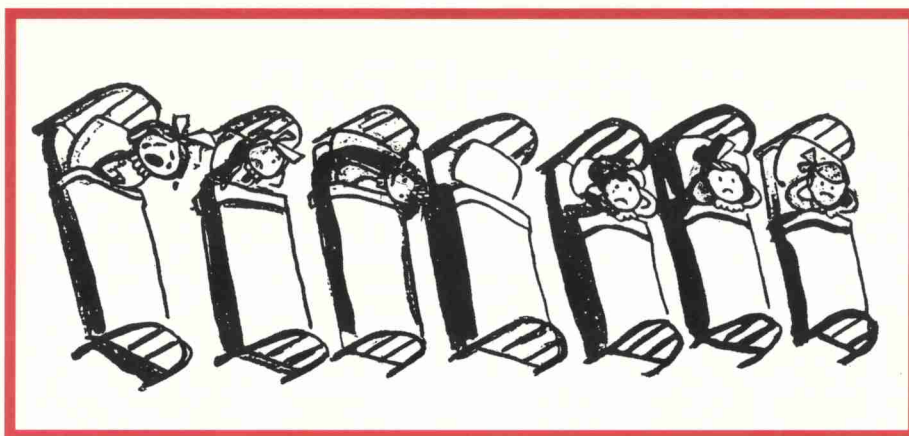


Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
associazione culturale pediatri

La ricerca in Italia è malata? Istruzioni a pagina 6



5 Questo numero 6 Ma la Thatcher era più schietta 7 Raccolti 7.000 Euro per il Mare di Aral 9 Il XIV congresso dell'Associazione Culturale Pediatri 10 La mortalità infantile in Italia nel 1997 15 Film. Musica gitana e voglia d'affetto 16 Nati per Leggere in Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria 16 Libri per ragazzi 17 Rassegna stampa 17 Lettere 18 La salute dei bambini in Italia: problemi aperti 25 Il vertice di Johannesburg sullo sviluppo sostenibile 28 Libri: Il medico di corte 28 Il richiamo della conchiglia 29 I miei martedì col professore 29 Dottore, mio figlio sarà sano? 30 S. Giuliano ed i figli di un Dio minore 30 A proposito della cura Di Bella 31 La RIP in inglese 31 Iniziative per il centenario Plasmon 32 Medicina generale al IV anno 32 Conflitti d'interesse; si salvi chi può 32 Solo l'Autan repelle 32 Pfizer compra Pharmacia? 32 Valzer di poltrone in Sanità 32 I morti italiani nell'epidemia di morbillo 32 Una Aslona nelle Marche 32 Il DNA del vino 32 Seminario di pediatria dello sviluppo 33 Tar Campania ed informazione sui farmaci 33 Vaccinazione antivaricella in Sicilia 33 Una smart card in Lombardia 33 Formazione in pediatria generale a Milano-Managua 34 Tutto bene non si preoccupi 36 Il trapianto di intestino 42 La prevenzione della malattia meningococcica 46 Due lattanti con crisi recidivanti di apnea e cianosi 49 Quando chiedere il test del sudore 50 Vaccinare i bambini contro l'influenza. Pensiamoci bene.

settembre-ottobre 2002 vol IX n° 5

spedizione in abb postale - 45% Art 2, Comma 20/B L 662/96 filiale di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89



Pronta e prolungata diminuzione della temperatura corporea

il principio attivo di Nureflex Bambini
– ibuprofene – dà un sollievo rapido e persistente
per il bene del bambino e la serenità dei genitori

Editoriali

- 6 Ma la Thatcher era più schietta
Giancarlo Biasini
- 7 Raccolti 7000 euro per il mare di Aral
red.

ACP News

- 9 Il XIV congresso
dell'Associazione Culturale Pediatri
red.

Statistiche correnti

- 10 La mortalità infantile in Italia nel 1997
Carlo Corchia, Gianfranco Scarpelli

Film

- 15 Musica gitana e voglia d'affetto
Italo Spada

Nati per leggere

- 16 Nati per leggere
in Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria
- 16 Libri per ragazzi
- 17 Lettere a NpL

Salute pubblica

- 18 La salute dei bambini in Italia
*Fabio Sereni, Giancarlo Biasini,
Giorgio Tamburlini*

Osservatorio internazionale

- 25 Il vertice di Johannesburg
Giorgio Tamburlini

Libri

- 28 O. Enquist, *Il medico di corte*
- 28 Z. Jenny, *Il richiamo della conchiglia*
- 29 M. Albom, *I miei martedì col professore*
- 29 S. Spinsanti, *Dottore, mio figlio sarà sano?*

Lettere

- 30 S. Giuliano ed i figli di un Dio minore
G. Simeone
- 30 S. Giuliano ed i figli di un Dio minore
M. L. Giordano
- 30 A proposito della cura Di Bella A. Pisanti
- 31 La RIP in inglese G. Meneghetti
- 31 La RIP in inglese M. Ruggeri
- 31 La RIP in inglese L. Rodella
- 31 Iniziative per il centenario Plasmon
R. Anderson, L. Arcara, A. Cattaneo
- 31 Iniziative per il centenario Plasmon P. Negri

Info

- 32 Medicina generale al 4° anno
- 32 Conflitti di interesse: si salvi chi può
- 32 Solo l'Autan repelle
- 32 Pfizer compra Pharmacia?
- 32 Valzer di poltrone in Sanità
- 32 I morti italiani nell'epidemia del morbillo
- 32 Una Aslona nelle Marche
- 32 Il DNA del vino
- 32 Seminario di pediatria dello sviluppo
- 33 Tar Campania ed informazione sui farmaci
- 33 Vaccinazione antivaricella in Sicilia
- 33 Una Smart card in Lombardia
- 33 Formazione in pediatria generale
a Milano-Managua

Un po' per gioco

- 34 Tutto bene, non si preoccupi
Lucio Piermarini

35 Ausili Didattici

Aggiornamento avanzato

- 36 Il trapianto di intestino
Sergio Amarri

Il punto su

- 42 La prevenzione della malattia meningococcica
Luisella Grandori

Il caso che insegna

- 46 Due lattanti con crisi recidivanti
di apnea e cianosi
*Giovanni Nocerino, Anna Maria Riemma,
Luciano de Seta et al.*

Saper fare

- 49 Quando chiedere il test del sudore
Valeria Raia

Attualità

- 50 Vaccinare i bambini contro l'influenza?
Pensiamoci bene.
Luisella Grandori

Il disegno della copertina è tratto da:
Madeleine di Ludwig Bemelmans: Piemme ed.

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
associazione culturale pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Luciano De Seta
Salvo Fedele
Rosario Ferracane
Michele Gangemi
Stefania Manetti
Lucio Piermarini
Paolo Siani
Francesca Siracusano

Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli
storia della medicina

Francesco Ciotti
scuola e società

Giuseppe Cirillo
salute pubblica

Anna Grazia Giulianelli
editoria per bambini e ragazzi

Luisella Grandori
vaccini

Italo Spada
film per ragazzi

Livia Vitali
buona TV

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito <http://www.quaderniacp.it>
e-mail: red@quaderniacp.it

INDIRIZZI

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401 Fax 0783599149
e-mail: fdessi@tin.it

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10 47023 Cesena
Tel. e Fax 054729304
e-mail: gcbias@tin.it

Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari
Tel. 3332562649, Fax 0792594096
e-mail: notes@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: dima@interoffice.it

La rivista è suddivisa in due sezioni: La prima pubblica, oltre a notizie sull'AcP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e 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 seconda, di ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

Quaderni acp è pubblicazione iscritta nel Registro Nazionale della Stampa n° 8949

© Associazione Culturale Pediatri
ACP edizioni No Profit

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.

Si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano.

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. 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, discussione e 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 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.

La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.

Editoriali**6 Ma la Thatcher era più schietta**

L'editoriale prende spunto dall'attribuzione del premio Nobel per la fisica ad un Italiano che ha abbandonato l'Italia per andare a fare ricerca negli Stati Uniti d'America: Riccardo Giacconi. Questo è un fenomeno che si è spesso verificato in passato con Emilio Segre, con Carlo Rubbia, con Renato Dulbecco, con Rita Levi Montalcini, con Salvatore Lauria tutti premi Nobel di nazionalità italiana operanti all'estero. L'editoriale esamina brevemente le insufficienze che l'organizzazione della ricerca in Italia presenta ed il fenomeno della migrazione all'estero dei ricercatori italiani.

7 Raccolti 7000 euro per il mare di Aral

Si è conclusa la raccolta di fondi a favore del Center for Reproductive Health and Environment di Nukus sul mare di Aral raccogliendo complessivamente 7000 Euro.

ACP News**9 Il XIV congresso dell'Associazione Culturale Pediatri**

Il XIV congresso dell'Associazione Culturale Pediatri si è tenuto a Roma dal 10 al 12 ottobre 2002. I partecipanti sono stati oltre 300; i temi trattati sono stati molti e, quelli di carattere scientifico, difficilmente riassumibili in un abstract. È stato presentato un rapporto completo sulla salute dell'infanzia ed adolescenza in Italia; sono stati esposti alcuni esempi della evoluzione della formazione nei gruppi locali dell'Associazione; sono stati eletti i nuovi componenti del consiglio direttivo. Il prossimo congresso nell'ottobre del 2003 in Lombardia.

Statistiche correnti**10 La mortalità infantile in Italia nel 1997**

Viene presentato un rapporto sulla mortalità nel 1997; si tratta degli ultimi dati pubblicati dall'ISTAT. La mortalità infantile italiana è risultata essere del 5.42/1000, la perinatale del 3.03/1000. Valutando i trend gli aggiungono alle conclusioni che la mortalità infantile e la mortalità perinatale in Italia continuano a diminuire, globalmente e in tutte e tre le grandi aree geografiche. In termini relativi la distanza nord-sud è leggermente diminuita. Si assiste ad una sempre più accentuata "polarizzazione" della situazione, con alcune zone che rappresentano sempre più delle sacche di arretratezza socio-sanitaria. Natimortalità e mortalità neonatale hanno una diversa geografia e sono, pertanto, espressione di fenomeni e situazioni in parte diversi.

Film**15 Musica gitana e voglia d'affetto**

Un dodicenne chiamato Max durante un'estate incontra una diversa cultura, una grande amicizia, una nuova passione (la musica), il primo timido amore e i soliti quotidiani egoismo e disattenzione, in un film che probabilmente non vedremo (Swing di Tony Gatlif).

Nati per leggere**16 La diffusione del progetto**

Il progetto nati per leggere continua a crescere ed a diffondersi in tutta Italia. Continuiamo a raccogliere testimonianze della diffusione ed a pubblicare indicazioni bibliografiche e lettere dei nostri lettori sul progetto.

Salute pubblica**18 La salute dei bambini in Italia**

Dalla direzione della rivista Prospettive in pediatria sono state rivolte alcuni quesiti sulla situazione dell'assistenza pediatrica in Italia a Giancarlo Biasini, del Centro salute del bambino ed a a Giorgio Tamburlini, che, dall'osservatorio privilegiato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si occupa di salute in età evolutiva. Dalle loro risposte emerge che i dati utilizzabili per una valutazione dello stato di salute infantile nel nostro Paese sono pochi, lenti e qualitativamente insufficienti. Esistono differenze importanti nello stato di salute e nella mortalità nelle diverse regioni italiane e nei fattori di rischio in gioco. La struttura sanitaria che deve "proteggere" i bambini, il Dipartimento Materno Infantile, non è stata attuata. L'età adolescenziale è priva di supporti pubblici e non esiste alcuna assistenza in puerperio. La presenza di professionisti di salute pubblica dedicati all'infanzia è scarsa, male distribuita e con funzioni indefinite e varie da area ad area. Gli interventi rivolti all'infanzia e all'adolescenza anche all'interno delle stesse regioni risultano scoordinati, e spesso velleitari.

Osservatorio internazionale**24 Il vertice di Johannesburg**

I 12.000 delegati accreditati e le molte altre migliaia di persone che hanno partecipato al vertice a proprie spese o a carico delle proprie associazioni hanno comportato un rilevante impegno di risorse; senza questa attenzione dei media pochi sarebbero al corrente oggi dei problemi relativi alla sostenibilità ambientale. Se si passano in rassegna i tanti temi affrontati si può facilmente concludere che su molti di questi non ci sono stati accordi, o gli accordi sono stati vaghi senza impegni precisi, oppure sono stati molto al di sotto delle aspettative. Il bilancio è da considerarsi deludente. L'importanza delle questioni poste a Johannesburg sono però certamente attinenti al nostro ruolo di pediatri e alla nostra funzione di advocacy. Nell'articolo viene fatta una proposta di impegno ai pediatri.

Un po' per gioco**34 Tutto bene non si preoccupi**

Dove si tratta di uno dei tanti modi di dimettere senza dimettere, ponendo legani al paziente in ospedale.

ausili didattici**35 tutti gli abstract di ausili didattici**

Ma la Thatcher era più schietta

Giancarlo Biasini

Centro per la Salute del bambino - Trieste, Napoli, Palermo

Nel mese di ottobre è stato attribuito il premio Nobel a tre fisici, di cui uno di nazionalità italiana: Riccardo Giaccone, genovese di nascita, milanese di adozione e ora americano di cittadinanza, e attualmente presidente dell'Associated University Incorporated, un consorzio americano che gestisce l'Osservatorio Nazionale Radio-astronomico per la U.S. National Science Foundation. Giaccone è dunque uno dei molti scienziati nati in Italia ed emigrati (lui lo ha fatto negli anni Settanta del secolo scorso) negli Stati Uniti.

A Giaccone era stato offerto, qualche anno fa, un incarico in una Università italiana; rifiutato perché oramai troppo tardi, e perché le condizioni che qui avrebbe trovato non gli avrebbero permesso di fare le cose che voleva fare; qui mancavano - secondo lo stesso Giaccone - l'organizzazione, la libertà di decidere su che cosa fare, su come utilizzare i fondi, su come scegliere i collaboratori. Soprattutto quest'ultima "libertà", svincolata assolutamente da condizionamenti accademici e politici, è quella che i nostri cervelli emigrati sentono con maggiore sofferenza.

Non è la prima volta che la nostra ricerca ha gloria all'estero: è successo con Emilio Segre, con Carlo Rubbia per la biologia, con Renato Dulbecco per la carcinogenicità dei virus, con Rita Levi Montalcini per i fattori di crescita neuronale, con Salvatore Lauria per la genetica dei virus.

Tutti questi scienziati hanno lavorato all'estero nella ricerca di base che in Italia viene usualmente considerata improduttiva.

Ci viene in mente, in una visione certo più tragica, la Germania nazista che aveva abbandonato la ricerca di base in fisica perché era in mano agli ebrei per rivolgersi a quella applicata; e con ciò costruì la sua fine arrivando in ritardo sulle applicazioni della fissione che portarono alla bomba atomica. Così almeno racconta, fra fantasia e realtà, Michel Frayn nel suo drammatico Copenhagen, che ricostruisce un incontro fra i fisici Bohr (David Nobel, ebreo per la fisica nel 1922) e Werner Heisenberg, nella capitale danese occupata dai nazisti.

I giornali italiani per due giorni (non di più per un problema così vitale) si sono occupati dello stato della ricerca in Italia. Hanno scritto che tutti i nostri Nobel emigrati hanno avuto grandi finanziamenti e risorse; che è vero, ma hanno trascurato l'autonomia gestionale delle risorse a disposizione, una libertà di movimento all'interno delle istituzioni e una libertà nella scelta dei collaboratori sconosciute in Italia.

Lo ha detto Giancarlo Setti, presidente dell'Istituto Nazionale di Astrofisica. Altri astrofisici italiani, rimasti in Italia, hanno richiamato con orgoglio il loro passato di collaborazione con Giaccone. Chi si contenta gode. Con l'occasione abbiamo conosciuto nomi di altri eminenti astrofisici italiani che lavorano all'estero: Marchet-

to, collaboratore di Giaccone, Benvenuti, Simoni e altri.

Un altro astrofisico italiano, Fabrizio Bignami, ha scritto che qui, in Italia, quando si costruisce, si ottengono prodotti di grande fragilità. Il presidente dell'Associazione Astrofisica Internazionale, Franco Pacini, ha fatto notare come l'attribuzione del Nobel a Giacconi sia avvenuta in un momento in cui il Parlamento sta per discutere di nuovi tagli alla ricerca. Questo - dice Pacini - forse significa che molti giovani ricercatori validi andranno a cercare opportunità all'estero e che avremo altri Nobel che di italiano avranno solo il cognome.

Questo rapporto fra finanziamenti e risultati della ricerca è ovvio. Ma sia chiaro: è doloroso che il governo di oggi tagli i finanziamenti, ma è altrettanto da ricordare che tutto questo è sempre accaduto, sotto tutti i governi e sotto tutti i regimi che si sono succeduti in Italia fin dagli anni Trenta del secolo scorso, da quando esportavamo contemporaneamente braccianti e scienziati.

Anche i pediatri sono emigrati: i più sono tornati; e negli anni Settanta molti hanno cercato di rinnovare l'accademia; in fondo l'ACP è nata anche dal loro desiderio di rinnovare un mondo fino ad allora immobile.

Altri sono rimasti a ricercare all'estero: ricordiamo Francesco Muntoni, neuropsichiatra infantile che si occupa di patologia neuromuscolare a Londra dove ha preso il

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale

Oltre 7.000 Euro per il Mare di Aral

Oral Atanyazova

posto di Dubowitz; Gianni Celsi, pediatra neurologo a Stoccolma; i napoletani Guandalini e Fasano, gastroenterologi alla scoperta della celiachia americana.

È sciocco quel che fa l'opposizione: di imputare al governo attuale responsabilità ultradecennali di tutti i governi, compreso quello precedente, e di tutti i regimi, di questo Paese.

Ma è altrettanto sciocco che questo governo faccia finta di niente, o faccia di peggio: il ministro che ha la responsabilità della ricerca ha detto che l'attribuzione del Nobel a Giacconi è "motivo di orgoglio per la comunità scientifica italiana". Il ministro sa, come tutti noi, che questo non è vero, che non può esserci nessun orgoglio (orgoglio di razza?) e si rifugia nella retorica dell'ovvio e del caramelloso.

Forse il ministro non sa che nessuna rivista internazionale ha fatto cenno alla nazionalità italiana di Giacconi, né a quella sudafricana di Sydney Brenner, uno dei tre premi Nobel per la medicina che lavora a Berkeley, mentre tutte hanno riportato che uno dei tre Nobel per la fisica (Masatoshi Koshiba) è giapponese e lavora all'Università di Tokyo.

Ma fa di peggio, il ministro, quando aggiunge "mi sento di chiedere la via italiana alla internazionalizzazione della ricerca" perché sa bene che la via italiana alla internazionalizzazione della ricerca è, ahimè, già in atto: la buona ricerca italiana è all'estero. In fondo era più realistico il cinismo della Thatcher quando dichiarava "a che servono gli uomini illustrissimi con il Nobel in tasca alle imprese del Regno Unito? Meno che nulla". E poi c'è stato il disastro per la scienza inglese.

Ma almeno la Thatcher aveva il dono della franchezza.

Cara Oral,

noi abbiamo avuto, a Roma, il congresso nazionale della nostra Associazione ed abbiamo fatto il punto sulla raccolta di fondi in favore del Center for Reproductive Health and Environment di Nukus in Karakalpakstan.

Abbiamo raccolto per il Centro complessivamente 7.000 Euro. Le nostre donazio-



ni derivano da singoli soci della nostra Associazione e da nostre Associazioni regionali. In più, durante il congresso della nostra Associazione noi abbiamo fatto una lotteria con premi simbolici; abbiamo venduto fra i partecipanti al congresso 800 biglietti. Questo ci ha permesso di superare l'obiettivo che ci eravamo dati di 5.000 Euro.

Ti manderemo questa somma attraverso Stefania Avanzini che è rappresentante dell'OMS per il Materno Infantile in Uzbekistan e che verrà a consegnartela. Ci terrai al corrente di quanto riesci a produrre con la nostra donazione.

Ti facciamo molti auguri per la tua attività. Abbiamo letto sui giornali che l'ambiente in Karakalpakstan si sta risvegliando. E' vero?

I tuoi amici della Associazione Culturale Pediatrici.

Dear friends,

thank you very much for your message. We appreciate so much your assistance in getting this help from Quaderni acp. I know Dr. Stefania Avanzini, I met her recently in Nukus. I am so glad that she will come again to Nukus. Of course I will develop the program for this funding and I will send it to you .

I announced this help to our staff at the Institute and we are developing the plan how better use this fund.

We are thinking on developing Resource Center for teachers and also to improve the skills of our teachers by training them by Russian teachers. Russian Medical schools are still strong in our region and we had no chance to get training courses from them. Now it is a great chance. Because we are still teaching in Russia. There is also needs on English courses, text books for students, etc. We are trying to do something really helpful and with good outcomes. I will keep you informed on the situation. Once again thank you so very much for all your effort in getting such support.

