica²⁵.

Le epilessie con assenze tipiche

La compromissione della coscienza è, come è noto, un elemento che accompagna frequentemente le crisi epilettiche. Solo nel caso delle assenze essa costituisce l'elemento preminente della crisi, per la quale si evoca un ruolo patogenetico primario dei circuiti talamo-corticali³⁵. Attraverso un lungo processo storico di assimilazione ed adattamento dell'entità nosografica, che è passata per diverse denominazioni, quali piccolo male o picnolessia, oggi si tende a inserire l'assenza all'interno di quadri sindromici riconoscibili per età d'insorgenza, caratteristiche cliniche ed EEG, sensibilità al trattamento ed evoluzione. Si parla, pertanto, piuttosto di sindromi epilettiche con assenze tipiche, le quali possono essere caratterizzate da una semplice perdita di coscienza (assenze semplici) ovvero dall'associazione con modesti fenomeni motori, vegetativi o automatismi (assenze complesse).

Le assenze tipiche vanno peraltro differenziate dalle assenze atipiche e dalle crisi parziali complesse. Le assenze atipiche fanno classicamente parte, come si è visto, del complesso quadro epilettico della *s. di Lennox-Gastaut*. In questo caso le crisi di assenza sono facilmente riconoscibili per la parzialità e variabilità intracritica della compromissione della coscienza, la quale si instaura progressivamente e regredisce gradualmente; è accompagnata da fenomeni tonici ed ha un rapporto meno stretto con la crisi elettrica rappresentata da bursts di PO lente (1-2,5/s) difficilmente distinguibili da anomalie analoghe, specie focali, del tracciato di fondo. Nelle crisi parziali complesse il pattern EEG è polimorfo e non sono rilevabili le tipiche sequenze ritmiche di PO. Clinicamente si tratta di periodi di confusione generalmen-

te di lunga durata (60-120"), con uno stato di coscienza variamente compromesso che riacquista lucidità lentamente ed è seguito da stanchezza e sonnolenza, elementi del tutto estranei alle assenze propriamente dette. Lo spettro clinico delle sindromi epilettiche con assenze tipiche comprende almeno quattro differenti sindromi nel bambino (oltre la forma del lattante) e numerose altre proposte di ipotesi sindromiche che attendono conferme²⁷.

Il prototipo è rappresentato dalla epilessia-assenza del bambino (EAB), entità sindromica - come è noto - con insorgenza tra 2 e 8 anni (picco intorno ai 5 anni), in un contesto clinico abituale di completa normalità, con crisi generalmente brevi (5-15") di perdita di coscienza, caratterizzate da interruzione di qualunque attività (ivi compresa la parola o l'iperpnea, che abitualmente scatena le manifestazioni critiche) e che si ripetono frequentemente nella stessa giornata; è possibile una modesta compartecipazione tonico-motoria come qualche sporadico ammiccamento palpebrale o altri automatismi. Alla crisi corrisponde una scarica generalizzata di PO a 3 c/s, sincrone e simmetriche, che inizia e s'interrompe d'emblée, all'interno di un tracciato EEG intercritico del tutto normale. L'evoluzione di questa forma è abitualmente favorevole. L'individuazione di sindromi differenti nell'ambito delle epilessie con assenze tipiche ha messo l'accento su alcuni sintomi che possono essere considerati di esclusione per la forma infantile, e cioè: la durata prolungata della perdita di coscienza, la sua superficialità, la presenza di mioclonie (palpebrali, orali, ecc.), la natura riflessa e la fotosensibilità, l'irregolarità e frammentazione della scarica critica, le anomalie del ritmo di fondo. La *forma giovanile dell'epilessia-assenza* è riconosciuta dalla classificazione dell'I-LAE (1989) come una forma ad insorgenza più tardiva (tra 8 e 16 anni), con crisi di perdita di coscienza meno profonda della forma infantile, di frequenza più ridotta e di durata più prolungata oltre che più variabile; si possono anche osservare mioclonie sporadiche e talora crisi tonico-cloniche generalizzate, ma l'elemento predominante della sindrome rimane l'assenza tipica. Le caratteristiche EEG sono sovrapponibili a quelle della forma infantile; è