This is really good start for our collaboration with Italian colleagues.

Oral

Un congresso con molti insegnamenti

Abstract

The XIV meeting of ACP was in Rome from October 10 to October 12th. There were over 300 participants. The themes treated are scientific and non. During the meeting a complete report on adolescence and childhood health in Italy was presented; examples on the evolution of local ACP groups were also presented; new members of ACP board of directors were elected. The next meeting will be in Lombardia in October 2003.

The XIV meeting of the Associazione Culturale Pediatri.

Quaderni acp 2002 vol IX n° 5; 9

Una giornalista di un mensile dedicato a problemi di salute ha giudicato quello dell'ACP 2002 un Congresso "partecipato e simpatico". Ci sembra che abbia colto il senso del XIV Congresso tenutosi a Roma. I problemi di salute trattati erano veri: l'uso-abuso dell'ormone della crescita (Ravaglia), la sindrome da iperattività (Diller), l'origine delle malattie atopiche: c'entrano le infezioni? (Ugazio), una organizzazione della città che accetti la vita dei bambini (Tonucci), il rapporto del Centro per la Salute del bambino sulla salute dell'età evolutiva in Italia, che ha trattato sia la salute sia l'efficacia degli interventi per garantirli (Tamburini, Ronfani, Macaluso); era la prima volta che in Italia si aveva un panorama così completo.

E poi una sessione sulle caratteristiche del lavoro all'interno dei gruppi ACP: come si è cresciuti utilizzando per il proprio paziente le banche dati (Ferracane dell'ACP Palermo), come si è lavorato sul progetto Nati per Leggere (Manetti dell'ACP Campania), come porsi di fronte a una diagnosi di infezione urinaria (molto discusso) e di fronte ai dolori addominali ricorrenti (Gazzotti dell'ACP Lazio e Morabito dell'ACP dello Stretto).

Un'altra sessione ha riguardato la formazione del pediatra di oggi (Masera e Greco): la possibilità di aprire al pediatra orizzonti internazionali, l'utilizzo dei pediatri di famiglia nella didattica delle scuole di specialità, che ha sollevato molto scetticismo fra i presenti che avevano avuto esperienze nel campo; nella stessa sessione un rapporto sullo stato della genetica e le sue prospettive applicative nella cosiddetta medicina predittiva (Boncinelli), che ha spaziato anche sui problemi della sessione precedente: quella riguardante il destino dell'adulto e del bambino con problemi psicopatologici e/o disturbi dello sviluppo (Bagicalupo).

Nella sessione "Comunicazione e salute infantile" i relatori (Macchiaiolo, Caso, De Mei) con i relativi discussant (Castelnuovo, Varrasi, Grandori) si sono occupati di stampa, di web (più che del problema in generale è stato presentato un programma), e di famiglie e vaccinazioni.

Ha chiuso Panizon, il sabato pomeriggio alle ore 17 (in quel momento erano ancora pre-

senti 250 congressisti di un pubblico sempre oscillante attorno alle 300 presenze) sul grande "cambio" della patologia che Panizon ha collocato negli anni '50 con la fine della grande fame e della grande miseria in Italia: scompaiono certe malattie (quelle infettive) e ne nascono delle nuove: ma dov'erano prima queste nuove affezioni? Panizon ha tentato di rispondere; vedremo meglio le sue conclusioni su Medico e Bambino.

Il giorno prima vi era stata l'assemblea dei soci; molto partecipata, dalle ore 14.30 alle 18, in cui si sono discusse le prospettive operative dell'ACP; si fa sempre più strada l'opinione che l'associazione non può più fare tutto da sola, ma che debba creare bracci operativi per funzioni "specialistiche": la ricerca e la formazione hanno già trovato espressione nel CSB e nelle sue unità locali; l'editoria dovrà forse trovare una sua maggiore autonomia. L'assemblea ha anche eletto i nuovi componenti del direttivo che sono:

Anna Maria Moschetti	(ACP Puglia)
Giacomo Toffol	(ACP Asolo)
Stefania Manetti	(ACP Campania)
Pierpaolo Mastroiacovo	(ACP Lazio)

Che si vanno ad aggiungere ai consiglieri che rimangono in carica e che sono:

Antonella Stazzoni	(ACP Romagna)
Corrado Rossetti	(ACP Umbria)
Sergio Conti Nibali	(ACP dello Stretto)
Roberto Buzzetti	(ACP Bergamo)

Rimangono confermati il tesoriere Franco Dessì e il revisore dei conti Arturo Alberti.

Last but not least la cena sociale e lo spettacolo che l'ha allietata in una sede da café chantant dove cantò Petrolini. Al posto del grande attore si sono esibiti la compagnia degli acipini romani (Federico Marolla al piano e Laura Reali, Serenella Corbo, Stefano Uccella, vocalist veramente eccellenti) fra stornelli romaneschi e parodia e la oramai nota compagnia di giro dell'ACP: Biasini, Brunelli, Dessì, Piermarini. Ambedue con uno straripante successo. Panizon ha detto che la simpatia della serata, per le tradizioni ACP, non poteva non esserci. Gli organizzatori del prossimo Congresso, che si terrà in Lombardia, a cura dell'ACP Milano, sono avvisati: dopo Arrivederci Roma e gli stornelli roma-

neschi qualcuno si aspetta la Madunina e Crapa pelata.

E, dopo Milano, si accettano candidature per il 2004. Fatevi sotto.

Al Congresso sono stati raccolti molti euro per il mare di Aral che, come si dice in altra parte della rivista, hanno portato la cifra a oltre 7000 euro contro un'attesa di 5000.

Poche note di commento a caldo, attendendo lettere e commenti degli acipini.

Manca sempre un collegamento con la stampa quotidiana; l'intervento di Diller avrebbe potuto ricevere un'udienza di grande estensione che non sembra esserci stato.

L'innovazione dei discussant (commento e rilancio delle relazioni) non è stata bene compresa né dai relatori né dai discussant stessi: con una sola lodevole eccezione hanno fatto una seconda relazione. Sarebbe un peccato grande perdere l'innovazione dei discussant, però. Bisogna chiarirne i compiti, spiegarli, prepararli.

I moderatori devono avere chiare istruzioni dagli organizzatori sulla necessità di tenere i tempi e sui modi con i quali tenerli (botola? preavviso? campanello? blocco del microfono?); e i relatori devono conoscere per tempo i loro tempi e sapere che il timone del comando è in mano ai moderatori. Lo stile ACP è imprescindibile: metà tempo al relatore e metà tempo alla discussione.

Per quanto riguarda le relazioni dei gruppi ACP, che sono certamente da mantenere nell'ambito del Congresso, molto interessante ci sembra rimanga descrivere l'evoluzione che c'è stata nelle forme di aggiornamento in sede locale negli ultimi 10 anni, con la descrizione dei passi compiuti. Questa metodologia di presentare le esperienze fatica a passare. Sembra anche necessario che vi sia una supervisione generale, a cura di un comitato scientifico, sui contributi che saranno presentati in Congresso dai gruppi ACP.

Ottima innovazione da mantenere è dedicare un intero pomeriggio per l'Assemblea dei soci. In questa comunque è mancato ancora una volta una discussione sul ruolo di questa rivista che pure il Presidente aveva posto all'ordine del giorno nella sua relazione.

red.

La mortalità infantile nel 1997

Carlo Corchia°, Gianfranco Scarpelli*

° Dipartimento materno-infantile A. O. Cosenza * U. O. di Pediatria. ASL Castrovillari (CZ)

Durante la scorsa estate Dino Pedrotti, sempre attento e pronto a cogliere ciò che di umano è presente dietro i freddi numeri e i tassi, ha fatto circolare in anteprima i dati relativi alla mortalità perinatale e infantile in Italia nel 1997, scomposti per regioni e a volte anche per provincie. In anteprima perché era riuscito ad ottenerli dall'ISTAT quando ancora non erano stati pubblicati. Questo ci ha spinto a ritornare ad occuparci di statistiche correnti e a preparare questo rapporto per *Quaderni acp* dopo un lungo periodo di assenza, presentando i dati definitivi della mortalità perinatale e infantile, oltre a qualche elaborazione personale che ci è sembrata utile per capire meglio l'andamento e le differenze geografiche dei fenomeni.

La mortalità infantile in Italia nel 1997 (ISTAT: *Annuario Statistico Italiano 2001*; ISTAT: *Decessi, caratteristiche demografiche e sociali, anno 1997*), è risultata del 5,42 x 1000 (popolazione residente). Negli anni precedenti i valori osservati erano stati rispettivamente del 6,05 x 1000 nel 1996, del 6,13 x 1000 nel 1995, del 6,53 x 1000 nel 1994 e del 7,1 x 1000 nel 1993. La mortalità neonatale totale e la mortalità post-neonatale nel 1997 sono risultate rispettivamente del 4,13 e dell'1,29 x 1000, mentre nel 1996 erano state del 4,56 e dell'1,48 x 1000.

Nella *figura 1* è illustrato l'andamento della mortalità infantile, della mortalità neonatale totale e della mortalità neonatale precoce negli anni '90. I tassi sono calati in particolar modo tra il 1991 e il 1995. Dopo il lieve rallentamento del 1996, la diminuzione è ripresa in maniera consistente nel 1997. In quest'anno il decremento rispetto all'anno precedente è stato in termini percentuali di -11,1% per la mortalità neonatale precoce, di -9,4% per la mortalità neonatale totale e di -10,5% per la mortalità infantile. Nel corso degli anni '90 la distribuzione dei morti per età al decesso si è leggermente modificata. Tale modifica è stata di segno opposto rispetto a quella osservata ininterrottamente dal

FIGURA 1: MORTALITÀ INFANTILE IN ITALIA NEGLI ANNI 90

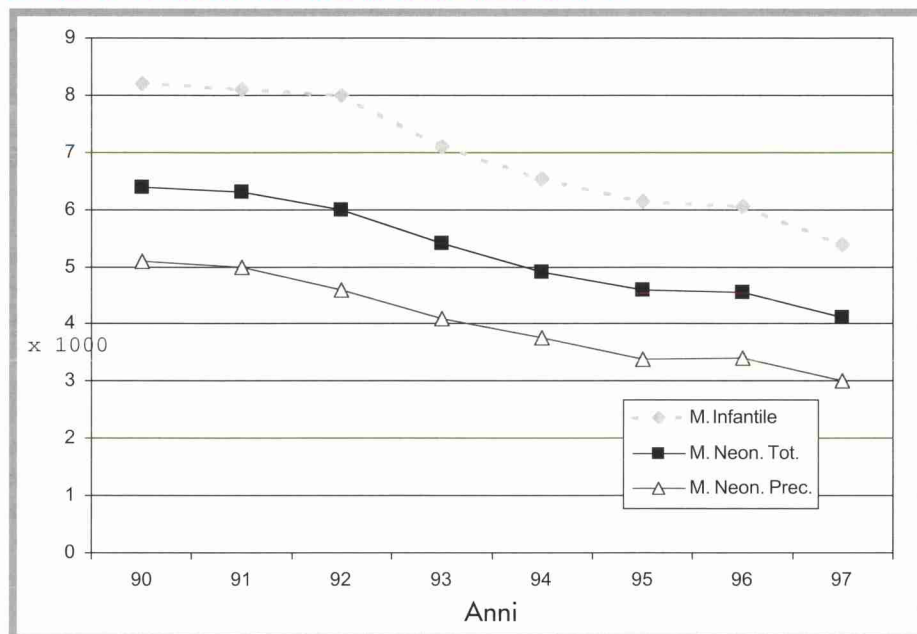
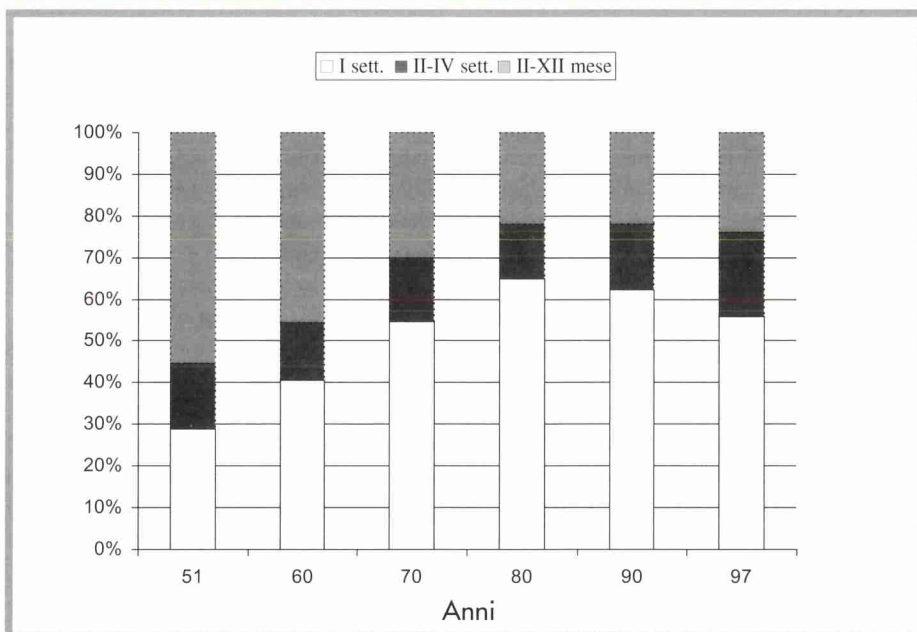


FIGURA 2: DISTRIBUZIONE DEI MORTI NEL PRIMO ANNO DI VITA PER ETÀ



Per corrispondenza:

Carlo Corchia

e-mail: corchia@tin.it

Abstract

The present report regards mortality data, they are the last ones published by ISTAT in 1997. Infantile mortality rate in Italy is 5.42/1000, perinatal mortality 3.03/1000. The authors conclude, after evaluating trends, that infantile and perinatal mortality in Italy seem to decline globally in all three major geographic areas. On relative terms the north-south distance is slightly lower. Authors observe an always more stressed "polarisation" of such a situation, with the same socio-sanitary deprived areas. Infant and perinatal mortality have a different geographic representation and are, therefore, expressions of different situations and phenomenon.

Carlo Corchia, Gianfranco Scarpelli *Infant mortality in Italy (1997)*

Quaderni acp 2002 vol IX n° 5; 10-14

FIGURA 3: DISTRIBUZIONE DEI MORTI NEL PRIMO ANNO DI VITA

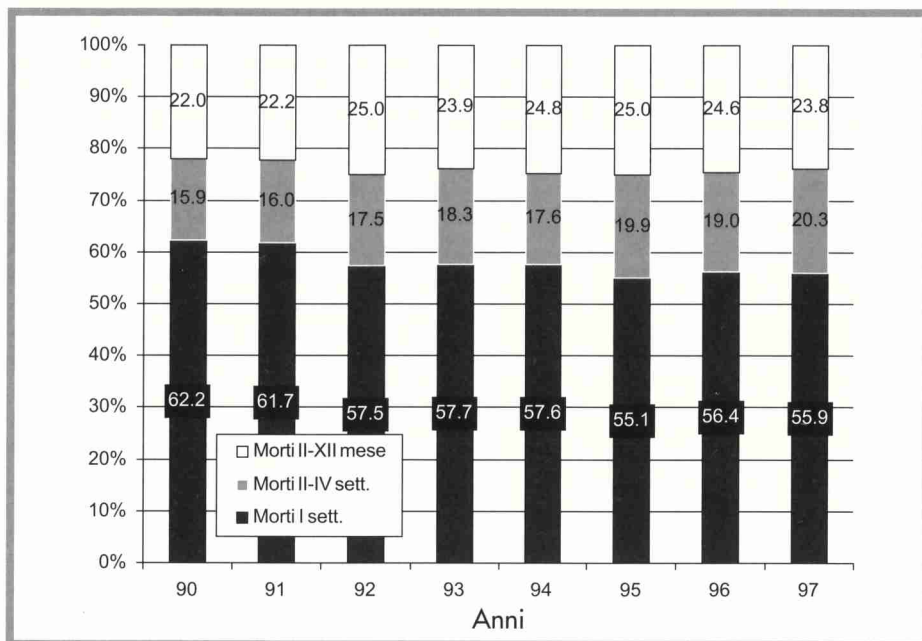


TABELLA 1: MORTALITÀ INFANTILE, MORTALITÀ PERINATALE E LORO COMPONENTI NELLE REGIONI (1997). POPOLAZIONE RESIDENTE

	Nati vivi	MNP	MNTot	MI	MNTard	MPNeo	NM	MPNatale
Piemonte	34.586	2.86	3.67	5.06	0.81	1.39	4.45	7.30
V. d'Aosta	1012	3.95	4.94	5.93	0.99	0.99	4.16	8.10
Lombardia	81.035	2.04	2.79	3.92	0.75	1.14	4.37	6.40
Trentino AA	10.409	2.02	2.69	4.23	0.67	1.54	2.69	4.70
Veneto	40.855	1.98	2.69	3.79	0.71	1.10	3.72	5.70
Friuli-VG	8876	2.14	2.70	3.38	0.56	0.68	6.37	8.50
Liguria	11.101	2.70	4.32	5.50	1.62	1.17	4.11	6.80
Emilia R	30.139	2.69	3.68	4.88	1.00	1.19	4.12	6.80
Toscana	26.709	2.58	3.74	4.75	1.16	1.01	3.02	5.60
Umbria	6430	2.64	3.73	4.98	1.09	1.24	2.76	5.40
Marche	11.996	3.33	4.33	5.67	1.00	1.33	2.47	5.80
Lazio	47.172	3.16	4.62	5.72	1.46	1.10	2.65	5.80
Abruzzo	11.349	3.00	3.79	5.20	0.79	1.41	4.62	7.60
Molise	2885	2.08	3.12	4.85	1.04	1.73	4.53	6.60
Campania	71.972	3.67	4.96	6.43	1.29	1.47	4.15	7.80
Puglia	44.406	3.42	4.64	6.10	1.22	1.46	3.89	7.30
Basilicata	6094	3.77	5.09	6.89	1.31	1.81	6.55	10.30
Calabria	21.556	3.48	4.55	5.94	1.07	1.39	6.64	10.10
Sicilia	57.629	4.51	6.04	7.53	1.53	1.49	4.51	9.00
Sardegna	13.837	3.47	4.70	6.07	1.23	1.37	5.25	8.70
Nord	218.013	2.29	3.11	4.29	0.82	1.18	4.22	6.50
Centro	92.307	2.98	4.27	5.38	1.29	1.12	2.74	5.71
Sud+Isole	229.728	3.75	5.04	6.51	1.28	1.47	4.58	8.32
TOTALE	540.048	3.03	4.13	5.42	1.10	1.29	4.12	7.14

Spiegazione delle sigle nel testo.

1950 fino a circa metà degli anni '80, periodo nel quale la quota di bambini deceduti dopo il primo mese si era progressivamente ridotta, mentre era aumentata quella dei morti in epoca neonatale, soprattutto nei primi sette giorni (figura 2). Negli anni '90 (figura 3) le morti dopo la prima settimana sono di nuovo proporzionalmente un po' aumentate (morti neonatali tardive: dal 15,9% al 20,2%; morti post-neonatali: dal 22% al 24% circa), presumibilmente come conseguenza di una posticipazione dei decessi di neonati in condizioni critiche. La quota di morti nella prima settimana è invece diminuita dal 62,2% nel 1990 al 55,9% nel 1997.

La situazione nelle singole regioni e per area geografica

Nella tabella 1 sono presentati il numero di nati vivi, la mortalità infantile e la mortalità perinatale con relative 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 stato quello del Friuli Venezia Giulia (3,38 x 1000), il più alto quello della Sicilia (7,53 x 1000). Per quel che riguarda la mortalità neonatale totale (MNTot), il tasso più basso è stato osservato in Trentino Alto Adige e in Veneto (2,69 x 1000), il più alto ancora in Sicilia (6,04 x 1000). Per la mortalità perinatale (MPNatale) il tasso più basso è stato quello del Trentino Alto Adige (4,70 x 1000), il più alto quello della Basilicata (10,30 x 1000).

In 8 casi i tassi di mortalità infantile sono al di fuori degli intervalli di confidenza al 95% del valore medio nazionale, calcolati di volta in volta sulla base del numero di nascite osservate nelle singole regioni; in 7 casi sono al di sotto (Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Toscana) e in uno al di sopra (Sicilia). Per la mortalità perinatale i tassi al di fuori degli intervalli di confidenza al 95% del valore medio nazionale sono 10, di cui 7 al di sotto (Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Toscana, Umbria, Marche e Lazio) e 3 al di sopra (Basilicata, Calabria e Sicilia).