tuttavia possibile un maggiore riscontro di PPO e un accenno alla frammentazione della scarica, con ritmo di fondo comunque normale. Assenze tipiche si possono osservare nella *epilessia mioclonica giovanile* (EMG), in associazione alle altre manifestazioni epilettiche tipiche della sindrome (mioclonie massive e crisi tonico-cloniche generalizzate, in particolare al risveglio). Esse si osservano solo in un terzo dei casi di EMG e possono precedere, con caratteristiche elettrocliniche sovrapponibili all'epilessia-assenza del bambino o giovanile, la comparsa del quadro sindromico completo, tanto da indurre ad un comprensibile errore diagnostico. Il rilievo, purtuttavia, della comparsa di caratteristiche critiche proprie può orientare precocemente verso una corretta identificazione della malattia. In realtà, con il passare degli anni la crisi si superficializza, sino a divenire impercettibile, mentre l'EEG critico acquista caratteristiche di frammentazione, irregolarità del complesso PO-PPO, con prevalenza delle PP e grande variazione della frequenza, tratti non più compatibili con una diagnosi di epilessia-assenza del bambino o giovanile; la prognosi, peraltro, peggiora in modo significativo. Un'altra sindrome epilettica riconosciuta dall'ILAE è l'*epilessia con assenze miocloniche*³⁷. Le manifestazioni miocloniche della crisi sono bilaterali e ritmiche, talora associate ad una contrazione tonica. L'EEG critico ha caratteristiche simili a quelle riscontrate nell'EAB. L'età d'insorgenza cade nella terza infanzia (con una media intorno ai 7 anni); la prognosi e la risposta al trattamento sono significativamente scadenti. Le *mioclonie palpebrali con assenze*²⁷ non sono ancora riconosciute come quadro sindromico autonomo dall'ILAE. Si tratta di una forma relativamente frequente che viene spesso confusa con la

forma infantile dell'epilessia-assenza per l'età d'insorgenza, la brevità e la frequenza delle crisi. Un'attenta osservazione delle manifestazioni critiche consente però di rilevarne le caratteristiche proprie inconfondibili, costituite dalla presenza di mioclonie ritmiche e rapide delle palpebre (facilmente distinguibili dagli sporadici ammiccamenti dell'EAB), che accompagnano le brevissime assenze assieme alla retrovulsione dei globi oculari; è inoltre frequente l'associazione con CTCG. Le scariche EEG di PPO sono scatenate dalla chiusura degli occhi, specie se ci si trova in un ambiente molto illuminato. La fotosensibilità è la regola, così come la resistenza ai farmaci. Panatyitopoulos e coll.²⁷ hanno recentemente descritto un'ulteriore forma caratterizzata dal mioclono critico dei muscoli periorali e talora masticatori (*mioclono periorale con assenze tipiche*). La sindrome si presenta anch'essa con crisi frequenti di perdita di coscienza di gravità variabile, di durata generalmente breve (4-10). Caratteristica di tale forma è la tendenza alle crisi di stato di male assenza, che talora precedono le CTCG. L'EEG critico presenta scariche di PO e PPO generalizzate, di elevato voltaggio, che non si dimostrano fotosensibili. Le *assenze tipiche* possono riscontrarsi in numerosi altri quadri epilettici, isolate o associate ad altri tipi di crisi; per alcune di esse si ipotizza la condizione di sindrome. Sono ben conosciute le *assenze riflesse*, scatenate da stimoli visivi o somatosensoriali, e persino delle forme di *assenze tipiche* francamente *sintomatiche* secondarie a lesioni cerebrali, in particolare frontali o associate a debolezza mentale, una volta descritte come Piccolo Male con componente focale e recentemente riportate da diversi autori, ma denunciate da lunghissimo tempo²⁸. Attendono inoltre conferma altre associazioni sindromiche quali le *assenze con mioclonia non ritmica* o le *"phantom absences"*²⁷, e una forma di *assenza fotogenica*, da trasmissione dominante¹⁸.