Confrontando i dati del 1997 con quelli del 1996 (tabella 2) si può notare un aumento del numero di regioni con tassi più bassi del limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% del valore medio nazionale ed una

TABELLA 2: POSIZIONE DELLE REGIONI SOTTO O SOPRA GLI INTERVALLI DI CONFIDENZA AL 95% DELLA MORTALITÀ INFANTILE E DELLA MORTALITÀ PERINATALE NEL 1996 E 1997

Mortalità infantile		Mortalità perinatale	
1996	1997	1996	1997
<IC95%	<IC95%	<IC95%	<IC95%
Lombardia	Piemonte	Lombardia	Lombardia
Trentino-Alto A	Lombardia	Trentino-Alto A	Trentino-Alto A
Veneto	Trentino-Alto A	Veneto	Veneto
Friuli Venezia G	Veneto	Toscana	Toscana
Emilia-Romagna	Friuli Venezia G	Lazio	Umbria
Lazio	Emilia-Romagna		Marche
	Toscana		Lazio
>IC95%	>IC95%	>IC95%	>IC95%
Abruzzo	Sicilia	Abruzzo	Basilicata
Campania		Campania	Calabria
Puglia		Calabria	Sicilia
Calabria			
Sicilia			

diminuzione del numero di quelle con tassi più alti; ciò vale sia per la mortalità infantile che per quella perinatale. Pertanto, a fronte di un miglioramento di molte regioni, permangono alcune sacche geografiche a mortalità elevata. Non c'è sempre relazione fra mortalità infantile, e in particolare mortalità neonatale precoce (MNP), e mortalità perinatale. Ciò dipende dal fatto che le due componenti della mortalità perinatale, cioè i tassi di natimortalità e di mortalità nella prima settimana di vita, non sono sempre correlati tra loro. Se ne deduce che questi due indicatori si riferiscono ad aspetti socio-assistenziali in buona parte diversi. Se si prendono in esame le aree geografiche, i tassi di mortalità aumentano progressivamente andando da Nord a Sud, ad eccezione della mortalità post-neonatale (MPNeo), della natimortalità e della mortalità perinatale, che sono più basse nelle regioni centrali rispetto a quelle settentrionali.

I rapporti tra tassi (RR), prendendo come riferimento quelli del Nord, sono illustrati nella **tabella 3**. Questi rapporti significano, per citare solo alcuni esempi, che i tassi di mortalità neonatale totale e di mortalità infantile nelle regioni meridionali sono stati più alti rispettivamente del 62% e del 52% di quelli delle regioni settentrionali. Nell'anno precedente questi valori erano stati del 68% e del 56%, il che sta ad indicare un leggero miglioramento relativo delle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali. La differenza nord-centro è molto meno marcata. Una sola regione, la Sicilia (erano 5 nell'anno precedente), ha fatto registrare una mortalità infantile superiore al 7 x 1000 (**figura 4**), mentre fra le 8 regioni con un tasso inferiore o uguale al 5 x 1000 ve ne

TABELLA 3: RAPPORTI TRA I TASSI DI MORTALITÀ PER AREA

	MNP	MNT	MI	MNTard	MPNeo	NM	MPNatile
Nord	1	1	1	1	1	1	1
Centro	1,30	1,37	1,25	1,57	0,95	0,65	0,88
Sud + isole	1,64	1,62	1,52	1,56	1,25	1,09	1,28

sono solo due, l'Umbria e il Molise, non appartenenti all'area settentrionale

Riduzione nel tempo della mortalità infantile per regione

Nella **tabella 4** sono presentati i dati relativi alla differenza di mortalità infantile tra il 1994 e il 1997 per regione. L'Abruzzo ha fatto registrare il decremento maggiore (-3,48 x 1000), il Piemonte il decremento minore (-0,14 x 1000). Per cinque regioni vi è stato, contrariamente a tutte le altre, un aumento dei tassi: si tratta di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Lazio, Val d'Aosta e Sardegna. In quest'ultima si è verificato l'incremento massimo, pari a +1,10 x 1000. Nella stessa **tabella 4** sono illustrati i tassi di mortalità infantile in ciascuna regione nel 1994. Esiste una relazione inversa tra valore della mortalità infantile nel 1994 ed entità della riduzione, con un coefficiente di correlazione non parametrico di -0,65 (P=0,004); ciò significa che "mediamente" la diminuzione di mortalità infantile è stata tanto maggiore quanto maggiore era il suo valore di partenza. Ovviamente si tratta di una relazione media, che non è valida per tutte le venti regioni, come si può ricavare analizzando i dati della tabella.

Relazione tra mortalità neonatale totale e mortalità postneonatale

Una buona qualità delle cure può riflettersi in bassi tassi di mortalità sia nel primo mese di vita che nei successivi undici mesi; alti tassi di mortalità postneonatale potrebbero essere anche la conseguenza di una posticipazione di decessi oltre il primo mese di vita e associarsi, quindi, a una bassa mortalità neonatale. Per quanto questi meccanismi possano aver avuto una qualche influenza sui tassi di mortalità, i fenomeni principali che sono alla base delle differenze osservate sono in genere più complessi. Tuttavia, se si prende in esame il posto che ciascuna regione occupa nella graduatoria (dal più basso al più alto) per ciascuno dei due valori di mortalità, è possibile suddividere le stesse regioni nei quattro gruppi illustrati nella **tabella 5**. Tutte le regioni del gruppo A ad eccezione dell'Umbria hanno un valore di mortalità infantile più basso del limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% del tasso medio nazionale. Friuli Venezia Giulia, Lombardia ed Emilia Romagna occupavano la stessa posizione nel

Se respira e dorme bene, il merito è anche del suo pediatra.

Soluzione fisiologica sterile allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, Libenar è un rimedio semplice e naturale indicato per:

- risolvere e prevenire i piccoli problemi igienici del nasino di neonati e bambini
- facilitare la poppata e il sonno dei lattanti
- idratare le mucose nasali
- ripristinare le caratteristiche reologiche del muco
- diluire altri farmaci in aerosolterapia

Libenar agisce esclusivamente a livello locale, non contiene principi farmacologicamente attivi, né conservanti e può quindi essere utilizzato per lunghi periodi senza controindicazioni, anche dalle mamme in attesa.

Sono dispositivi medici.

Libenar soluzione fisiologica **CE 0459**

Per l'uso leggere attentamente le istruzioni.



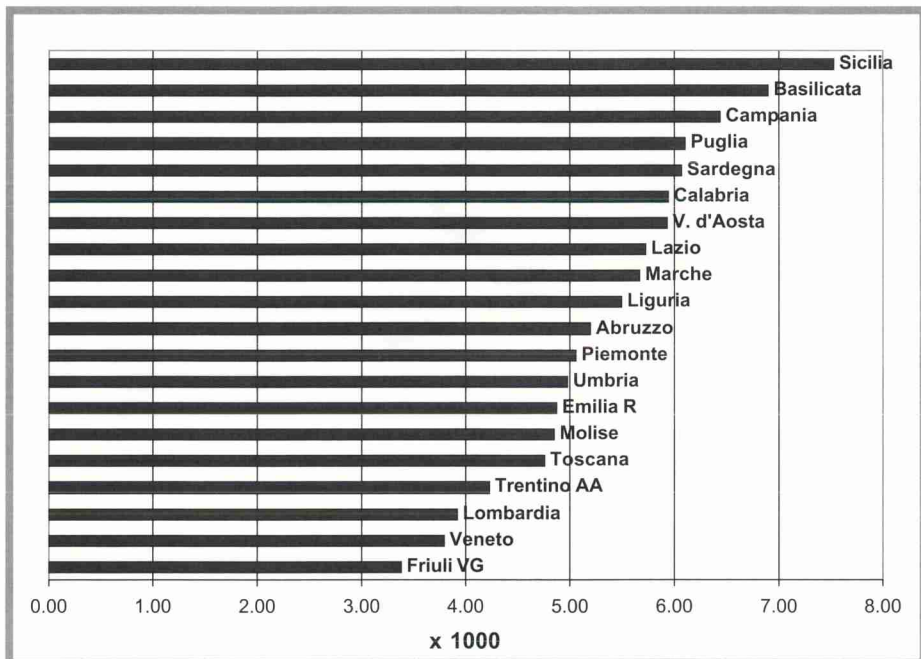
Libenar[®]

soluzioni per nasi e nasini

In farmacia.
Flaconcini da 5ml in confezioni da 12 e 24
Spray da 40 e 125 ml



FIGURA 4: MORTALITÀ INFANTILE 1997



1996; queste tre regioni possono essere considerate, in senso globale, l'attuale "eccellenza" per quel che riguarda le condizioni di salute, la qualità delle cure e l'assistenza nel primo anno di vita. Anche Veneto, Toscana ed Umbria vanno nella stessa direzione, ma necessitano di ulteriori successive conferme.

Per una regione del gruppo D, la Sicilia, la mortalità infantile è più alta del limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95% del valore medio nazionale; essa, pertanto, può essere considerata, sempre in senso globale, quella in cui lo stato di salute nell'infanzia e la qualità dell'assistenza e delle cure sono al livello più basso.

TABELLA 4: RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ INFANTILE FRA 1994 E 1997 E TASSI 1994

REGIONE	Riduzione mortalità infantile 1994-97 (x 1000)	Mortalità infantile nel 1994 (x 1000)
Abruzzo	-3.48	8.68
Calabria	-2.46	8.40
Campania	-2.34	8.77
Molise	-2.02	6.87
Puglia	-1.48	7.58
Veneto	-1.08	4.87
Marche	-1.06	6.73
Lombardia	-1.05	4.97
Toscana	-0.95	5.70
Sicilia	-0.93	8.46
Emilia-Romagna	-0.66	5.54
Trentino-Alto A	-0.62	4.85
Liguria	-0.20	5.70
Basilicata	-0.20	7.09
Piemonte	-0.14	5.20
Friuli-Venezia G	0.11	3.27
Umbria	0.11	4.87
Lazio	0.11	5.61
Valle d'Aosta	0.99	4.94
Sardegna	1.10	4.97

Per Sardegna, Puglia, Calabria e Basilicata, che pure appartengono al gruppo D, la situazione è leggermente migliore, in quanto i loro tassi sono compresi all'interno dell'intervallo di confidenza al 95% del valore medio nazionale.

TABELLA 5: CLASSIFICAZIONE DELLE REGIONI IN BASE ALLA RISPETTIVE POSIZIONI NELLE GRADUATORIE DI MORTALITÀ NEONATALE TOTALE E MORTALITÀ POST-NEONATALE NEL 1997

Gruppo	Posizione MNT (mortalità)	Posizione MPNeo (mortalità)	Regioni
A	1-10 (<4x1000)	1-10 (<1,35x1000)	Friuli V.G. Veneto Lombardia Emilia - R. Toscana Umbria
B	1-10 (<4x1000)	1-10 (≥1,35x1000)	Trentino A.A. Molise Piemonte Abruzzo
C	11-20 (>4x1000)	11-20 (<1,35x1000)	Marche Liguria Valle d'Aosta Lazio
D	11-20 (≥4x1000)	11-20 (≥1,35x1000)	Sardegna Puglia Calabria Campania Basilicata Sicilia

Conclusioni

1. La mortalità infantile e la mortalità perinatale in Italia continuano a diminuire, globalmente e in tutte e tre le grandi aree geografiche.
2. In termini relativi la distanza nord-sud è leggermente diminuita.
3. Si assiste ad una sempre più accentuata "polarizzazione" della situazione, con alcune zone che rappresentano sempre più delle sacche di arretratezza socio-sanitaria.
4. Natimortalità e mortalità neonatale hanno una diversa geografia e sono, pertanto, espressione di fenomeni e situazioni in parte diversi.

C. Corchia, G. Scarpelli
La Mortalità infantile nel 1997
Quaderni acp 2002; vol IX n°5: 10-14

Max, a twelve year old boy, during summer encounters a different culture, a great friendship, a new passion (music), a first timid love and the usual everyday egoism and carelessness, in a movie which probably we wont see. (Swing by Tony Gatlif)

Musica gitana e voglia di affetto

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Che fine fanno i film che vengono presentati nei festival? Intendo dire: che fine fanno quei film che non vincono nessun premio, che nessuno pubblicizza, che a stento vengono doppiati e restano nelle sale solo per qualche giorno? Per esempio, che fine ha fatto *Swing* di Tony Gatlif, presentato a Berlino 2002?

Mi pongo questa domanda - festival chiama festival - dopo la delusione della 59^a Mostra Internazionale d'Arte cinematografica di Venezia 2002, dove molti film sono stati accolti con bordate di fischi (ma chi li va a pescare e decide del loro valore artistico e culturale?) e altri hanno goduto di un battage pubblicitario assolutamente immeritato. Perché, tanto per non restare nel vago, *Swing* non ha avuto lo stesso trattamento di *Velocità massima* di Daniele Vicari, di *Un viaggio chiamato amore* di Michele Placido e di *Cuori estranei* di Edoardo Ponti? Non venite a dirmi che "è il pubblico che vuole questi film"; il pubblico vuole solo film belli e interessanti e ha la sola colpa di doversi fidare, prima di comprare il biglietto, di quello che la TV dice loro, dei trailers, del bombardamento pubblicitario. Quanti hanno sentito parlare di questo *Swing* e quanti conoscono i film di questo regista franco algerino (*La ragazza senza fissa dimora*, *Gaspard e Robinson*, *Lat-cho drom*) il quale - quando si dice il caso - due anni fa con *Vengo* aveva chiuso proprio la Mostra di Venezia e che con *L'uomo perfetto* e *Gadjo Dilo* si era già fatto portavoce della cultura gitana?

Non si sarebbe scritto di lui nemmeno su questa rivista se il protagonista del film non fosse stato un personaggio che ci interessa: un ragazzino. Si chiama Max e ha 12 anni. Trascorre l'estate in casa della nonna, ma ha una passione per la musica. Recatosi in un campo di zingari per comprare una chitarra, fa amicizia con Miraldo, maturo gitano e virtuoso

musicista, disposto a dargli lezioni di chitarra in cambio di prestazioni di lettura e di scrittura. E' così che Max si avvicina alla cultura gitana, scopre il jazz manouche e si prende la prima cotta della sua vita per *Swing*, sua coetanea, androgena zingarella, a tratti brusca e manesca ma dotata di irresistibile fascino. Alla fine dell'estate Miraldo muore e Max viene prelevato dalla madre. Andrà via da *Swing* portandosi dentro le scorribande selvagge fatte in sua compagnia, le scorpacciate di fresche risate e le reciproche timide carezze. In altre occasioni, Tony Gatlif aveva detto: "Nei miei film non vince nessuno". Che equivale a "Nei miei film tutti perdono". Come accade esattamente in *Swing*, dove tutti perdono qualcosa: il passato, l'allegria, la vita, l'amicizia, la fanciullezza... Sembrerà una lettura forzata, ma il personaggio che più degli altri mette tristezza in questo film, che a tratti è di esagerata allegria e solarità, è quello più assente. Sto parlando della madre di Max, una piacente e ancora giovane donna che fa la sua comparsa solo nella sequenza finale. Arriva con la sua auto sportiva e, mentre Max vive la dolorosa separazione sentimentale da *Swing*, lei se ne sta in disparte con il cellulare incollato alle orecchie. Poi, a conversazione finita, chiama il figlio e mette in moto. Non sa nulla di quello che è accaduto (delle scappatelle di Max e della sua voglia d'affetto, della sbornia collettiva all'interno di una roulotte rom, delle feste gitane, della musica manouche, dell'esistenza e della morte di Miraldo, di mille piccole grandi cose accadute in pochi giorni) e probabilmente non lo saprà mai. E sarebbero tempo e fatica sprecati star lì a spiegarle che c'è una cultura "altra", così vicina e così lontana alla nostra, da prendere in considerazione. Come sarebbe

inutile starle a contestare anche la sua assenza nella vita del figlio. Probabilmente si scuserebbe riversando le colpe sul padre del tutto assente, sulla sua vita troppo movimentata e sul suo lavoro che non le dà tregua, sulla sua infelice esistenza... Ci sarebbe sufficiente materiale per un altro film, se non fosse ormai troppo sfruttata la serie degli amori infranti degli adulti.

È proprio vero: nella vita - come negli affetti, nelle relazioni sociali e persino nella valutazione della validità di un film - certe cose si devono capire da soli.

Per corrispondenza

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it



nati

Lo stato dell'arte in USA

Perri Klass, direttore medico del programma americano di invito alla lettura ad alta voce, ci ha comunicato gli ultimi dati sull'attività di Reach Out and Read nella sua visita a "Nati per Leggere" a Brescia. Il programma è ora attivo in 1400 centri americani, coinvolge l'attività di 14.000 medici o altro personale sanitario; ha regalato nell'ultimo anno 3 milioni di libri a 1.500.000 bambini. Il costo di ogni libro regalato è stato mediamente di \$2.5.

Liguria

La Biblioteca Civica di Spotorno ha aderito a "Nati per Leggere" e, a maggio 2002, c'è stata la presentazione ufficiale del progetto. La strategia di intervento prevede due fasi: tra maggio e giugno 2002 la Biblioteca e l'Istituto Comprensivo Statale di Spotorno, disponendo di un budget, organizzeranno laboratori di lettura di favole di Rodari e Lionni per le scuole materne ed elementari; doneranno circa 70 libri per le sale di attesa dei tre studi pediatrici presenti sul territorio, distribuiranno materiale informativo e con indicazioni bibliografiche, elaborato dall'AIB e rivolto a genitori, educatori e insegnanti. La seconda fase, prevista per ottobre 2002, prevede il coinvolgimento dei genitori che accompagneranno i bambini in biblioteca dove verranno organizzati laboratori di lettura ad alta voce, laboratori di costruzione del libro e una mostra fotografica e libraria sui laboratori svolti; infine è in programma un piccolo convegno con esperti del settore. I pediatri del territorio si sono resi disponibili, con grande entusiasmo, a sensibilizzare i genitori sull'importanza della lettura ad alta voce in età precoce e a coinvolgerli attivamente nella iniziativa. La biblioteca di Spotorno "C. Sbarbaro" è contattabile tramite fax e tel.: 019/745959 o e-mail: biblioteca@comune.spotorno.sv.it

Lombardia

La provincia di Brescia, il suo sistema bibliotecario, che comprende 200 biblioteche, e l'Associazione Culturale Pediatri di Brescia hanno raggiunto un accordo per la realizzazione del progetto "Nati per

Leggere" nella intera provincia di Brescia. Al convegno che ha inaugurato l'iniziativa il 3 e il 4 ottobre erano presenti circa 200 partecipanti, di cui oltre 50 pediatri dei 120 operanti nella provincia.

Il progetto consiste nell'impegno dei pediatri a raccomandare la lettura ai bilanci di salute, a consegnare piccole bibliografie ai genitori per l'avvio all'attività di lettura, a invitare i genitori a frequentare le biblioteche per il prestito librario, a dotare la sala d'attesa degli ambulatori di scaffali di libri per bambini. A tale scopo è stato presentato un espositore di libri per bambini che la provincia distribuirà ai pediatri che ne faranno richiesta. Al convegno del 4 e 3 ottobre hanno partecipato come relatori, Perri Klass, direttore medico del progetto americano Reach Out and Read, Giovanna Malgaroli, Nives Benati e Giancarlo Biasini del coordinamento nazionale di Nati per Leggere, Luigi Paladin, coordinatore della Scuola Bibliotecari della Lombardia, Rita Valentino Merletti, i professori Guido Petter e Cesare Cornoldi, e i pediatri Alessandro Savoldi e Franco Parlavecchio dell'ACP Brescia. Per la provincia di Brescia erano presenti il suo presidente e il dott. Giacomo Pagani, dirigente del settore cultura della provincia.

Si tratta della più vasta area di applicazione del progetto: la provincia di Brescia è fra le più vaste d'Italia, contando 1.200.000 abitanti.

Puglia

A Mesagne (provincia di Brindisi) per l'attività del nostro collega Giovanni Simeone, è stato siglato un protocollo d'intesa, tra Comune, pediatri della città e scuola materna ed elementare per la realizzazione di Nati per Leggere in città. Si inizierà con sedute di animazioni negli ambulatori dei pediatri e dell'Ospedale con l'utilizzo di operatori del Comune. Si realizzerà una mostra di libri per l'infanzia in un fine settimana del mese di ottobre o novembre. La mostra è per le scolaresche e per i genitori. È stata aperta anche una pagina web: www.natiperleggere.it.

Sicilia

Ad Agrigento, mercoledì 25 settembre 2002 all'Auditorium "M. Lizzo" del Museo Archeologico regionale, si è tenuta la Conferenza di presentazione di Nati per Leggere. Il Convegno è stato organizzato dal Sistema Bibliotecario circoscrizionale della città di Agrigento con la collaborazione dell'Associazione Italiana Biblioteche, dell'Associazione Culturale Pediatri "Empedocle", della Biblioteca Comunale "G. Falcone" di Palma di Montechiaro, della Biblioteca Comunale di Porto Empedocle. Sono intervenuti: Aldo Piazza, sindaco di Agrigento, Maria Pia Vita, assessore PI e Biblioteche del Comune di Agrigento, Vincenzo Montalbano, pediatra dell'ACP "Empedocle", Giovanna Malgaroli, bibliotecaria, Aurelia La Bella, sociologa, Fausto D'Alessandro, medico neurologo.

Umbria

Il 28 settembre 2002 si è svolto a Perugia il primo incontro di formazione per avviare il progetto Nati per Leggere in Umbria. La riunione è stata presentata da Corrado Rossetti, Presidente ACP Umbria, che ha illustrato come è nato il progetto (esperienza di Reach Out and Read), da chi è stato elaborato e in che cosa consiste (alleanza tra bibliotecari e pediatri). A seguito la relazione del Prof. Biasini che ha dimostrato le evidenze scientifiche sul beneficio che il bambino trae dalla lettura a voce alta operata in famiglia. In conclusione, la presentazione della dott.ssa Salvadori, direttrice della biblioteca di Orvieto, e delle sue assistenti che hanno proposto alcuni dei libri più adatti a seconda delle fasce di età dei bambini e hanno suggerito i criteri per una buona valutazione dei libri stessi.

Il successo della riunione è stato determinato dalla grande partecipazione del pubblico (per la maggior parte formato da pediatri di famiglia, ma anche da bibliotecari e insegnanti).

Da questo incontro sono nati quattro gruppi operativi: Perugia, Foligno, Orvieto e Terni, con i rispettivi referenti: Corrado Rossetti (pediatra ospedaliero), Mariolina Frigeri (pediatra di famiglia), Alberto Romizi e Lucio Piermarini (pediatri di comunità). Hanno aderito formalmente al progetto circa 40 pediatri di famiglia e le biblioteche delle rispettive località.

Dal punto di vista operativo il progetto Nati per Leggere avrà inizio con la sensibilizzazione dei genitori mediante diffusione di materiale informativo durante i bilanci di salute, a partire dal 6° mese, accompagnata dalla bibliografia consigliata in base all'età. Successivamente si farà dono di un libro in occasione del bilancio di salute del 24° mese.

Le biblioteche e le librerie parteciperanno con la stesura delle liste di libri consigliati a seconda della fascia di età del bambino e con la disponibilità degli stessi libri. Forniranno, inoltre, informazioni riguardanti il progetto e promuoveranno momenti di lettura rivolta ai bambini.

Materiale illustrativo sarà disponibile in ogni biblioteca dell'area interessata, librerie, asili nido, scuole materne e centri nascita oltre che negli ambulatori dei pediatri di famiglia che hanno aderito al progetto.

In base alle risorse economiche che saranno disponibili, dopo richiesta di finanziamenti a Enti pubblici e privati, l'iniziativa potrà continuare nei prossimi anni. Le spese di avvio al progetto saranno sostenute dall'ACP Umbria.

Libri per ragazzi

Madeleine di Ludwig Bemelmans; traduzione di Roberto Piumini

Piemme junior editore 2002, pag. 51; € 6,46

Questo delizioso libretto è uscito per la prima volta in Germania nel 1939: tenuto conto della situazione tedesca di allora, non deve avere avu-

per leggere

to grande distribuzione, tant'è che nel 1967 è uscito di nuovo, probabilmente postumo, a cura di Madeleine Beemelmaus (la figlia?) e Barbara B. Marciano. In Italia è arrivato solo due anni fa, recuperato dalla Piemonte che ci regala così un racconto da leggere anche ai più piccoli; ma tutti, persino eventuali nonni che vogliono cimentarsi, apprezzeranno le straordinarie illustrazioni dell'autore. Quattro righe in quarta di copertina ci dicono che l'autore era pittore, illustratore e scrittore. Poco importa che la storia abbia un'ambientazione ormai anacronistica - piccole educande e suore gentili sono specie in via di estinzione - importa invece che la storia abbia come protagonista Madeleine (per questo sospetto che sia la figlia), la più piccola e la più coraggiosa di 12 educande, che finisce all'ospedale con un attacco di appendicite! E tutta la storia, a lieto fine naturalmente, ruota intorno a questo ricovero che fa della protagonista una vera eroina. Non sappiamo se anche nell'originale il testo sia una filastrocca; la traduzione di Roberto Piumini è, come sempre, di alto livello: le parole hanno una musicalità che consente anche a chi non è particolarmente dotato nella lettura ad alta voce di imprimere un'anima al racconto.

Dovrebbe essere un "testo" obbligatorio nei Reparti di Pediatria.

Anna Grazia Giulianelli

Aiuto, arrivano le amiche della mamma

Roncaglia con illustrazioni di Cristiana Cerretti ed. Fatatrac 2002; euro 13,43

Questa è una storia in cui sono protagoniste tre donne e un papà collaborante: vuoi vedere che le pari opportunità passano alla narrativa per l'infanzia?

È una storia di mamme moderne; qui la mamma aspetta la visita delle amiche e chiede ai due figli di diventare per l'occasione bravi, ordinati, obbedienti, eleganti. Quante volte abbiamo chiesto ai nostri figli di non farci fare brutta figura? Ventisei coloratissime pagine costringono spesso a far ruotare il libro per leggere le scritte disegnate come un fumetto e incanta un segno grafico infantile e insieme particolarmente elaborato. È la modernissima storia di due bambini, Luca e Carla, alle prese con il compito di riordinare la stanza e mettersi in ordine per essere presentabili agli ospiti in arrivo. Carla immagina la libertà dei selvaggi e la vita da prigionieri dei principi (ma sarà proprio così?), mentre lei e il fratello, figli di una 'normale' famiglia, vorrebbero evitare tutti quei 'salamecchi' (che a noi adulti piacciono tanto) che loro due devono subire ogni volta che le amiche della mamma arrivano in visita. L'unico risarcimento sta nei dolcetti che le amiche portano in regalo. Piacerà molto anche a bambini in età prescolare.

Anna Grazia Giulianelli

Lettere a NPL

Ricerca ambiziosa

L'ACP Asolo, in provincia di Treviso, in collaborazione col "servizio per l'educazione alla salute" dell'ASL 8, sta per varare il progetto "Nati per Leggere", con un programma forse molto ambizioso. In Italia non esiste alcuno studio conoscitivo che analizzi l'efficacia della lettura sulle capacità linguistiche dei bambini italiani. Noi, oltre al dono del libro e alla promozione della lettura con relativa rilevazione di efficacia, intendiamo effettuare uno studio randomizzato in cieco di valutazione dell'intervento e un approfondimento riguardante le caratteristiche del sonno nei primi anni di vita. Questo tipo di approfondimento è motivato dal sempre più diffuso riscontro di questi disturbi nella nostra pratica e dalla convinzione che comunque l'intervento, agendo sul rapporto genitori-bambino, può agire anche su questo versante. Somministreremo ai genitori un questionario durante i bilanci di salute dei 6 mesi, 2 anni e 3 anni. Oltre a questo vogliamo effettuare una valutazione delle acquisizioni linguistiche mediante un test a 3 anni. Tutto ciò dovrebbe permetterci di verificare se anche in Italia, come negli USA, l'intervento è efficace ad aumentare le conoscenze linguistiche nei bambini. In più noi raccoglieremo informazioni sulle caratteristiche del sonno nel nostro gruppo di bambini. Poi a 6 anni (secondo quadrimestre della prima elementare) valuteremo il profitto scolastico e il grado di alfabetizzazione nei due gruppi di bambini (intervento vs controllo), utilizzando l'aiuto di operatori specializzati.

Camilla Montini

Lo dice lei stessa. Si tratta di uno studio molto ambizioso per il quale dovrete preparare un protocollo di estrema "sicurezza" per non fare una fatica grandissima e ottenere dati inutilizzabili. Dovrete valutare il numero di bambini necessari per avere riposte

abbastanza attendibili a tutte le domande che vi ponete. Dovrete usare metodi sicuri per la definizione della competenza linguistica; questi metodi nelle ricerche pubblicate all'estero sono affidati a questionari di grande complessità e di difficile valutazione (come ben sa il nostro Pasquale Causa che se li è letti tutti e che vi può consigliare), sia nella fase di raccolta dati che -soprattutto- nella fase di valutazione. Comunque giù il cappello davanti al coraggio! Memento audere semper! Noi teniamo lo spazio per pubblicare la ricerca!

gc.b.

Nati per Leggere in ospedale

Lavoro come pediatra presso la UO di Pediatria di Castelfranco Veneto (TV). Il desiderio della nostra divisione è di aderire al progetto Nati per Leggere, favorendo la creazione di spazi di lettura verso i bambini ricoverati, realizzati da volontari ABIO (Associazione per il Bambino in Ospedale). Stiamo valutando quale e quanto materiale richiedere. Saremmo ben contenti di ricevere eventuali suggerimenti.

Maria Concetta Alberelli

Ci sembra che non ci siano molte esperienze "pensate" per le strutture di ricovero in Italia. A Cesena il progetto è nei piani di salute dell'ASL e, dopo aver provato il regalo dei libri da parte dei pediatri di famiglia (finito per finanziamenti esauriti), ora si sta progettando una iniziativa a partenza ospedaliera con lettori volontari e infermiere che suggeriscono e insegnano alle madri a leggere. Per ora esiste solo un indice per le attività che comprendono un minimo di formazione senza la quale si rischiano di commettere errori. Fra qualche tempo ci sarà forse un progetto più definito. Le ricordiamo però che non è sola in provincia di Treviso. Ad Asolo c'è un gruppo ACP molto attivo. Prenda contatto, hanno già fatto buone cose. Saluti, auguri e buon lavoro.

gc.b.

L'assistenza pediatrica oggi problemi aperti

A cura di Fabio Sereni*, risposte di Giancarlo Biasini**, Giorgio Tamburlini**

*Clinica pediatrica - Università di Milano ** Centro salute del bambino - Trieste, Napoli, Milano

Il documento che pubblichiamo è comparso sul numero 126 del 2002 di Prospettive in Pediatria.

Si tratta di una Agorà

curata da Fabio Sereni (FS).

Visto l'interesse del documento

lo proponiamo ai nostri lettori

ringraziando la direzione di Prospettive per l'autorizzazione concessaci.

Premessa

Puntualizzare alcuni dei più importanti problemi aperti in tema di assistenza pediatrica ci sembra particolarmente opportuno in questa fase politica del nostro Paese, caratterizzata dalla volontà del Governo di apportare profonde modifiche alle normative vigenti. Conseguentemente la Direzione di *Prospettive in pediatria* ha pensato di affidare a Giancarlo Biasini, da sempre impegnato nell'analisi e nella critica dell'organizzazione sanitaria pediatrica, e a Giorgio Tamburlini, che, dall'osservatorio privilegiato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si occupa di politica sanitaria dell'età evolutiva, di illustrare quali siano le problematiche che è più urgente affrontare, nel nostro Paese, per assicurare servizi pediatrici efficienti, sia sul piano strettamente sanitario sia su quello assistenziale.

Ha poi chiesto al Ministro della Salute Girolamo Sirchia, un breve commento ai temi più importanti che sono emersi. La Direzione di *Prospettive* è grata al Ministro per avere accettato di fare conoscere ai pediatri italiani la sua opinione.

FS: La prima, necessaria domanda è relativa a un'analisi dei bisogni. È possibile tracciare, molto sinteticamente, un quadro dello stato di salute della popolazione pediatrica nel nostro Paese, naturalmente facendo anche riferimento ai risultati che sono stati raggiunti in Paesi con standard assistenziali elevati?

GB, GT: Non disponiamo oggi di dati e strumenti sufficienti per tracciare un quadro dello stato di salute della popolazione da 0 a 18 anni. Le ragioni sono fondamentalmente:

1. Il lungo lasso di tempo (5 anni in media) per disporre di dati ISTAT completi che riduce la possibilità di valutare le tendenze in tempo utile per programmare interventi e politiche.
2. L'assenza di valutazioni su indicatori composti ormai entrati nell'uso corrente quali i DALYs (*disability adjusted life years*) che ci consentano di misurare il carico complessivo di malattia senza limitarci ai dati di mortalità, ormai insufficientemente informativi.
3. L'assenza di dati di incidenza e prevalenza completi e precisi su disabilità e condizioni croniche, che costituiscono il vero carico assistenziale.

Il quadro che può essere tracciato della salute della popolazione in età evolutiva non può

quindi essere soddisfacente, essendo necessariamente condizionato da informazioni incomplete e, soprattutto, datate.

FS: Malgrado gli ovvi limiti interpretativi, crediamo sia utile iniziare con quanto oggi sappiamo in tema di mortalità in età pediatrica. È possibile un'estrema sintesi sullo stato attuale?

GB, GT: I dati di mortalità hanno l'unico vero limite nel fatto di essere un po' vecchi, riferendosi a 4-5 anni fa. Nel 1997 la mortalità infantile in Italia era al 5.4 per mille, dato molto vicino alla media UE (5.2‰). Se si considera la riduzione relativa nel tempo la diminuzione della mortalità infantile in Italia negli ultimi 25 anni è stata del 78.6%, una delle più rilevanti in abito UE.

Le aree critiche da considerare sono due: una relativa al primo mese di vita e una relativa all'età successiva ai 15 anni.

Il primo commento è quello relativo alle differenze regionali.

Se analizziamo il dato scomposto in mortalità neonatale e postneonatale (*tabella 1 e 2*) appare chiaro che tutta la differenza Nord-Sud si verifica nel primo mese di vita.

Il dato è confermato da una recente analisi in sede UE: l'Italia appartiene al cluster di paesi con più alta mortalità neonatale e nello stesso tempo al cluster di paesi con più bassa morta-

TABELLA 1: MORTALITÀ INFANTILE (IMR), NEONATALE (NMR) E POST-NEONATALE (PNMR) PER MACROREGIONI (1997)

	IMR	NMR	PNMR
Nord	4.3	3.1	1.2
Centro	5.5	4.3	1.2
Sud/Isole	6.5	5.3	1.2
ITALIA	5.4	4.2	1.2

Per corrispondenza:

• Fabio Sereni

• e-mail: fsereni@mailserver.unimi.it

Abstract

The board of "Prospettive in Pediatria" raised questions inherent to Italian public paediatric service to Giancarlo Biasini from the "Centro salute del bambino" and to Giorgio Tamburlini who from a very privileged observation post, OMS, works on health in evolutive age. Their answers tell us that data utilised to evaluate the state of paediatric public health in our country are few and qualitatively insufficient. There are relevant differences in health and mortality among Italian regions and in the different risk factors considered. The health structure which should "protect" children, Dipartimento Materno Infantile, has never been carried out. Adolescence has no public support and there is in no assistance during puerperium. Public Health professional operators dedicated to children are few and badly distributed with no precise and often different functions in various areas. Intervention within regions for adolescence and childhood are uncoordinated and often over-ambitious.

Fabio Sereni, Giorgio Tamburlini, Giancarlo Biasini - Italian children's health
Quaderni acp 2002 vol IX n° 5; 18-24

lità. Sembra chiaro quindi che, per la mortalità, questo è l'ambito di intervento.

Quanto alle cause, le condizioni perinatali (3.12/1000 nati vivi), e fra queste le conseguenze della prematurità e le malformazioni congenite (1.47/1000), rappresentano insieme l'83% di tutte le cause di morte nel primo anno di vita.

Al contrario le "cause esterne" (che includono gli incidenti) sono relativamente modeste cause di morte (ma sono però comprimibili): 10/100.000 nel primo anno di vita contro un valore di 29 nel Regno Unito, 22 in Francia, 19 in Spagna. Non ci sono dati certi sulla SIDS anche se è ragionevole attribuirle almeno tutti i decessi definiti dall'ISTAT come "cause mal definite" (0.22/1000 nati). Studi effettuati su territori limitati ne stimano l'incidenza allo 0.4-0.6/1000.

Anche la mortalità 1-14 anni è bassa: 19.7 per 100.000 residenti di età 1-14 nel 1997 (21.4 nella UE) e ha avuto un importante declino negli ultimi 25 anni (dal 49.9 al 19.7/100.000). La causa maggiore di decesso, in questa età, sono gli incidenti (5 per 100.000) e i tumori (5 per 100.000). La variabilità regionale per la mortalità per incidenti è molto alta. L'80% avviene nelle regioni del Centro-Nord.

La mortalità da 15 a 24 anni nel 1997 era di 54.3/100.000 residenti. Il Sud ha una mortalità più bassa del Nord (48.7 vs 61.9 nel 1997). La maggiore causa di morte è rappresentata dagli incidenti (34/100.000) poi dai tumori (6/100.000); il tasso di suicidi è fra i più bassi della UE: 1.8/100.000 nell'età 14-17 anni e 8/100.000 in quella 18-24.

Complessivamente possiamo dire che nel Sud vi è un eccesso di mortalità nel primo mese di vita e nel Nord un eccesso di mortalità dopo i 15 anni.

Degno di nota il fatto che l'eccesso di mortalità nel primo anno di vita nel Sud è compensato da una più alta mortalità nelle età successive (particolarmente nel gruppo 15-24 anni) al Nord, sicché la probabilità di sopravvivenza a 25 anni è la stessa al Nord e al Sud.

FS: Sembra si possa concludere, da questa analisi sommaria, che si possa essere mode-

ratamente soddisfatti se si valuta l'andamento, nel corso degli ultimi anni, dei dati di mortalità, anche se è necessario operare per ridurre le differenze che ancora sono evidenti tra Nord e Sud. Ma siccome oggi sempre più si pone, giustamente, l'accento, più che sulla riduzione dei decessi, sulla necessità di assicurare un buono stato di salute, grande rilievo hanno i dati di morbilità. Cosa ne sappiamo?

GB, GT: Il quadro relativo a patologie croniche e condizioni a rischio è quello di maggio-

re rilevanza poiché i decessi sono rari, ma il dato è caratterizzato da fenomeni ai quali si deve dare rilievo sia per i possibili effetti a lungo termine, sia per le problematiche che pongono, in termini di ricerca e di intervento. Un primo problema: non tende a diminuire la prevalenza dei nati di peso molto basso (< 1500 g), approssimativamente attorno all'1% delle nascite, che si accompagna a perduranti incertezze riguardo al futuro di questi bambini, poiché la sopravvivenza è ormai superiore all'80%. Non abbiamo dati certi nazionali circa la prevalenza degli handicap maggiori

TABELLA 2: MORTALITÀ INFANTILE (IMR), NEONATALE (NMR) E POST-NEONATALE (PNMR) PER REGIONE (1997)

Regioni	IMR	NMR	PNMR
Piemonte e Valle d'Aosta	5.0	3.6	1.4
Lombardia	4.0	2.8	1.2
Trentino-Alto Adige	4.3	2.8	1.5
Veneto	3.7	2.7	1.0
Friuli-Venezia Giulia	3.2	2.6	0.6
Liguria	5.4	4.2	1.2
Emilia-Romagna	5.0	3.8	1.2
Toscana	4.9	3.8	1.1
Umbria	5.1	3.8	1.3
Marche	5.8	4.5	1.3
Lazio	5.8	4.7	1.1
Abruzzo	5.8	4.2	1.6
Molise	4.9	3.1	1.8
Campania	6.7	5.2	1.5
Puglia	6.3	4.8	1.5
Basilicata	7.7	5.9	1.8
Calabria	6.4	4.9	1.5
Sicilia	7.9	6.3	1.4
Sardegna	6.1	4.7	1.4
ITALIA	5.4	4.2	1.2

nei neonati con sofferenza respiratoria; non sappiamo se siano diversi da quelli internazionali, che li fissano al 2/1000 della popolazione pediatrica. È possibile che questa alta prevalenza di nati di basso peso sia anche in rapporto al diffondersi della pratica di induzione farmacologica dell'ovulazione anche da parte di centri e singoli professionisti non sufficientemente esperti, che porta a parti multipli con neonati piccoli.

Un secondo problema: l'aumento della prevalenza di asma e obesità, analogamente a quanto si verifica in gran parte dei paesi industrializzati. La prevalenza dell'asma è del 10% nell'età scolare secondo lo studio ISAAC (8-10% nelle varie regioni). Non ci sono dati nazionali certi sull'obesità anche per i criteri diversi usati nei vari studi, ma si può calcolare, in base a uno studio in 10 regioni, che a 13 anni la prevalenza sia del 25% (eccesso ponderale del 20%). Con criteri più restrittivi (indice di massa corporea) la prevalenza si colloca al 9-13%.

FS: Accanto a questi due aspetti, non chiari nell'eziologia ma abbastanza definiti ve ne sono altri per i quali la reale tendenza all'aumento non è provata con certezza, e che costituiscono peraltro problemi particolarmente importanti per lo sviluppo dei bambini e dei ragazzi.