Uno sguardo al futuro

La natura di questo breve contributo non consente di dilungarsi ulteriormente. Ci sembrerebbe troppo riduttivo però rinunciare sia pure solo ad affacciarci con alcune brevi considerazioni all'orizzonte del pro-

gresso nell'ambito dell'epilettologia infantile. Innanzitutto per sottolineare la forza dirompente dell'apporto della Genetica, che *come* e forse *più che* in qualunque altro campo della medicina, rivela una capacità innovativa straordinaria: si pensi alla circostanza che le epilessie del bambino vivono ancora in una condizione di incertezza nosografica, con le comprensibili ricadute negative sul piano della diagnosi, della prognosi, della prevenzione e del trattamento⁴. Alcuni esempi sono stati riportati nel corso di questa esposizione, ma la materia ovviamente meriterebbe una apposita trattazione. In secondo luogo per segnalare l'evoluzione delle tecniche strumentali e specificamente quelle neurofisiologiche, che con l'utilizzazione delle metodiche digitali hanno acquisito straordinarie possibilità di elaborazione delle informazioni. Infine, per sottolineare l'importanza emergente dell'opzione chirurgica nel caso di quelle epilessie farmacoresistenti che manifestano gravi conseguenze sulla qualità della vita del bambino e della sua famiglia. La quota con farmacoresistenza viene, come si sa, globalmente valutata intorno al 30% dei soggetti con epilessia; tra questi è possibile individuare un gruppo che per le sue caratteristiche cliniche ed elettrocliniche, in una attenta e rigorosa valutazione costi-benefici, può contenere i possibili candidati all'intervento di escissione chirurgica della lesione e/o della zona epilettogena. L'interesse di tale opzione acquista particolare valore e coinvolge specifiche competenze nel bambino, soggetto "evolutivo" per eccellenza, nel quale l'interruzione precoce del fenomeno epilettico potrebbe consentire di evitare il frequente deterioramento cognitivo e della personalità che lo accompagna.

Da qui la necessità della formulazione tempestiva di un giudizio prognostico affidabile. ■

Bibliografia

La bibliografia può essere richiesta agli AA.



Giocattoli: alcune norme per sceglierli

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 58

Red.

Riteniamo che le informazioni sui giocattoli siano di estremo interesse per i genitori dei bambini di tutte le età. Riteniamo perciò utile riassumere qui le principali indicazioni che un genitore deve conoscere quando va in un negozio di giocattoli a chiedere un prodotto indicando semplicemente l'età del bambino cui il giocattolo è rivolto. Che il problema sia attuale è testimoniato dal fatto che l'estate scorsa 800.000 giocattoli sono stati sequestrati, a Roma, dalla Guardia di Finanza, con l'operazione "Pinocchio", perché pericolosi. Provenivano dai paesi asiatici. Nello stesso periodo la Lego ha deciso il ritiro di 30.000 sonagli "coccinella" destinati ai bambini più piccoli; nonostante che il giocattolo risponda alle norme europee per la sicurezza la Lego l'ha ritirato per il rischio inalazione. Segno che le norme europee (direttiva CE del 1988 e recepita in Italia nel 1991) sono più lasse del giusto. Comunque meglio il marchio europeo che niente: occorre che i genitori sappiano che il marchio lo si riconosce perché il giocattolo (o l'imballaggio) porta inciso "CE" che attesta l'aderenza alle norme di sicurezza. L'attestazione, si badi bene, avviene mediante autocertificazione del costruttore che garantisce di essersi attenuto alle norme contenute in un voluminoso *dossier* di quasi 50 pagine. Se i giocattoli non rientrano nella tipologia elencata nel *dossier* (per esempio i giochi con fuoco per cucinare, i ferri da stiro e tutto ciò che viene alimentato con corrente elettrica) i costruttori non possono autocertificarsi, ma devono richiedere la certificazione da un Istituto ad hoc. Quindi o l'EC o altra certificazione. Il marchio *IMQ* garantisce che v'è stato un controllo dell'Istituto Marchio di Qualità; in ogni caso il fabbricante deve provare di essersi attenuto a garantire un sistema produttivo con le caratteristiche dei sistemi certificati di qualità secondo le norme di livello europeo tra cui quelle della serie En Iso 2.000 sui sistemi di qualità aziendale. Per questo i giocattoli devono portare un'etichetta nella quale deve essere indicato il costruttore o il distributore e le modalità per contattarlo. Deve esserci indicata l'età del bambino cui sono