GB, GT: Sulla *salute mentale* non ci sono (purtroppo!) dati attendibili su scala nazionale. Dati locali rilevano difficoltà di apprendimento nel 5-6% dei bambini in età scolare. Severi disordini dello sviluppo sono presenti nello 0.8% dei bambini, la prevalenza di depressione negli adolescenti è stimata intorno all'8%, quella dell'anoressia nervosa nel 0.4-0.8%. Neppure (sempre purtroppo!) su abuso e trascuratezza ci sono dati nazionali. Uno studio multicentrico condotto nel 1997, riporta cinque casi su 1000 nei bambini fra 0 e 14 anni segnalati ai servizi.

Sui tumori si può dire che l'incidenza non è diversa da quella che si riscontra negli altri paesi europei: 15.2/100.000. Studi recenti condotti in Piemonte danno un'incidenza in aumento nelle ultime due decadi.

FS: Sembra che da questa analisi emerga la carenza di dati epidemiologici importanti,

relativi alle malattie croniche infantili, che nel passato non erano compatibili con sopravvivenze prolungate, mentre oggi lo sono (e spesso comportano handicap). Penso a numerosi errori congeniti del metabolismo, a sindromi malformative complesse, ai bambini con trapianto di organi. In altre parole, non abbiamo un sistema informativo pronto a valutare l'impatto di nuove patologie, o della patomorfosi di vecchie patologie sul sistema sanitario.

Forse un primo passo è stato fatto con l'istituzione del Registro Nazionale Malattie Rare, ma la possibile ricaduta su una razionalizzazione del sistema sanitario e assistenziale pare ancora lontana. Siete d'accordo?

GB, GT: Del tutto d'accordo. Quello della non conoscenza del "gettito" di handicap che abbiamo citato sopra a proposito delle conseguenze della sofferenza respiratoria neonatale è tipico della situazione italiana. A proposito dei registri, finora, a parte alcune eccezioni, quelli attivati a livello di ASL hanno risposto più all'obbligo dell'applicazione delle norme per l'assistenza sanitaria integrativa che a scopi epidemiologici e di valutazione di bisogni sanitari. Hanno cioè risposto a esigenze amministrative e contano poco o nulla in termini di conoscenza delle affezioni e di programmazione dell'assistenza sanitaria.

FS: Ovviamente un'analisi razionale sulla salute non può limitarsi alle statistiche di mortalità e alla prevalenza di determinate forme morbose o handicap. È necessario anche tenere in conto fattori potenziali di danno a distanza, tra cui fumo e droghe sono oggi, i pericoli più consistenti. Qual è la realtà italiana, a questo proposito? Quali considerazioni devono essere fatte?

GB, GT: Dagli anni novanta c'è stato un aumento di giovani fumatori; nel 1999 il 25% dei ragazzi di scuola media superiore riferisce di fare uso frequente di tabacco. L'uso di alcool è comune: il 17% ammette di usarlo almeno una volta la settimana e solo il 15% non ne ha mai fatto uso. Il 5% degli adolescenti usa ecstasy o altre "droghe da discoteca".

FS: La più importante arma per combattere queste nuove piaghe è l'informazione sanitaria, corretta e continua. Informazione che ha permesso alcuni importanti successi, per cui abbiamo dati molto confortanti. Mi riferisco a due situazioni tra loro molto diverse, e cioè alla trasmissione verticale dell'infezione da HIV dalla madre al prodotto del concepimento e alla pratica dell'alimentazione al seno.

GB, GT: Nel periodo 1995-1997 i casi di HIV erano di 6.2/milione di bambini nell'età 0-14 anni mentre in UE lo stesso valore era 4.0; per i programmi preventivi instaurati, compresa l'attivazione del registro nazionale HIV, si è avuto un rapido decremento da 83 nuovi casi nel 1995 a 19 nuovi casi nel 1998.

Anche l'allattamento al seno ha dimostrato un trend positivo dalla fine degli anni novanta, prima al Nord poi al Sud, sebbene manchi nel nostro paese qualsiasi accenno all'assistenza alla madre in puerperio, per la quale esistono sempre maggiori dati nella letteratura.

I dati di questo periodo rivelano una prevalenza dell'alimentazione al seno alla dimissione della maternità dell'85% circa, e tassi di allattamento esclusivo o predominante a 3 e 6 mesi rispettivamente del 43% e 28%. Le differenze tra area e area sono notevoli in rapporto alle politiche attuate.

È degno di nota che tali rilevanti successi sono stati ottenuti con programmi e interventi di sanità pubblica e promozione della salute, piuttosto che con dispendiose tecnologie innovative.

FS: Il quadro che avete tracciato, sullo stato di salute della popolazione infantile in Italia, è sicuramente complesso: in complesso forse le luci sono maggiori delle ombre. Ma credo che non ci si debba accontentare di avere fatto dei progressi, dobbiamo ambire a raggiungere standard analoghi a quanto è stato possibile ottenere in nazioni con potenzialità economica e "civiltà sanitaria" analoghe alle nostre. Penso non solo al Nord Europa e all'Olanda, ma anche alla Francia e alla Germania. E dobbiamo, soprattutto, mirare a colmare le disuguaglianze. Disuguaglianze che abbiamo visto essere presenti, per tassi di mortalità per grandi aree, che non dipendono solo (e forse neanche soprattutto) dai servizi sanitari, ma dalla condizione sociale. È que-

sto un punto sul quale vorrei sollecitare una vostra riflessione.

GB, GT: Il problema delle disuguaglianze è al centro dell'attenzione anche nell'ambito dello stesso mondo industrializzato. Queste non sembrano ridursi, anzi in gran parte dei Paesi – eccezion fatta per la Spagna nell'ultimo decennio – crescono. Si tratta di un segnale preoccupante non solo perché non ci dovrebbero essere disuguaglianze rispetto allo stato di salute in paesi ricchi come il nostro, ma per il significato di allentamento della coesione sociale e di quelle che ormai sappiamo essere su più piani, incluso quello della salute, le conseguenze di tale situazione.

Durante i primi anni novanta sia la mortalità 0-1 anno che la prevalenza di neonati con basso peso si sono dimostrati maggiori fra le madri con istruzione elementare confrontate con madri laureate (odds ratio rispettivamente 1.63 e 1.53). È probabile che questa differenza sia maggiore al Sud dove l'incidenza di famiglie povere è più alta. Il trend temporale disponibile per la regione Piemonte è riassunto nella **tabella 3**.

Ricerche specifiche hanno inoltre evidenziato un più alto rischio di ospedalizzazione, di esposizione al fumo passivo, di alimentazione scorretta, di carie dentaria, e una minore compliance ai trattamenti (per esempio per l'a-

sma) per i bambini di famiglie povere o con basso livello educativo.

Per le vaccinazioni si riscontrano disuguaglianze importanti fra le aree del paese che non possono che essere ricondotte a disuguaglianze di impegno ed efficacia dei servizi.

L'attuale variabilità della copertura vaccinale contro morbillo, parotite, rosolia è diversa fra Nord e Sud, ma ci sono ampie variabilità all'interno delle macroregioni: nel Nord-ovest la variabilità fra regioni è del 56-86%, nel Nord Est del 57-91%, al centro del 59-84% al Sud e isole del 53-90%. Questa disomogeneità consente la permanenza in aree definite di grandi epidemie per accumulo di persone non vaccinate (Notiziario ISS 1999;12:3) e anche qui le differenze non sono più solo quelle tradizionali Nord-Sud ma sono interne al Nord e al Sud. Nel Nord si va (dati 1997 per il morbillo) da tassi standardizzati di incidenza per 100.000 abitanti da 31 a 123 (e per una subregione a 643!). La situazione è analoga, seppure a livelli generali più alti, per la vaccinazione difterite-tetano-pertosse.

Che le disuguaglianze nella sicurezza sociale siano non solo un fenomeno Nord-Sud ma siano diffuse anche nelle macroregioni, è dimostrato anche dal calcolo dell'indice di sviluppo umano studiato dal Mario Negri, un indicatore complesso che mette insieme speranza di vita a 1 anno, tasso di alfabetizzazio-

ne adulto, PIL pro capite, risultati scolastici, indice di reddito.

FS: Sono stati finora sufficientemente puntualizzati alcuni dei problemi più rilevanti in tema di salute infantile. È opportuno, a questo punto, considerare come il nostro sistema sociosanitario sia attrezzato ad affrontarli. Molto schematicamente si possono considerare tre grandi settori: quello dei servizi ospedalieri, quello dei servizi territoriali (la pediatria di famiglia e quella di comunità) e quello dei servizi sociali (o, meglio, l'integrazione sociosanitaria).

È possibile fornire per ognuno di essi un quadro sintetico di possibilità operative e di indicazioni urgenti di tipo correttivo?

GB, GT: Per quanto riguarda la pediatria ospedaliera vi sono problemi quantitativi e problemi qualitativi. Tra i primi sono da considerare la numerosità dei posti letto e delle unità operative pediatriche, tra i secondi un particolare rilievo hanno i ricoveri pediatrici in reparti per adulti che riguardano il 44% dei bambini, e la carenza, in alcune grandi aree, di policlinici pediatrici.

Il sistema ospedaliero pediatrico dispone di 589 unità operative con 8820 posti letto e 6500 pediatri. Il tasso di utilizzo dei posti letto è (1998) del 69%, la degenza media di 4.3 giorni. Nel 1990 le unità operative erano 622 e la degenza media di 5.2 giorni. I posti letto per 1000 bambini residenti nel 1990 erano 1.6 e nel 1998 si erano ridotti a 1.05. Riduzioni consistenti e positive. Ma ci sono anche dati molto negativi.

I ricoveri nelle unità operative di pediatria dal 1990 al 1998 sono aumentati da 480.000 a 510.000, il tasso di ospedalizzazione da 0 a 14 anni è troppo alto: per il 1998 è stato di 124/1000, mentre lo stesso valore nel Regno Unito per il 1995 era di 73/1000.

L'aumento del numero dei ricoveri ha riguardato sia le unità operative degli ospedali di provincia che le unità ospedaliere di elevata qualificazione.

L'accesso al Pronto Soccorso è eccessivo; in alcune aree raggiunge valori di oltre 600 accessi per 1000 bambini residenti che la soluzione burocratica del ticket non ridurrà.

TABELLA 3: DISEGUAGLIANZE NEGLI ESITI DI SALUTE NEL PRIMO ANNO DI VITA TRA FIGLI DI DONNE CON BASSO LIVELLO EDUCATIVO E FIGLI DI DONNE MAGGIORMENTE ISTRUITE, IN PIEMONTE. TENDENZE TEMPORALI

Anni	Mortalità 0-1 anno OR ^{1,2} (IC95%)	Prevalenza di basso peso alla nascita OR ^{1,3} (IC95%)
1980-1983	1.18 (1.03-1.35)	1.20 (1.05-1.37)
1984-1987	1.16 (0.96-1.40)	1.45 (1.26-1.67)
1988-1991	1.34 (1.06-1.68)	1.53 (1.33-1.77)
1992-1994	1.30 (0.91-1.84)	1.67 (1.39-1.99)

1 OR: Odds ratio tra bambini nati da madri con basso livello educativo (scuola dell'obbligo o inferiore) e bambini nati da madri con livello educativo più elevato (scuola media superiore o università).
2 Dati aggiustati per peso alla nascita.
3 Dati aggiustati per età della madre, età gestazionale, parità e gemellarità.

L'entità dell'utilizzo del day hospital, secondo dati recentissimi dell'ASSR, è molto modesto: 10% per gli interventi di ernia inguinale, 14% per malattie gastrointestinali.

Si continua a registrare un eccesso irragionevole di ricoveri sui quali ha certamente influenza l'accesso ai Pronti Soccorsi.

In Italia esiste un numero limitato di veri policlinici pediatrici, di strutture ospedaliere che possono cioè vantare la possibilità di fornire un'assistenza sanitaria "completa": il Gaslini, il Bambin Gesù, il Mayer, il Regina Margherita, il Burlo Garofolo, e alcuni Dipartimenti di pediatria inseriti in grandi complessi ospedalieri, come quello di Padova. Ma in tutto il Sud d'Italia non esiste neppure una struttura comparabile a quelle citate, e anche una grande regione, come la Lombardia, ne è priva.

Non sarà forse questo un problema "primario", ma ci sembra un indice di scarsa attenzione per servizi di eccellenza equamente distribuiti.

Per quanto riguarda il Sud, alcune soluzioni ipotizzate prevedono il trasferimento in Calabria di sezioni di policlinici del Nord; ciò viene vissuto ragionevolmente come soluzione "colonizzatrice" invece che vivificatrice della cultura pediatrica di quelle aree.

FS: Il secondo grande problema molto aperto è quello dell'assistenza pediatrica territoriale. L'aver istituzionalizzato la pediatria di famiglia è stata una grande conquista. Ma ora, così sembra il sistema è a forte rischio, né vi è una politica nazionale per una pediatria di comunità efficiente. Un commento su questi due grandi temi sembra molto opportuno.

GB, GT: La *pediatria di famiglia* ha oltre 20 anni e secondo dati ministeriali riferiti al 2000 comprende 7175 pediatri.

È sostanzialmente, per lo meno come convenzione globale di assistenza all'infanzia, unica in Europa; in tutti questi anni è riuscita a raggiungere una copertura solo del 54% della popolazione fra 0 e 14 anni. La copertura è del tutto diseguale nel territorio nazionale: da un minimo del 36% in Campania a un massimo del 70% in Liguria ed Emilia Romagna.

La copertura dei ragazzi fra 6 e 14 anni si può valutare, nelle Regioni in cui il dato è disponibile, inferiore di circa il 10% a quella totale, e ciò comporta la difficoltà per i pediatri di influire sulla salute di questa fascia di età e particolarmente nella critica età preadolescenziale. Questo in relazione al numero insufficiente di pediatri.

La copertura dell'assistenza dei pediatri di famiglia è destinata a diminuire nel futuro non immediato se il numero di specializzandi nelle scuole di pediatria rimarrà di circa 250/anno. Si andrà a un mantenimento o modesto miglioramento della copertura ancora per circa 10 anni. A datare dal 2015 il saldo



sarà negativo per le uscite dalla professione di un forte numero di pediatri data l'attuale concentrazione di questi nelle età fra 40 e 55 anni. Il deficit di pediatri, che per raggiungere una copertura completa da 0 a 14 anni è attualmente di 2500, si aggraverà con un perdita ulteriore di alcune migliaia di unità.

Fra il 2010 e il 2015 il numero disponibile di medici specializzati in pediatria sarà insufficiente a coprire anche solo l'utenza da 0 a 6 anni. L'anomalia virtuosa tutta italiana della pediatria di famiglia tenderà quindi a finire, se già da ora non si procederà a un'adeguata programmazione del numero dei pediatri.

I pediatri dipendenti che si occupano di sanità pubblica (pediatri di comunità) sono, secondo un'indagine campionaria di qualche anno fa,

valutabili in circa l'1-2% dei pediatri della dipendenza. Esistono poi (dati SUMAI del 2002) 280 pediatri a contratto professionale che operano a livello consultoriale o di medicina di comunità, con una grande disomogeneità interregionale e di compiti, che rende poco efficace la loro funzione; ancora un indice di scarsa attenzione alla politica per l'infanzia e l'adolescenza. La mancanza di campagne per influenzare la posizione nel sonno e ridurre le morti da SIDS e per la somministrazione di acido folico alle gravide sono un sintomo di questa sordità. Del resto il sistema di gestione della salute pubblica dell'età evolutiva è oggi nelle mani degli igienisti; ed è cosa il cui significato e le cui conseguenze sono stati poco discussi.

Molto più dei pediatri, gli igienisti prestano attenzione ai fattori di rischio e molto meno ai fattori di protezione: la famiglia, la scuola, la comunità, il capitale sociale insomma.

FS: Vi è infine un terzo grande problema, quello dell'integrazione sociosanitaria, con riferimento all'assistenza pediatrica. Un commento su questo punto è quanto mai necessario.

GB, GT: Il problema dei (non) rapporti fra sistema di assistenza sociale e sanitario è molto vecchio; la separazione delle varie funzioni di assistenza fra ASL e comuni ha creato situazioni diverse da area ad area e quasi sempre con nessuna comunicazione fra area sociale e sanitaria.

Una ricerca dell'ACP di qualche anno fa ha documentato la difficoltà delle famiglie dei bambini con malattia cronica non solo a ottenere, ma anche a comprendere i loro diritti in campo economico e sociale. Nel recente passato la scarsa comunicazione fra Ministero della Sanità e Ministero per gli Affari Sociali ha fatto sì che fossero varati provvedimenti (Piani per l'infanzia e l'adolescenza e Progetto Obiettivo Materno Infantile) senza nessuna comunicazione fra loro se non con richiami puramente burocratici.

La stessa legge 285/97, pure molto apprezzabile e ricca di risultati, specie nel ridurre il divario in termini di opportunità, risorse e servizi fra Centro-Nord e Sud, che poteva favorir-

re lo sviluppo di competenze relative alla pianificazione integrata e intersettoriale, in realtà non è riuscita a intersecarsi con i piani sanitari regionali e i piani attuativi locali, consacrando la separatezza dei due ambiti di intervento.

In tutti gli ambiti del sistema di assistenza sociale, e non solo in quello che riguarda i bambini e ragazzi, quello che specialmente manca è un'attenzione del tutto particolare alla disabilità che costituisce un'emergenza sociale e a proposito della quale va detto che esiste un'ulteriore separatezza: quella fra l'assistenza del sistema sociale "ufficiale" da una parte e quella dei caregivers "privati", in genere familiari, dall'altra, sui quali grava gran parte del peso assistenziale. Assistere un disabile non è oramai più una scelta derivante dal legame affettivo, ma una necessità derivante dalla carenza di supporti pubblici. Il rischio di un'ulteriore frammentazione in questo ambito sta nella separazione che già si sta manifestando in alcune regioni fra Piani per la Salute, Piani di Azione Sociale, e Piani delle attività distrettuali.

Temiamo fortissimamente che la devoluzione non garantisca un atteggiamento univoco in questo ambito. Le Aziende per i servizi sociali, cui si sta pensando in applicazione della legge 328/2000, garantiranno un minimo di omogeneità?

Per far fronte a questa situazione frammentata era stata pensata, nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile, l'istituzione del Dipartimento Materno-Infantile in cui servizi sanitari e assistenziali dovrebbero essere coordinati. Le Regioni, a parte alcune (Basilicata, Umbria e Piemonte, che sta però abbandonando questo impianto organizzativo), o non hanno tenuto alcun conto delle indicazioni del progetto obiettivo nazionale (tipico il caso dell'Emilia-Romagna, del Veneto e del Friuli Venezia Giulia, che pure avevano tradizioni di strutture in campo materno-infantile), o hanno attuato il Dipartimento Materno-Infantile solo a livello ospedaliero e senza tentare legami comunicativi con il territorio (a questo riguardo si distingue, in senso negativo, la Lombardia, in virtù della separazione fra Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere).

Le altre Regioni hanno dato all'istituzione del Dipartimento Materno-Infantile un'impronta totalmente burocratica che ne ha profondamente snaturato il significato.

Conclusioni di GB e GT

In sostanza, i dati utilizzabili per una valutazione sicura dello stato di salute infantile nel nostro Paese sono pochi, lenti e qualitativamente insufficienti. Quelli che abbiamo, anche quando buoni, sottolineano l'esistenza di differenze importanti nello stato di salute e nella mortalità nelle diverse regioni italiane e nei diversi gruppi di età, così come nei fattori di rischio in gioco. La struttura sanitaria coordinante che deve "proteggere" i bambini, il Dipartimento Materno Infantile, non è stata attuata.

L'età adolescenziale è priva di supporti pubblici (e privati di qualche attendibilità). I consultori per adolescenti sono iniziative sporadiche; nel campo della sofferenza psicologica acuta mancano in ogni parte del paese sedi dedicate agli adolescenti.

Dell'assistenza alla diade in puerperio non esiste traccia nonostante la ricchezza di dati di letteratura (si veda *Lancet* 2002; 359; 378).

La presenza di professionisti di salute pubblica dedicati all'infanzia è scarsa, male distribuita e con funzioni indefinite e varie da area ad area.

Gli interventi rivolti all'infanzia e all'adolescenza anche all'interno delle stesse regioni sono scoordinati, e spesso velleitari.

Sul piano operativo si potrebbero dare suggerimenti (stiamo seguendo un progetto finalizzato del Ministero della Salute sull'effetto di interventi di promozione della salute rivolto ai neogenitori), ma nessuno di questi può funzionare senza attuare un coordinamento fra i professionisti e le strutture che si occupano di salute in età evolutiva.

Perché questo rimane il problema principale, temiamo fortemente che le iniziative di devoluzione peggiorino questa situazione di disomogeneità, anche perché essa ci pare volutamente ignorata.

Sui problemi emersi nell'Agorà la direzione di prospettive ha rivolto alcuni quesiti al Ministro Girolamo Sirchia.

FS: Ministro, il quadro sull'assistenza pediatrica tracciato in questo Agorà, non è certo completo, ma emergono alcuni problemi che meritano attenzione, e, soprattutto, indicazioni per una loro risoluzione.

Sono problemi antichi, che nessun Ministro che l'ha preceduta ha veramente affrontato. Oggi la loro soluzione è forse ancora più problematica che in passato, per il maggiore potere che le Regioni hanno acquisito nel governo della Sanità dopo il referendum che ha modificato la Costituzione (titolo V, capitolo II).

Noi le chiediamo se concorda con l'analisi e se, a suo giudizio, vi sono prospettive concrete ai principali problemi posti.

I dati riportati in questa Agorà dimostrano che la copertura della pediatria di famiglia è insufficiente. In qualche caso solo poco più di un terzo dei bambini è seguito da un pediatra. Per rimediare a questa situazione occorrerebbe programmare un numero maggiore di specializzandi. Le chiediamo: Ritiene ciò opportuno? Se sì, con quale modalità?

GS: Considero l'unicità del sistema sanitario italiano rappresentata dalla pediatria di famiglia come una conquista di politica sanitaria che deve essere difesa, anche per assicurare un servizio efficiente ai bisogni emergenti. Mi sembra difficile che ciò possa avvenire con un sensibile incremento delle borse di studio che ogni anno il Ministro dell'Università e della Ricerca (in accordo con quello della Salute) finanzia. Mi sembra più fattibile un intervento delle Regioni, anche in considerazione delle forti differenze regionali nella percentuale dei bambini seguiti dai pediatri. Porterò questo problema all'attenzione degli Assessori Regionali.

FS: Uno dei punti aperti evidenziati da questa Agorà è la carenza, in determinati grandi aree geografiche, di policlinici pediatrici, ove un bambino affetto da patologia grave e complessa possa ricevere ogni cura necessaria.

Nello Schema di Piano Sanitario 2002-2004, da Lei presentato, è affermata la necessità di "potenziare un numero limitato di Centri di Eccellenza di altissima specialità e complessità".

Nelle sue intenzioni, tra queste necessita vi è anche la creazione di alcuni nuovi policlinici pediatrici?

GS: Senz'altro sì. Come ho già avuto modo di dire in altre sedi, sono convinto della necessità di progettare policlinici pediatrici laddove grandi aree ne siano sprovviste. Penso al Sud d'Italia, ma forse anche al Nord, in grandi agglomerati urbani, ove oggi l'assistenza pediatrica ospedaliera di alta specialità non è opportunamente centralizzata.

FS: Abbiamo sottolineato che l'area della salute pubblica governata dai dipartimenti di prevenzione ha visto pochi o nessun intervento a favore dei bambini e degli adolescenti. Ne abbiamo citati alcuni: la posizione nel sonno come fattore di protezione contro la AIDS, la somministrazione di acido folico alle gravide, la carenza di interventi in puerperio. Anche questi sono problemi antichi che nessun Ministro che l'ha preceduta ha affrontato. Anche qui Le chiediamo se Lei concorda con l'analisi e se vi sono prospettive ai problemi posti.

GS: Molti dei problemi posti e delle disattenzioni sono reali. Il Ministero si propone di suggerire alle amministrazioni regionali di raccomandare ai Dipartimenti di prevenzione un'attenzione maggiore ai problemi materno-infantili che emergono dall'analisi dei bisogni utilizzando le competenze esistenti all'interno delle ASL nell'ambito delle strutture materno-infantili che devono essere maggiormente valutate anche in questa loro competenza.

FS: Abbiamo sottolineato una grave carenza di interventi e di strutture per la sofferenza psicologica dell'adolescente per i quali non vi sono strutture dedicate.

GS: Il problema è all'attenzione del Ministero nell'ambito dei problemi generali della riorganizzazione dei servizi psichiatrici; per

dare risposte adeguate si dovrà tenere conto dell'entità e della peculiarità dei bisogni degli adolescenti, delle aree di riferimento che non potranno certamente essere minuscole, e dei collegamenti con tutti i professionisti (pediatri, psicologi, neuropsichiatri infantili) che si occupano dell'assistenza fino a 14 anni negli ospedali generali, nel territorio e, dove esistono, nei Dipartimenti Materno-Infantili o nelle equivalenti strutture assistenziali. Ci occuperemo di questo problema.

Conclusione di Fabio Sereni

Credo che non vi sia molto da commentare, su quanto Biasini e Tamburlini hanno bene evidenziato e sulle brevi note di commento del Ministro della Salute Girolamo Sirchia.

Certo, non possiamo dimenticare che la situazione della sanità pubblica è oggi in Italia in particolare difficoltà, parte per problemi economici comuni a tutti i sistemi sanitari nazionali che vedono salire le necessità in un periodo di economia nazionale non fiorente, in parte per le difficoltà tutte italiane a coniugare equità con "devolution", con ovvie limitazioni alla possibile incisività di provvedimenti "nazionali".

Le difficoltà quindi della pediatria devono essere viste nel quadro più generale della politica sanitaria del Paese. Ma appunto per questo, se vogliamo salvaguardare la specificità della pediatria italiana (che è soprattutto espressa dalla pediatria di famiglia operante nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale) è necessario che i pediatri, e chi li rappresenta istituzionalmente, serrino le file e facciano sentire la loro voce, nell'interesse della salute della nostra infanzia. Noi di Prospettive abbiamo solo voluto dare un contributo.

F. Sereni, G. C. Biasini, G. Tamburini
L'assistenza pediatrica oggi, problemi aperti
Quaderni acp 2002, vol IX n°5: 18-24

PARTECIPATE ALLO STUDIO SULL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI!

È in corso un progetto dell'ACP sull'appropriatezza del ricovero ospedaliero (P.R.U.O.). La ricerca avviene per via telematica, utilizzando l'e-mail dei partecipanti ed un apposito sito web: www.acp.it.

Il lavoro sarà svolto unicamente on-line. L'indagine vuole coinvolgere anche i pediatri di famiglia che lavorano nelle aree delle unità operative che partecipano all'indagine. Può essere un momento di comune interesse tra ospedale e territorio.

È disponibile sul web un sito ad hoc attraverso il quale sarà possibile registrarsi per la partecipazione in modo definitivo, raccogliere i dati, "colloquiare" in tempo reale su tutte le questioni che lo studio potrà sollevare; saranno presenti le schede, il manuale-guida alla compilazione e i link utili.

Dopo avere raccolto le informazioni necessarie partirà lo studio da gennaio 2003, il giorno 15 di ogni mese, per la durata di un anno.

Il gruppo di studio è formato da
Nicola D'Andrea
Adele Fasulo
Pierpaolo Mastroiacovo
Giorgio Meneghelli
Franca Parizzi
Monica Pierattelli.

Vertice di Johannesburg sullo sviluppo sostenibile: un passo avanti, due passi indietro

Giorgio Tamburlini

Centro Salute del Bambino Trieste, Napoli, Palermo

I 12.000 delegati accreditati e le molte altre migliaia di persone che hanno partecipato al vertice a proprie spese, o a carico delle proprie associazioni, hanno sicuramente comportato un rilevante impegno di risorse. Qualcuno si è chiesto se queste risorse non avrebbero potuto essere impiegate in azioni concrete piuttosto che in chiacchiere. Molti hanno espresso un parere drastico su questo tipo di vertici. È un punto di vista che non condivido.

Questo tipo di iniziative sono irrinunciabili per almeno due motivi. Il primo è che i vertici vengono preceduti da un lavoro di preparazione, analisi, discussione che impegna per anni non solo le agenzie internazionali e i governi, ma la comunità scientifica, le associazioni non governative, e attraverso loro, una quota crescente della pubblica opinione. Tutto questo rappresenta una opportunità di crescita complessiva della conoscenza e della consapevolezza, di cui non si potrebbe fare a meno.

Il secondo motivo è che questi eventi, le polemiche che li accompagnano, la presenza dei capi di stato e dei massimi leader delle organizzazioni internazionali fanno, così come è avvenuto anche in questo caso, notizia. Senza questa attenzione dei media, quanti sarebbero al corrente oggi dei problemi relativi alla sostenibilità ambientale se non alcuni pochi addetti ai lavori? E l'informazione, come vedremo, è forse l'unica arma che abbiamo.

Ci sono pochi dubbi dunque che quando questo tipo di vertici non ci saranno più, e

ci sono alcuni segni che si andrà in questa direzione, sarà una pessima cosa.

Certamente i vertici sono fatti per prendere delle decisioni ed è su questo piano soprattutto che va fatto un bilancio di Johannesburg. Il bilancio è da considerarsi deludente. Se si passano in rassegna i tanti – troppi – temi affrontati (*tabella 1*) si può facilmente concludere che su molti di questi non ci sono stati accordi, o gli accordi sono stati vaghi senza impegni precisi, oppure sono stati molto al di sotto delle aspettative e di quanto necessario.

Sul fronte decisivo dell'energia non c'è stato alcun accordo e alcun obiettivo preciso, se non un generico impegno ad aumentare la quota di energia prodotta attraverso sistemi così detti basati sulle fonti rinnovabili. Questo per l'opposizione determinante degli Stati Uniti, in questo caso alleati con i paesi produttori di petrolio e con una buona parte dei paesi del terzo mondo che non vogliono porre limiti all'uso di carbone e petrolio, non avendo in molti casi la tecnologia sufficiente per utilizzare fonti alternative. Su questo stesso tema però l'Europa è riuscita ad ottenere l'assenso di Cina e Russia al trattato di Kyoto sulla limitazione della produzione dei così detti gas serra, e quindi di fatto a rendere operativo il trattato in quanto si è raggiunta la maggioranza necessaria. Allo stato non è possibile prevedere quanto questo significherà in termini concreti, ma è un fatto che l'isolamento degli oppositori (Stati Uniti, Canada, Australia in testa) si è accresciuto. Inoltre l'Unione Europea, assieme a Brasi-

le Giappone e ad alcuni altri paesi, ha comunque deciso di andare avanti autonomamente, con obiettivi e scadenze.

Per quanto riguarda la questione dell'acqua, il documento firmato da tutti stabilisce l'impegno a dare accesso all'acqua potabile a 1,2 miliardi di persone, cioè a metà della popolazione mondiale che attualmente non ne dispone, entro il 2015.

TABELLA 1: VERTICE SULLO SVILUPPO SOSTENIBILE DI JOHANNESBURG, GLI ACCORDI

- **Energia** Nessun accordo preciso, generico impegno ad aumentare la quota di fonti rinnovabili entro il 2012. L'Unione Europea e una serie di altri paesi si daranno comunque propri obiettivi e scadenze. Russia e Cina hanno assicurato la propria adesione al trattato di Kyoto.
- **Acqua** Sottoscritto da tutti l'impegno a dare entro il 2015 acqua potabile almeno al 50% dei 2,5 miliardi di persone che non hanno accesso né all'acqua potabile né ai servizi igienici. Impegni economici da definire.
- **Sostanze tossiche** Definito un elenco di sostanze che devono essere eliminate entro il 2020 dai processi produttivi. Nessuna sanzione prevista per i trasgressori.
- **Popolazione** Questione sostanzialmente non affrontata.

Per corrispondenza:
Giorgio Tamburlini
e-mail: csbtrieste@iol.it

Abstract

The 12,000 accredited delegates and other various thousands of people present at the summit at their own expenses or at their association's expenses consumed relevant resources, anyway this focused media's attention toward the many problems due to environment sustainability. Considering the various themes discussed we can easily conclude that for many of them there were no agreements, or at least no clear agreements, without precise engagements and all far below due expectations. Final balance has thus been disappointing. The questions aroused during the summit in Johannesburg are with no doubt very relevant for paediatricians and their function of advocacy. The article makes a suggestion in order to involve paediatricians.

Per quanto riguarda i tossici, si sono identificati una serie di prodotti chimici pericolosi per la salute che dovranno essere eliminati dai processi produttivi entro il 2020. Tra questi molti pesticidi, il DDT, i PCB (questi ultimi entrati nelle cronache anche in Italia recentemente per il caso di rilevante inquinamento prodotto da un'industria bresciana). Non sono però previsti controlli e sanzioni particolari per i trasgressori.

Questi erano i temi fondamentali e, come si vede, il bilancio è alquanto magro. A questi punti va aggiunta la questione demografica, che non è stata affrontata e sulla quale, se possibile, sono stati fatti addirittura dei passi indietro con una formulazione ambigua per quanto riguarda il riconoscimento delle prerogative e caratteristiche culturali di ogni paese. Da questo punto di vista l'alleanza tra integralismo cattolico, musulmano e posizioni tradizionalmente conservatrici degli Stati Uniti è talmente forte che blocca ormai qualsiasi ipotesi di appoggio a programmi di pianificazione delle nascite, che di fatto già da qualche anno vedono ridotti i fondi a propria disposizione.

Le ragioni di questo fallimento stanno evidentemente nel fatto che, se è aumentata la consapevolezza della gravità dei problemi e dell'urgenza di porvi rimedio, nessuno – o quasi – è in grado di assumersi la responsabilità di pagarne il prezzo. La stessa Unione Europea, che certamente ha giocato nel vertice il ruolo di forza trainante verso accordi più vincolanti e avanzati, uscendone con maggiori alleanze internazionali, ma con pochi risultati concreti, non è immune da contraddizioni. Ad esempio continua a proteggere la propria agricoltura, così come fanno gli americani, con pesantissime sovvenzioni (quasi 400 milioni di dollari all'anno tra Europa e Stati Uniti) in barba alle dichiarazioni sul libero mercato e ovviamente a danno della produzione di

TABELLA 2: PEDIATRI PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE ED EQUO. CONSIGLI AI GENITORI

- Non sprecare l'acqua, l'energia, il cibo
- Proteggere l'ambiente intorno a noi
- Privilegiare gli alimenti naturali, locali, stagionali
- Privilegiare gli acquisti equi di prodotti esteri
- Privilegiare la mobilità a piedi, in bicicletta, con i mezzi pubblici
- Privilegiare gli acquisti di beni prodotti in rispetto dei diritti dei bambini
- Sostenere a distanza interventi primari (scuola e salute) per chi ne è escluso
- Promuovere l'interscambio nazionale e internazionale
- Praticare la non violenza e la tolleranza

paesi in via di sviluppo o anche di sviluppo intermedio come l'Argentina.

Gli interessi dei paesi sono ancora troppo contrastanti e le leadership nazionali non osano pagare il prezzo anche politico di decisioni che, per lo meno a breve termine e quindi nei termini dei mandati elettorali, colpiscono interessi di parte importante dell'elettorato. Inoltre il mandato che ciascun paese fornisce alle organizzazioni internazionali, in particolare alle Nazioni Unite che sole potrebbero farsi carico degli interessi generali, tende a ridursi. Decisivo in questo senso è l'atteggiamento degli Stati Uniti che, dallo scetticismo e dalla progressiva riduzione dei contributi (obbligator!) nei confronti dei programmi ONU, sono passati all'aperta ostilità a qualsiasi accordo internazionale e allo stesso ruolo

Giorgio Tamburlini - Johannesburg 's summit
Quaderni acp 2002 vol IX n° 5; 25-27

delle Nazioni Unite. Dalla Convenzione sull'Infanzia al trattato di Kyoto, dalla Corte Penale Internazionale alle stesse politiche di sviluppo, proposte dalle istituzioni di Bretton Woods, quali la Banca Mondiale e il Fondo Monetario, colpevoli di seguire linee non coincidenti con quelle dell'amministrazione americana, ormai è un susseguirsi di distinguo, opposizioni, richieste di clausole speciali o di cambi di politica.

A fronte di questa crescente difficoltà della comunità internazionale ad adottare politiche ragionevoli a salvaguardia del bene comune, si vengono a creare elementi di governo effettivo delle relazioni economiche internazionali, al di fuori di qualsiasi trasparenza e possibilità di controllo. È il caso dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, il cui potere di regolamentazione su una gamma di questioni che sostanzialmente comprende tutte le attività umane, è enorme e si avvale tra l'altro di un potere sanzionatorio reale.

L'Organizzazione Mondiale del Commercio di fatto sfugge al controllo pubblico ed è fortemente influenzata dalle lobby delle duecento società transnazionali che controllano più di un quarto dell'economia mondiale, e i cui interessi vengono difesi non solo da stuoli di avvocati ed esperti che nessun paese povero può permettersi, ma vengono potentemente difesi dagli Stati Uniti, sede di parte cospicua delle stesse società, e dagli altri paesi maggiormente industrializzati.

Di fatto, come recentemente ha sottolineato l'organizzazione non governativa inglese OXFAM nel suo rapporto, quello che si verifica non è la progressiva applicazione di regole e programmi democraticamente stabiliti dalla comunità internazionale a salvaguardia di uno sviluppo più equilibrato e sostenibile nel tempo, ma l'attuazione spietata di un doppio standard che ridefinisce queste regole a seconda che a benefi-

ciame siano le stesse transnazionali e i paesi più forti, o meno.

È, a questo proposito, illuminante il fatto che l'OMC non abbia alcun obbligo nei confronti del sistema di principi delle Nazioni Unite, né quindi delle convenzioni internazionali firmate sotto quell'egida. Vale a dire che i diritti dei singoli così come dei popoli non rientrano in alcun modo nel corpo dottrinario dell'Organizzazione Mondiale del Commercio che può quindi emanare e imporre regole senza tener conto di tali principi. È un paradosso, risultato dell'astuzia legale dei rappresentanti delle transnazionali a fronte dell'ingenuità (nel caso migliore) dei rappresentanti dei paesi, inclusa l'Unione Europea, in seno alla stessa organizzazione.

Una tale pessimistica analisi non può che concludersi con considerazioni che riguardano più da vicino i lettori di questa rivista, e che costituiscono di fatto anche l'indicazione di un percorso possibile per trattare il male e migliorare la prognosi.

A Johannesburg è stata posta, in modo molto chiaro e documentato, la questione del prezzo pagato dall'infanzia agli attuali modelli di produzione e di consumo ed è stato sottolineato quello che peraltro è del tutto ovvio: e cioè che quelli che pagheranno la dissennata amministrazione delle risorse della terra saranno le generazioni future, con certezza già a partire da quella dei bambini di oggi. E sono state create le premesse per un'iniziativa dell'OMS che ponga questo problema di fronte agli occhi dell'opinione pubblica, in quanto questo argomento ha la capacità di suscitare preoccupazione e forse di indurre a politiche più avvedute.

L'unica possibilità di un cambio di direzione, è infatti quella che l'opinione pubblica, a partire da quella più avveduta e informata, chieda ai politici qualcosa di diverso di

quello che è, nel migliore dei casi, una difesa miope dell'esistente. Il ruolo della comunità scientifica, non ultimo quello di chi si occupa di salute dell'infanzia, può essere a questo proposito abbastanza decisivo.

L'importanza delle questioni poste a Johannesburg, certamente attinenti al nostro ruolo di pediatri e alla nostra funzione di *advocacy* nei confronti dell'infanzia, dovrebbero dunque spingerci a tentare di fare qualcosa di concreto.

L'ipotesi a cui si può lavorare, e che pongo qui alla discussione, è quella che i singoli pediatri si facciano veicolo di un'informazione sui temi della sostenibilità ambientale nei confronti delle famiglie, e che su questa base propongano alle stesse famiglie una serie di azioni significative sia per il loro significato educativo, sia per il loro contenuto concreto.

La **tabella 2** indica alcuni di questi temi che, se corredati da una base di conoscenza convincente e soprattutto da esempi molto concreti (il materiale potrebbe essere prodotto e distribuito su base nazionale ma con possibilità di articolazioni locali per quanto riguarda le azioni specifiche), potrebbero essere proposti con buone probabilità di accoglienza.

Una tale iniziativa ha, tra l'altro, buone probabilità di trovare alleati in altre associazioni pediatriche, sia in Europa che nelle Americhe, e avere l'appoggio di organizzazioni internazionali e di ONG.

Preoccuparsi è obbligatorio, criticare è lecito, ma l'una e l'altra attività, cui senza dubbio dedichiamo parte del nostro tempo, potrebbero essere certamente indirizzate a miglior fine se accompagnate da una azione concreta.

G. Tamburini
Vertice di Johannesburg sullo sviluppo sostenibile:
un passo avanti, due passi in dietro
Quaderni acp 2002; vol IX n°5: 25-27

AVVISO IMPORTANTE PER I SOCI ACP

Il congresso nazionale ha stabilito di dare attuazione alla norma statutaria di perdita dei diritti per i soci non in regola con il pagamento delle quote sociali.

Pertanto, a far tempo dal numero 1 del 2003, i soci non in regola con il pagamento delle quote del 2002 non riceveranno più la rivista *Quaderni acp*.