destinati e l'eventuale "questo gioco va usato sotto la sorveglianza di adulti" dizione che è assolutamente obbligatoria per salvagenti, canotti, barchette. Per converso ci sono giocattoli che portano la scritta "Non indicato per un'età inferiore ai 36 mesi" o un simbolo di color rosso; ciò significa che sotto i 3 anni il giocattolo può essere pericoloso (ad esempio costruzioni a pezzi piccoli) anche se all'apparenza, e secondo il giudizio dei genitori, e magari secondo le indicazioni di psicologi, sulla base della cosiddetta "age grading", il giocattolo sembra indicato proprio per un'età inferiore a 3 anni. Si tratta di un tentativo dei costruttori di aggirare la restrizione, ma il giocattolo va rigorosamente evitato. Ci sono poi dei giochi che non sono contemplati come giochi e per i quali non ci sono norme di sicurezza: si tratta delle bici che superano un'altezza di 63 cm, le moto o auto elettriche o a combustione (i freni!!), la plastilina talora infiammabile (provare a bruciarla nel negozio di giocattoli!), le altalene, le frecce (devono avere una ventosa di gomma e mai la punta), le pistole lancia dardi o gli elastici lancia sassi, le fionde con elastici o con filo di tensione anelastico (fionda di Davide), le armi che fanno rumore (vedi anche pagina 42) e per le quali (come per le moto e le auto) non esistono norme di limitazione del rumore che i bambini/ragazzi vogliono sempre alto (provarle nel negozio di giocattoli!). Anche in questi oggetti, come in tutti i giocattoli, devono esserci comunque delle "istruzioni per l'uso" la cui esistenza deve sempre essere controllata.

Recentemente alcuni ammorbidenti usati per rendere morbido il PVC che viene usato per "far fare i denti" ai lattanti sono stati accusati di essere tossici dall'associazione consumatori europei (BEUC) che ha chiesto il ritiro dei giochi con PVC morbido. Infine è bene ricordare che nel maggio 1998 è stato pubblicato un decreto del governo francese che vieta, per i danni alla retina, la vendita al pubblico dei *pointer* al laser, uno strumento molto presente nelle case di molti medici che li usano come indicatori di diapositive. ■