Per conoscere lo stato delle quote è sufficiente osservare il tagliando contenente l'indirizzo nella cui ultima riga è riassunto lo stato dei pagamenti di ogni socio. La regolarizzazione delle quote per il 2002 deve avvenire con il versamento di € 52 sul Cc postale n. 12109096 intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR)

PER CHI RICEVE QUESTA RIVISTA E NON È SOCIO ACP

Con il numero 1 del 2003 continuerà la turnazione degli invii della rivista in omaggio ai pediatri non soci dell'ACP, ma cesserà l'invio a coloro che l'hanno finora ricevuta. Chi desidera ricevere ancora la rivista è pregato di contattare l'ufficio soci (Gianni Piras) 333 256 2649 o inviare un fax allo 079 259 4096 con cognome nome ed indirizzo e l'indicazione del desiderio di ricevere la rivista.

Libri: occasioni per una



Argomento del racconto è la rivoluzione danese: vent'anni prima di quella francese in Danimarca si sviluppa una rivoluzione, guidata dall'alto dal medico di Cristiano VII, il tedesco Struensee. Le riforme proposte da Struensee avrebbero dovuto culminare nella liberazione dei contadini dalla servitù della gleba, ma il tentativo fallì per l'opposizione degli ambienti conservatori della corte. Su questi avvenimenti Enquist non costruisce un romanzo storico, ma un romanzo documentario.

Sono tanti i fili che Enquist intreccia con maestria, tanti quanti sono i personaggi che si confrontano. Vi è in primo luogo il medico di corte, Johann Friedrich Struensee, un illuminista, non legato alle teorie ma alla pratica, che si trova in una posizione di potere pur non amando il potere. Vi è il suo accanito avversario, Guldberg, un plebeo brutto quanto Struensee è bello, religioso e impavido quanto l'altro è ateo e sempre coscienziosamente preoccupato di non aver scelto la strada giusta.

Vi sono due donne, la regina e la puttana: due donne forti, molto più forti di quanto non lo siano gli uomini. E vi è il re, colui dal quale emana il potere e che è, senza dubbio, il più miserabile di tutti. In preda alla follia, disprezzato da tutti eppure depositario, per diritto divino, del potere. Pro-

prio da Cristiano VII dipendono la riuscita o il fallimento della rivoluzione, proprio ad una mente ottenebrata è affidato il trionfo della luce della ragione. Cristiano, convinto di essere un contadino scambiato nella culla, sempre in attesa di una punizione per le sue colpe, non riesce a fare niente per salvare il suo popolo. Sembra incredibile che questo re che discorreva con gli enciclopedisti e aveva una corrispondenza con Voltaire fosse a tal punto immerso nella follia, che il più potente fosse al tempo stesso il più miserabile del proprio regno. Se dunque il re non esercita il potere, a chi tocca esercitarlo? Si ripropone qui il vecchio dilemma dell'intellettuale al potere che, già ai tempi di Platone e Seneca, si era rivelato irresolubile, insieme a quello della difficoltà delle riforme gradualiste.

n.d.

Olof Enquist *Il medico di corte*
Iperborea, Milano, 2001, pp. 405, € 17



La storia inizia con un trasloco e finisce con una valigia depositata al centro di una stanza. Volendo definirlo si potrebbe dire che è un racconto sulla comunicazione negata. Su ciò che riusciamo a trasmettere a chi amia-

mo e su ciò che invece non ci è dato di esprimere, perché - come nel mito di Orfeo e Euridice - pronunciare la parola che deve essere taciuta può equivalere a perdere tutto e per sempre. Amuleto onnipresente della narrazione è una conchiglia raccolta tra le povere cose della nonna amatissima che muore prima che la vicenda narrativa si avvii, lasciando al giovane protagonista a gestire un vuoto altrimenti incolmabile. L'autrice sfiora temi duri, scottanti e problematici. La terribile tristezza di un orfanotrofio dove i bimbi vengono scelti su un catalogo. Coppie che vivono un inquietante minuetto borghese fingendo un legame inesistente. Un figlio sedotto con malizia e poi scacciato.

Una donna, stilista di moda, dedita alla carriera; e un uomo, suo marito, studioso di logopedia, fragile, che riversa la propria inettitudine in comportamenti devianti, coinvolgendo la figlia adottiva in un incesto. Nonostante i territori esplorati siano cupi e nefasti, nel testo non c'è una sola parola di troppo sull'argomento. Il giudizio rimane come sospeso: il dramma si compie ma non viene rappresentato.

Sembra una tragedia d'altri tempi, invece è una storia moderna, dove i giovani scontano le paure dei padri e si chiudono in se stessi, trovando sicurezza solo all'interno del loro gruppo di amici. Unica certezza in un mondo che appare un manicheo gioco delle parti. Per questo, alla fine: "Parlare non era più necessario", e il silenzio diventa l'unico modo concesso per testimoniare la bellezza dei propri sentimenti, intatti, nonostante la realtà.

n.d.

Zoë Jenny *Il richiamo della conchiglia*
Fazi Editore, Milano, 2002, pp. 102, € 12

buona lettura



È un libro uscito nel 1998, di cui si annuncia la terza edizione; consiglio ai nostri lettori di non perderlo. Chi ha avuto in gioventù un confidente più anziano, un amico, un insegnante, un nonno, uno zio, che magari leggeva o raccontava storie quando si era inquieti e sofferenti o innamorati delusi, si ritroverà in queste pagine. Chi non lo ha avuto sentirà ancora di più il dolore delle cose che non sono state. Mitch Albom ha avuto una persona così. E, per di più, l'aveva perduta e l'ha ritrovata a quarant'anni quando era diventato un giornalista molto noto, spesso nominato "Number one" dei giornalisti sportivi. È un suo vecchio professore e dopo tanti anni Mitch scopre che il meraviglioso rapporto è ancora intatto. Ma il vecchio professore è molto malato, ma non per questo, cioè non per pietà, ma solo per la "verità" del rapporto Mitch, che pure è impegnatissimo, percorre ogni volta, ogni settimana, ogni martedì, più di mille chilometri per ricreare quella meravigliosa e magica intesa che è inconsapevolmente sopravvissuta e risorta. I temi dei loro martedì non sono quelli astratti e scolastici che uno potrebbe aspettarsi: sono i temi della vita, la famiglia, i soldi, la vecchiaia, la morte che attende il vecchio professore e soprattutto l'amore; nel senso più ampio del termine: il legame che ci unisce agli

altri. E tutti questi temi, non uno di meno, sono capaci di rassicurare, rasserenare, rigenerare Mitch ormai reso cinico e incredulo dai fatti della vita; sono capaci di fargli fare le centinaia di chilometri del ritorno in modo assai diverso rispetto a quelli dell'andata.

"Rallentare il ritmo della vita quotidiana per assaporare il presente". Questo è il messaggio che il vecchio professore passa a Mitch; forse anche molti di noi possono impararlo con grande vantaggio.

gc.b.

Mitch Albom *I miei martedì col professore*
Rizzoli, Milano, 1998, pp. 197, Euro 15,5



È un volumetto di divulgazione delle conoscenze attorno alle attuali possibilità della medicina perinatale, ma anche alle sue strutturazioni organizzative, e alle dimensioni etiche delle scelte personali e di coppia che sottendono a questo tipo di possibilità.

Il titolo induce a pensare che si tratti di un manuale per i genitori in attesa dei figli e la collocazione culturale dell'editore (le edizioni Paoline) che si tratti di un testo ancorato ai punti fermi della religione cattolica. È solo molto parzialmente così.

Il volume è un buon manuale elementare anche per i medici perché la correttezza dell'inquadramento di alcune nozioni e definizioni può essere di buon vantaggio per loro. I temi sono gli usuali, ma non solo: oltre a ecografia, amniocentesi, villocentesi, vi si parla di clonazione, di diagnosi genetica, di screening prenatali, di medicina predittiva: tutti strumenti che sono nelle mani delle coppie che attendono un bambino con una riflessione spesso insufficiente sulla loro utilizzazione, sulla loro interpretazione e sulle conseguenze che ne nascono, sulle responsabilità che ne conseguono sia per la coppia che per il medico. Spinsanti, che è nostro apprezzato collaboratore, conduce il lettore a ragionare su queste cose con l'aiuto delle deliberazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica, delle linee guida per i test genetici dell'Istituto Superiore di Sanità e di altri documenti conoscitivi.

La capacità dell'Autore di ragionare con leggerezza e semplicità attorno ai temi della "sacralità" e della "qualità" della vita, che sono - secondo lui - i poli cattolico e laico di una visione che egli riesce fortemente ad avvicinare, è uno dei motivi per una buona lettura.

gc.b.

Sandro Spinsanti

Dottore, mio figlio sarà sano?

Edizioni S. Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), pp. 129, € 9,00.

le lettere

San Giuliano in Molise ed i figli di un Dio minore

Caro direttore, le scrivo nella sua veste di direttore dei Quaderni acp, e responsabile di NPL. La tragedia dei bambini di S. Giuliano di Puglia ha toccato il cuore di noi tutti. Ho pianto anch'io, come persona, come padre, come pediatra. Se nessuno, e niente, potrà restituire quei bambini alle loro maestre, sono convinto che noi fautori di NPL, nel nostro piccolissimo, possiamo contribuire con una donazione di libri per tutti i bambini di San Giuliano e per la biblioteca della loro scuola. Forse li farà sentire meno soli. So che è una goccia d'acqua nel mare delle necessità impellenti di queste persone. La prego di farsi interprete di questo mio sentimento presso tutti i Pediatri dell'ACP (e non solo...). Venerdì 8 Novembre, abbiamo qui a Mesagne il nostro primo Convegno di NPL, al quale parteciperanno anche le scuole, cercherò di sostenere qui da noi tale iniziativa.

Giovanni Simeone

Una vita umana non vale nulla, ma nulla vale più di una vita umana. Questa frase aiuta a capire come mai le piccole vittime di San Giuliano di Puglia abbiano commosso l'animo pubblico più profondamente del solito. Dico "come mai" considerando che abbiamo fatto l'abitudine a tragedie di ogni genere e le rimuoviamo con facilità spegnendo la televisione. Ma la sorte di quei bambini, di una scolaresca, di una classe elementare di un povero paese del sud, ci ha ridato per un momento la misura della vita e della morte. Anche di una sola vita, quella di un solo bambino costretto sotto la polvere della sua scuola che forse potrà essere salvato in tempo o forse no. Il mondo è grande e può sopportare molti mali perché la vita non vale appunto nulla in quella dimensione, ma in una dimensione che percepiamo, in un borgo di mille anime, una scossa di terremoto ha la grandezza di una strage. La commozione è certo più forte per l'età delle vittime. Ma attenzione, che i bambini siano esposti in questo mondo alla peggior sorte lo sappiamo e lo vediamo di continuo. Non è necessario percorrere i continenti, ci sono scuole dove le famiglie si indignano se c'è tra gli alunni una zingarella. Forse la pena è accresciuta da un'intima collera perché la fatalità di un terremoto non è affatto innocente e imperscrutabile. Essa si accompagna sempre a un'umana meschinità, a una frode edilizia, a una previsione trascurata, a soccorsi improvvisati. Una tragedia molto umana e

tangibile, circoscritta e perciò riconoscibile e nominabile. Questo ci coinvolge e ci commuove. La guerra non è capace di tanto; se abatterà diecimila aule non sapremo nulla dei loro alunni. Essendo opera dell'uomo è più fatale di un terremoto, è un atto di volontà suprema sicché una vita non vale nulla e tutto vale più di una vita. È troppo grande per essere una tragedia ed è innominabile.

Maria Luisa Giordano

Questa tragedia rinnova vecchie considerazioni sullo stato dell'infanzia in Italia. Chi si era accorto che le norme per la sicurezza delle scuole fossero inattuali e rinviate dal 1993 al 2004 con governi di vari colori e sfumature? Giornali e TV erano intenti a rappresentare il mondo di un bambino abbandonato in un casonetto, di un altro ucciso in casa, di un altro violentato; Costanzo, Vespa e compagnia con le loro bandiere sui singoli casi. Questo paese trascura da sempre il rischio collettivo per declamare quello individuale e confonde i bisogni con le richieste dell'infanzia.

La tragedia di S. Giuliano in Molise fa scoprire, per un giorno, al paese (ma non ai suoi deputati presenti aula in 50 su 600) i rischi strutturali delle scuole, la loro miseria edilizia, la mancanza di piani di evacuazione, ma chissà quante lezioni di inutili educazioni sanitarie. I bambini vivono in una sorta di "toxic environment" come dice l'editoriale di lancet del 28 settembre che riguarda la trascuratezza del loro modo di vivere, il loro essere accarezzati, vizati, "imborotalcati", ma non protetti. Chissà perché il fumo nuoce gravemente alla salute degli adulti e le merendine non nuociono ai bambini? Chissà perché i farmaci sono tarati sugli adulti e non sui bambini? Chissà perché non ci sono state campagne nazionali per la riduzione della SIDS mediante la posizione nel sonno? Chissà perché la vivibilità delle città è misurata sugli anziani e mai sui bambini? Chissà perché la spesa sociale italiana, rispetto a quella europea, è tutta squilibrata a favore delle età lavorative e pensionistiche?

Sono semplicemente, i bambini, figli di un dio minore. Speriamo che sia ancora "per un solo momento" come dice la nostra seconda lettera.

gc.b.

La RIP in inglese

Caro direttore, ho avuto anch'io molte perplessità per la RIP in inglese, tanto più che mi sono re-iscritto alla SIP dopo anni, e dopo

aver rigirato tra le mani il bollettino per mesi, incerto come non mai.

Per carità, mi può stare bene che sia necessario entrare in un circuito internazionale per avere meriti, ma penso che per molti pediatri aziani come me e che, per vari e seri motivi, non hanno una completa padronanza dell'inglese, avere un riferimento in lingua italiana, che per di più oggi è studiata in molti Paesi, forse non era male.

Pazienza, ho già espresso i miei dubbi alla Redazione della rivista, ma credo che non abbiamo, nella nostra coscienza di medici-pediatri, poi tanto da invidiare ai colleghi di chissà quali altre scuole. Ho letto, con sorpresa, che i medici americani vanno ad aggiornarsi a Cuba.

Giovanni Meneghetti

Egregio direttore, ho letto il suo articolo sulla rivista della SIP in inglese; il suo è l'articolo di un pediatra che viene dall'università, che è vissuto negli ospedali e che, nonostante quel che dice, e cioè che impiega molto tempo a leggere in inglese, comunque se la cava bene con la lingua. È cosa che dice anche lei, ma io sottolineo questa parte del problema: è vero che la scienza parla inglese, ma la mia generazione - quella che ha più di 50 anni e magari si avvicina ai 60 - l'inglese non lo mastica o lo mastica male. Ci buttate via? Io qualche articolo della rivista della SIP lo leggevo più per sapere che cosa girava nel mondo italiano che per l'utilità concreta. Ora non lo faccio più. Mi scusi, ma che senso ha pubblicare in inglese un articolo sull'applicazione dell'EBM in ambulatorio come fa la SIP nell'ultimo numero? Voi avete scritto che ci sono decine di riviste inglesi che lo fanno; dobbiamo insegnarglielo noi in inglese agli inglesi? Mi scusi la franchezza e continuate con l'italiano: per noi poveri Cristì.

Mario Ruggeri

Gentile direttore, sono combattuta, a proposito della RIP in inglese fra le ragioni del sì (dare un'arena internazionale ai ricercatori italiani) e quelle del no (togliere ai pediatri italiani il senso del dove va la ricerca nazionale). L'idea che Area Pediatrica e Pediatria notizie sostituiscano questo ambito di interesse mi pare veramente insostenibile e priva di fondamento. Credo che solo il futuro potrà dare una risposta a questo mio dubbio. Ma su una cosa concordo: questo cambiamento è stato attuato con delle discussioni fra chi conta. Noi, del dibattito, abbiamo avuto le conclusioni.

Ludovica Rodella

dei Quaderni acp

Dunque ci sono opinioni abbastanza definite su questo problema della RIP in inglese e ci pare di avere fatto bene a trattarlo. Sembrava che tutto fosse silenzio e non era vero. Aspettiamo altri contributi, poi proveremo a trarre qualche conclusione.

g.c.b.

Iniziativa per il centenario Plasmon

Vi sarà capitato di vedere la campagna pubblicitaria che recentemente sta diffondendo la Plasmon: si tratta della celebrazione del centenario della fondazione della ditta, per festeggiare il quale la Plasmon offre un anno di prodotti gratuiti ai bambini che nascono il 15 ottobre. Ai bambini nati in quella data, la cui madre invierà un fax con il certificato di nascita, verranno inviati: confezioni di latte 2 Transilat da 485 ml e altre cose.

Questa iniziativa viola il Codice Internazionale OMS-UNICEF sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e successive Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Salute, in particolare l'articolo 5 che proibisce la promozione dei sostituti del latte materno, la donazione di questi alle madri o alle donne in attesa, ed il contatto diretto fra le compagnie produttrici e le madri.

Siamo coscienti che questa campagna della Plasmon non costituisce che uno dei numerosi esempi di violazione del Codice Internazionale da parte delle compagnie produttrici di alimenti per l'infanzia.

Chiediamo che si prendano misure per far recedere la Plasmon da questa iniziativa commerciale. In particolare chiediamo:

Al Ministero della Salute che si adoperi affinché vengano proibite pubblicità come questa. All'Unicef, all'ACP ed alla Società Italiana di Neonatologia di prendere apertamente posizione contro iniziative di questo tipo.

Rosalind Anderson (MAMI)

Laura Arcara, (ICMC)

Adriano Cattaneo (RIBN)

Spettabile ditta Plasmon, ho scoperto dalla pubblicità su numerose riviste che state celebrando il centenario della vostra attività regalando ai nati il 15 ottobre una fornitura dei vostri prodotti, fra cui latte di proseguimento e omogeneizzati. So che esiste un Codice Internazionale messo a punto da OMS e Unicef per regolamentare la commercializzazione degli alimenti destinati ai lattanti.

Mi risulta che il codice proibisca la promozione dei sostituti del latte materno e la donazione di campioni di tali prodotti alle mamme. Violare il Codice OMS, e cioè tentare di promuovere i vostri prodotti a discapito del latte materno, mi sembra un'iniziativa che una compagnia conosciuta e seria potrebbe evitare, e non solo per questioni di reputazione. In attesa di chiarimenti, porgo distinti saluti

Paola Negri

La Plasmon ha risposto alla signora Negri che l'iniziativa non riguardava il dono di un latte di partenza ma di un latte di proseguimento. Si trattava quindi di una iniziativa che scattava alla nascita, ma si avverava almeno 6 mesi dopo. Quando si dice la previdenza!

red.

A proposito della cura Di Bella

Questa estate su quasi tutti i quotidiani nazionali si è parlato della Multiterapia Di Bella (MTB): un magistrato infatti ha intimato ai sanitari del Reparto di Rianimazione dell'Ospedale Santobono di Napoli di applicare la multiterapia a un bambino ricoverato affetto da neoplasia in fase terminale.

Ma come è possibile che, dopo la bocciatura del Ministero della Sanità e dei ricercatori dell'ISS di Roma, tale terapia possa essere di nuovo riproposta e con il pericoloso avallo della Magistratura?

La cura Di Bella evidentemente non è solo una miscela di farmaci più o meno efficaci, ma è anche una miscela di speranze, di verità, di magie, superstizioni, strumentalizzazioni, di vario tipo. Soprattutto è un prodotto assolutamente e rigorosamente "made in Italy".

Concordiamo con il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon di Napoli quando afferma che è assurdo che all'interno di una Azienda Ospedaliera alcuni professionisti siano costretti a dover applicare una terapia, "ancorché definita compassionevole". Essi vedono quindi limitata la propria libertà di cura, in favore della libertà di cura di altri, i quali poi, quasi sempre, la applicano "per procura". Il magistrato deve quindi suo malgrado ammettere che si può cadere in grande contraddizione nell'assecondare una libertà di cura, limitando non solo la libertà di cura di numerosi professionisti ma addirittura costringere, in nome di tale libertà, gli stessi.

In sintesi: va bene la libertà di cura, ma è chiaro che questa deve essere esercitata "direttamente" dal medico prescrittore, possibilmente in una struttura dove egli stesso opera e che si assume tutta la responsabilità delle proprie scelte.

Dopo aver letto i quotidiani ho effettuato una ricerca su MEDLINE, senza trovare un solo lavoro del gruppo Di Bella nell'ultimo decennio.

Ho inoltre scandagliato a uno a uno i vari farmaci presenti nella multiterapia e ho constatato che esistono moltissimi lavori su riviste accreditate (Impact-Factor elevato) che confermano la loro efficacia se somministrati da soli e/o confrontati con altri farmaci in alcuni tumori, come ad esempio la somatostatina in alcune neoplasie del pancreas. In tutti questi lavori compaiono Autori quasi sempre non italiani e sicuramente mai Di Bella o qualcuno dei suoi collaboratori.