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68

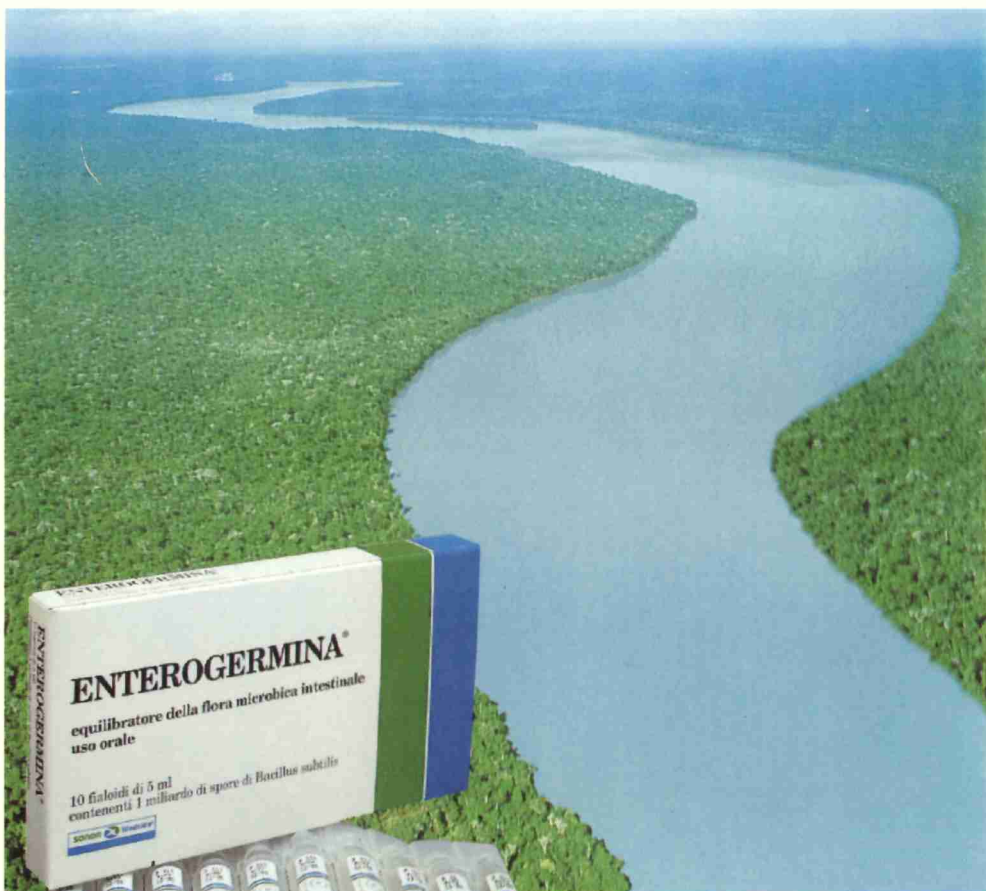


GIULIANI S.A. - Lugano (Svizzera)
Rappresentante per l'Italia **Bracco s.p.a.**

ECOSISTEMA: RISPETTARLO PER VIVERE MEGLIO

Dep. presso il Min. San. in data 26-11-94

Rio Iguaçu (Parco Nazionale di Rio Iguaçu) Paraná - Brasile



ABE



10 fialoidi di 5 ml

ENTEROGERMINA®

ECOSISTEMA INTESTINALE



Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione della specialità: ENTEROGERMINA
2. Composizione qualitativa e quantitativa - Un fialoide contiene: principio attivo: spore di *Bacillus subtilis* poliantibiotico resistente 1 miliardo. **3. Forma farmaceutica** - Sospensione orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** - **4.1 Indicazioni terapeutiche** - Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disvitaminosi endogene. Terapia coadiuvante al ripristino della flora microbica intestinale, alterata nel corso di trattamenti antibiotici o chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-enteriche dei lattanti, imputabili ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disvitaminosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** - Adulti: 4-6 fialoidi al giorno; bambini: 3-4 fialoidi al giorno; lattanti: 2-3 fialoidi al giorno, salvo diversa prescrizione medica. Somministrazione ad intervalli regolari (3-4 ore), diluendo il contenuto del fialoide in acqua zuccherata, latte, tè, aranciata. **4.3 Controindicazioni** - Ipersensibilità accertata verso il prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.** **4.4.1 Speciali avvertenze** - L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei fialoidi di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus subtilis*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il fialoide prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** - Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** - Non sono note eventuali interazioni me-

dicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** - Non esistono conclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** - Non sono stati segnalati, sino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** - A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. Proprietà farmacologiche** - **5.1 Proprietà farmacodinamiche** - ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus subtilis*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus subtilis*, grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici, superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministrazione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus subtilis*. Essendo, inoltre, il *Bacillus subtilis* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del *subtilis*. Inoltre, il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. EN-

TEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: Penicilline, Cefalosporine, Tetracicline, Macrolidi, Aminoglicosidi, Novobiocina, Cloramfenicolo, Tiamfenicolo, Lincomicina, Isoniazide, Cicloserina, Rifampicina, Acido Nalidixico e Acido Pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** - **6.1 Lista degli eccipienti** - Acqua distillata sterile - **6.2 Incompatibilità** - Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** - Stabilità a confezionamento integro: 24 mesi. Stabilità dopo apertura del fialoide: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** - Nessuna. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** - Scatola di cartone contenente 10 fialoidi. Prezzo L. 10.000. Scatola di cartone contenente 20 fialoidi. Prezzo L. 18.300. **6.6 Istruzioni per l'uso** - Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - SANOFI WINTHROP S.p.A. - Via Piranesi, 38 - Milano. - **8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - Confezione di 10 fialoidi A.I.C. n° 013046014. Confezione di 20 fialoidi A.I.C. n° 013046026. - **9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** - Confezione di 10 fialoidi: 3 Novembre 1978/1 Giugno 1995. **10. Tabella di appartenenza secondo D.P.R. 309/90** - Non soggetta al D.P.R. 309/90. **11. Regime di dispensazione al pubblico** - Non soggetto a prescrizione medica. **12. Data di (parziale) revisione del testo** - 30 Maggio 1996.