In conclusione, secondo una moda del tutto italiana, si oscilla tra due estremi: la pura acritica, ripetitiva pratica medica convenzionale, anche in quei casi in cui la medicina ufficiale, come è noto, non ha mai dato buoni risultati, oppure, al contrario, si cede alla tentazione della scorciatoia, la via alternativa assoluta, quella dello "sciamano", santone, stregone, o dello scienziato o pseudo-tale di turno, anche quando lo stesso destinatario di tali attribuzioni è del tutto innocente e in buona fede, come del resto naturalmente lo sono sempre i pazienti. Ma tutti gli altri attori di questo scenario e di questa commedia ormai senza fine lo sono veramente? Nessuno in verità potrebbe giurarli a occhi chiusi.

Antonello Pisanti

Condividiamo il tono e i contenuti della lettera del dottor Pisanti, che è Dirigente-Medico di Pediatria del Santobono-Pausilipon di Napoli e che ripropone il problema della multiterapia Di Bella che dopo la bocciatura dell'ISS viene ancora riproposta e imposta dalla magistratura ad alcuni medici italiani. La novità rispetto ai primi tempi è che ora c'è chi, come il Direttore generale dell'Azienda Santobono, si ribella pubblicamente e, difendendo la professionalità dei suoi medici, difende in realtà la salute dei bambini.

Pur comprendendo l'angoscia e il dolore dei pazienti di fronte a diagnosi con prognosi così infausta, vorremmo che ai nostri bambini venissero somministrati solo farmaci la cui efficacia è stata chiaramente dimostrata. E questo non vale solo per la cura Di Bella.

p.s

info: notizie sulla

Medicina generale al IV anno

La medicina generale entra nel piano didattico del corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Ne ha parlato, durante il XV Congresso del Centro studi e ricerche in medicina generale intitolato "Medicina generale: arte, culto, scienza o professione" a Rimini, Vittorio Caimi (medico di famiglia di Monza e presidente dello CSeRMEG), professore a contratto in medicina di famiglia. Per l'anno accademico 2002-2003 è quindi prevista l'istituzione di tale corso obbligatorio per gli studenti iscritti al IV anno. Per ora l'insegnamento non è autonomo ma è inserito all'interno degli obiettivi del Corso integrato di sanità pubblica, igiene e medicina del lavoro. Per i medici di medicina generale che avranno il ruolo di tutor è previsto un corso di formazione gestito dal CSeRMEG, con crediti ECM, in collaborazione con i pediatri. Il nuovo corso di insegnamento si propone, tra gli altri obiettivi e mediante esperienze sul campo, di rivalutare l'importanza di un approccio olistico ai problemi di salute e di una visione unitaria dello stato di salute e malattia del singolo individuo, anche in una dimensione socio-culturale.

m.b.

Pfizer compra Pharmacia?

La Pfizer ha annunciato la sua intenzione di comperare la Pharmacia, una compagnia che vale 6 miliardi di euro, che porterebbe il valore della compagnia a 48 miliardi di euro, e il 10% del mercato il doppio della GlaxoSmithKline che però è in procinto di acquistare la Bristol-Myers-Squibb. La Pharmacia fa gola per alcuni prodotti come il celecoxib (Artrilog) per il trattamento dell'artrite cronica e reumatoide introdotto con buon successo nel 1999, il minoxidil locale (Regaine) per il trattamento della calvizie e una somatotropina (Genotropin). Il fondo per la ricerca dei due produttori è molto alto: 7 miliardi di euro (*BMJ* 2002; 325:123).

red.

Valzer di poltrone in Sanità

Sergio Licheri, fisiatra di Cagliari, è il nuovo presidente dell'Istituto Superiore di Sanità. Il Sole 24 ore Sanità del 23 settembre scorso fa notare che si tratta di un parente dell'onorevole Frattini, ministro della funzione pubblica. Sono stati riconfermati i due capi dei maxidipartimenti del Ministero della Salute, Silano e D'Atri, e di Martini alla direzione del settore farmaceutico. Il Dipartimento Ministeriale della Comunicazione andrebbe ad Antonella Cinque che viene dalla Confindustria. (Sole 24 Ore Sanità, 23 settembre 2002).

red.

Conflitti di interesse: si salvi chi può!

L'editoriale del *New England Journal of Medicine* del 13 giugno 2002 prende atto che le norme editoriali per i conflitti di interesse applicate dalla rivista hanno impedito di fare una buona informazione sui farmaci recentemente immessi in commercio. Gran parte degli Autori contattati o offertisi erano in conflitto di interesse e così, nei due anni in cui le norme sono state in vigore, la rivista ha potuto pubblicare come articolo di rassegna o editoriale un solo articolo su un nuovo farmaco. Le attuali norme stabiliscono che gli Autori di editoriali o di rassegne non devono avere avuto rapporti finanziari con la compagnia del cui farmaco scrivono o con compagnie che hanno farmaci in competizione. Ebbene la rivista, dato che ritiene che un commento autorevole a nuovi farmaci sia di interesse dei medici e dei pazienti, corregge le sue norme che ora prescrivono che l'Autore non deve avere avuto significativi rapporti finanziari con la compagnia. Con pignola precisione la rivista precisa che, correntemente, si ritiene che questi significativi rapporti non debbano superare i 10.000 dollari nei due anni precedenti la stesura dell'articolo.

g.c.

Solo l'Autan repelle

Una indagine pubblicata sul *New England Journal of Medicine* del 4 luglio 2002 (pag. 13-18) dimostra chiaramente che i repellenti diversi dalla N,N-diethyl-3-methylbenzamide (l'Autan ha questo nuovo nome, non si chiama più Dietiltoluamide) e di solito derivati da piante, proteggono poco o niente e comunque per tempi brevissimi dalle punture di zanzare. Anche le "macchine" antizanzare hanno dimostrato di essere inefficaci. Un editoriale pubblicato sullo stesso numero della rivista (pag. 2) sostiene che l'Autan è molto meno tossico di quanto la gente tema (a meno che - aggiungiamo noi - non venga ingerito). Le forme recentemente in uso negli Stati Uniti sono più diluite; sono egualmente efficaci anche se per tempi più brevi e necessitano, naturalmente, di essere riapplicate.

g.c.

I morti italiani nell'epidemia di morbillo

Il numero di morti che l'epidemia di morbillo (vedi *Quaderni acp* di agosto 2002, pag. 26) ha provocato, desunto da molte fonti, sembra essere questo: in Campania quattro decessi, uno in Puglia e uno in Molise.

l.g.

Una "Aslona" nelle Marche

Le Marche (1.400.000 abitanti) stanno passando da 13 a una sola ASL che comprende l'intera regione sia pure con notevoli resistenze politiche, sindacali e da parte dei sindaci timorosi di una riduzione dei servizi.

Le 13 ex ASL diventeranno "zone sanitarie" e avranno a capo un direttore di zona nominato dalla giunta regionale. Ci saranno solo due Aziende Ospedaliere: l'Ospedale Umberto 1° di Ancona e il S. Salvatore di Pesaro, presso il quale dovrebbe essere aperta una Scuola nazionale di Talassemia. Il cosiddetto "Ospedalino" (gli anconetani lo chiamano così da sempre) infantile Salesi di Ancona perderà la sua autonomia. La conferenza dei sindaci sarà regionale e sarà composta da rappresentanti delle conferenze dei sindaci di area, dai presidenti delle province e delle comunità montane. Il sistema sarà decentrato in 13 "zone" (le vecchie ASL) affidate a un direttore di zona nominato dal DG con 4 direzioni sovrazionali per il dipartimento di prevenzione e quello di salute mentale. La giunta regionale, costruendo una notevole semplificazione della struttura regionale e riducendo "a uno" un sistema sanitario molto spezzettato, pensa di risparmiare 50 milioni di euro nei prossimi 7 anni: le Marche hanno un deficit che viaggia al ritmo di 160 milioni di euro all'anno. L'opposizione è duramente contraria e si batte per il mantenimento della vecchia situazione e fa notare come questo accorpamento rappresenti un tentativo di istituire un centro di potere incontrollabile alla mercé dei "poteri forti" (*Sole 24 ore Sanità*, 23 settembre 2002).

red.

Il DNA del vino

Ricercatori francesi dell'INRA hanno utilizzato il fingerprint con analisi del DNA della vite per identificare l'origine del vino allo scopo di combattere le frodi alimentari in campo vinicolo (*Nature* 2002;418:909).

red.

TAR Campania e informazione sui farmaci

Il Tar della Campania ha respinto il ricorso di alcune aziende farmaceutiche (Takeda Italia, Pharmacia e Upjohn, Dompè Biotec, Aventis Pharma, Chiesi, Recordati, Bracco) contro la Regione Campania che ha voluto regolamentare, con una delibera del 27/10/01, l'attività d'informazione medico-scientifica sui farmaci

salute in Italia

nei presidi e servizi delle aziende sanitarie locali. In pratica il decreto regionale prevede che gli incontri medici con i dei visitatori si svolgano in appositi locali messi a disposizione dalle ASL; che siano concordate date, contenuti e modalità degli incontri tenendo conto sia delle richieste delle case farmaceutiche che degli operatori sanitari. Le ASL dovranno organizzare, in collaborazione con le aziende farmaceutiche, periodici incontri su temi specifici anche con momenti di aggiornamento obbligatorio. Sono consentite iniziative autonome di singoli sanitari in collaborazione con le case farmaceutiche previa comunicazione all'ASL. Secondo le aziende produttrici di farmaci, il filtro delle ASL tra aziende e medici avrebbe leso il diritto all'informazione delle stesse; la regione Campania, inoltre, avrebbe esercitato un eccesso di potere emanando una direttiva non di sua competenza tesa peraltro a conseguire, in modo non ben chiaro a parere delle case, una razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica al fine di ridurre la spesa.

Il Tar, concordando con la memoria difensiva della Regione, ha stabilito che l'intervento regionale non lede il diritto all'informazione scientifica delle aziende produttrici e non interferisce nel rapporto tra medico e informatore, ma lo presuppone favorendo gli incontri collettivi che possono usufruire dell'apporto di diverse professionalità. "L'informazione scientifica sui farmaci - recita la sentenza - trova la sua precipua funzione nella tutela dell'interesse sanitario della collettività e non di quello commerciale delle imprese: il suo scopo fondamentale è cioè a salvaguardia della salute e del benessere e non nell'incremento delle vendite".

Il divieto per gli incontri in tempi e luoghi non prefissati, per la sentenza, è una misura legittima tesa ad evitare l'andirivieni di rappresentanti nelle divisioni di degenza o in altri servizi sanitari senza ordine alcuno e con pregiudizio per l'attività dei medici. È legittimo, inoltre, che organismi periferici del Servizio Sanitario Nazionale possano esercitare compiti d'informazione scientifica sui farmaci e di controllo sulla stessa attività d'informazione delle imprese produttrici con l'intento di ottimizzare le risorse e razionalizzare i servizi. Le Regioni, a parere del Tar, tenute a far fronte con risorse proprie a eccessi di spesa, hanno non solo il diritto, ma il dovere di intervenire per razionalizzare il sistema e contenere la spesa farmaceutica che incide in misura rilevante su quella complessiva del servizio sanitario. In particolare, l'informazione mirata e collettiva può contribuire al contenimento dei costi sia per l'apporto di professionalità ed esperienze diverse sia per la partecipazione agli incontri di aziende farmaceutiche che possiedono prodotti concorrenziali rispetto ad altri.

g.m.

Vaccinazione antivaricella in Sicilia

Con la circolare 1087 del 22.07.02, l'Assessore alla Sanità della Sicilia ha disposto l'avvio della campagna gratuita di vaccinazione contro la varicella a partire dal Gennaio 2003. Saranno vaccinati tutti i nuovi nati nel corso del secondo anno di vita in concomitanza alla vaccinazione MMR e nel corso del 12° anno di vita i soggetti che non hanno contratto la malattia, sempre in coincidenza della dose di richiamo dell'MMR. Il vaccino scelto è l'Oka (Merck). Non ci si può non meravigliare di questa passione vaccinale in una regione che ha tanto tardato ad aderire alla campagna contro il morbillo. Meraviglia la tempestività del provvedimento, tenuto conto che sul vaccino contro la varicella non solo l'Italia ma tutta l'Europa si sta ancora interrogando prima di decidere. I principali problemi sollevati dalla comunità scientifica internazionale, e ancora non risolti, sono il probabile spostamento in avanti dell'età della malattia (con possibile aumento delle complicanze gravi) e il presumibile aumento di Zoster negli adulti. Ma se questa è un cambio radicale di politica, ben venga.

l.g.

Una smart card in Lombardia

I risultati di una sperimentazione realizzata a Lecco, hanno messo in evidenza i possibili vantaggi per i cittadini di una smart card sanitaria. Sulla base di questi risultati la Giunta regionale ha deciso di estendere a tutti i cittadini della Regione Lombardia l'utilizzo della smart card. Il possesso della carta permetterà ai cittadini l'accesso diretto ai servizi sanitari (visite, prescrizioni, prenotazioni e refertazioni). Quando il sistema sarà completato riguarderà oltre 9 milioni di cittadini, 61.000 operatori ospedalieri, 8.300 medici di famiglia e pediatri e 500 farmacie.

f.d.

Formazione in pediatria generale Milano-Managua

Da alcuni anni la Scuola di Specializzazione in Pediatria di Monza (Università Milano-Bicocca) ha avviato un'iniziativa di formazione in Pediatria Generale presso l'Ospedale Universitario di Pediatria Manuel de Jesus Rivera di Managua (Nicaragua). L'esperienza degli specializzandi, della durata di tre mesi, è risultata molto positiva sotto il profilo sia strettamente medico che culturale. La Scuola ritiene utile offrire ad altri specializzandi l'opportunità di accedere a tale esperienza, per ora

limitata al Nicaragua, ma che potrà essere estesa ad altri paesi dell'America Centrale e dei Caraibi (Honduras, Salvador, Guatemala, Costa Rica, Cuba). Chi fosse interessato può contattare la Segreteria (Signora Locati) della Clinica Pediatrica di Monza (039-2333513).

Red.

Seminario di Pediatria dello sviluppo

Presso la facoltà di Psicologia di Bologna, sede di Cesena, si terrà nelle aule A e B un seminario di Neuropsichiatria infantile e Pediatria dello sviluppo tenuto da Francesco Ciotti, con il programma indicato sotto. La partecipazione è aperta a studenti, psicologi e pediatri. Le aule di Psicologia sono collocate in Piazzale Aldo Moro (di fronte alla stazione ferroviaria).

Lunedì 24 febbraio ore 15-16.30

Diagnosi descrittiva e diagnosi esplicative in Neuropsichiatria infantile e Pediatria dello sviluppo.

Martedì 25 febbraio ore 10.30-12

Il colloquio e l'osservazione della famiglia e col bambino.

Mercoledì 26 febbraio ore 10.30-12

Valutazione ed epidemiologia dei disturbi neuropsicologici infantili.

Lunedì 3 marzo ore 15-16.30

I disturbi dello sviluppo motorio.

Martedì 4 marzo ore 10.30-12

I disturbi dello sviluppo cognitivo.

Mercoledì 5 marzo ore 10.30-12

I disturbi dello sviluppo linguistico.

Lunedì 10 marzo ore 15-16.30

I disturbi di apprendimento.

Martedì 11 marzo ore 10.30-12

I disturbi della relazione e dell'attaccamento.

Mercoledì 12 marzo ore 10.30-12

I disturbi del comportamento e della condotta.

Lunedì 17 marzo ore 15-16.30

I disturbi psicosomatici.

Martedì 18 marzo ore 10.30-12

I disturbi ansiosi.

Mercoledì 19 marzo ore 10.30-12

I disturbi depressivi.

Lunedì 24 marzo ore 15-16.30

I disturbi ossessivi.

Martedì 25 marzo ore 10.30-12

I disturbi alimentari psicogeni.

red.

Tutto bene, non si preoccupi

Lucio Piermarini

Pediatria di comunità. ASL Terni

Eccoci qua cara signora... signora... Che numero è suo figlio, scusi? Il 13, ma è una femmina.

Ah! Ma certo! Eccola, numero 13, una bellissima bambina di due chili e otto, 40 settimane, Apgar 7-10, bla... bla... tutto a posto e si va a casa. Sarà contenta immagino?

Be' certo, quando si sta in ospedale non si pensa ad altro che a tornare a casa, però una certa paura a ritrovarmi sola ad accudire la bambina, glielo confesso, ce l'ho.

Ma no, signora, deve stare tranquilla. È vero che la bambina ha avuto un Apgar un po' basso, però tanto la ricontrolleremo. Ma è una cosa grave dottore?

No, no! Altrimenti l'avremmo trattenuta. Sa, sono quelle cose che ci sono e non ci sono. Si vedono col tempo. Capita che si parte sani e si arriva ammalati, però si può anche partire ammalati e arrivare sani. Lei perciò pensi solo a godersi la bambina.

Ma se ci dovesse essere qualcosa lei me lo direbbe dottore, vero?

Non ci pensi più! Piuttosto se le dovesse arrivare a casa una lettera del Centro Screening, mi raccomando ci telefoni subito che dovremo fare ulteriori accertamenti. Di che accertamenti si tratta?

Ma quelli dello screening per le malattie metaboliche, è ovvio.

Ma lei mi ha detto che la bambina non ha nessun problema. Oh Dio, perché adesso mi parla di questa malattia?

Ma nessuna malattia. È un esame preventivo che fanno tutti i bambini.

Ma io non ne sapevo nulla, dottore.

Non ne sapeva nulla perché non vogliamo creare ai genitori preoccupazioni inutili. Gliel'ho già detto, lei deve stare tranquilla! Faccia esattamente quello che le scrivo qui sul cartellino di dimissione e tutto andrà più che bene. Allora... peso... adattamento... glicemia...

Scusi se la interrompo dottore, ma ha fatto anche la glicemia? Non stava bene?

Signora senta, stava benissimo, certo un po' sotto peso, e la glicemia era normale. Ma se non gliela controlliamo come facciamo a saperlo? Mica ci divertiamo a tormentare i bambini. Per la stessa sacrosanta ragione ha fatto l'ecografia cerebrale, il tampone rettale e auricolare, l'esame urine e anche altro che qui non le scrivo assolutamente se no va a finire che lei si preoccupa inutilmente. Per di più sono tutti controlli che costano denaro e, se non fossero assolutamente necessari a garantire la salute del bambino e la sua tranquillità, ne faremmo volentieri a meno.

Da sempre operiamo ogni sforzo per rendere la più umana possibile la permanenza in ospedale della mamma e del bambino, evitando inutili ingerenze per consentire loro lo sviluppo armonioso della relazione madre figlio in una serena atmosfera familiare anche una volta tornati fra le mura domestiche.

Per cui non ha nulla di cui preoccuparsi. Se lo dice lei dottore. Sa come siamo fatte noi mamme, per un nonnulla...

Va bene, va bene, ma cerchiamo di finire questo cartellino. Allora... qui c'è tutto... qui pure... bene! Ecco fatto! Mi raccomando legga bene queste prescrizioni stampate. Vede, a lei è capitato di allattare al seno, per cui deve evitare tutta questa serie di alimenti, altrimenti il bambino potrebbe avere dolori e aller-

gie, e prendere questo integratore vitaminico-minerale contro la debilitazione fisica. Queste invece sono le tisane per far venire il latte e questo il latte in polvere se il suo non basta più. Eh sì, succede spesso. Poi, per evitare le ragadi deve assolutamente mettere sul seno queste creme prima e dopo la poppata. Poiché spesso vengono ugualmente si tenga pronta anche questa.

No, non queste. Queste sono per la bambina. Questa per il viso e questa più potente per il sederino. Sa, i pannolini sono micidiali per una pelle così delicata. Prima di mettere la crema però deve lavarlo con questo sapone speciale disinfettante contro microbi e funghi, dato che quella è una zona a rischio.

Ah no, scusi, questo è per lei per togliere la crema dal seno prima della poppata. Ecco questo è per la bambina. Mi raccomandando non faccia confusione.

Questo è il disinfettante per il biberon, questo per i vestitini e questo per uccidere gli acari. Sì proprio quelli delle allergie, si infilano dappertutto. Poi qui ci sono le gocce di vitamine, il fluoro, l'acqua minerale per diluire il latte in polvere, la soluzione per il naso, il disinfettante per l'ombelico e tutto il resto che le prescriverà il suo pediatra. Così non potrà sbagliare. Ah, dimenticavo, queste sono le date dei controlli che dovrà fare qui da noi, solo per sincerarci che tutto vada bene, sa, il primo figlio, i primi giorni... ma sicuramente lei sarà bravissima. Allora, finalmente da oggi la bambina sarà tutta sua. Contenta? Tranquilla?

Sì... beh... ma... non si potrebbe fare un po' per uno, ancora per qualche settimana?

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini
e-mail: tinap@rtin.it

Aggiornamento avanzato

36 Il trapianto di intestino in età pediatrica

Il trapianto di intestino isolato (TI), o associato ad altri organi addominali (trapianto multiviscerale - TM), è una possibilità terapeutica per l'insufficienza intestinale benigna (IIB). È disponibile da alcuni anni per gravi e rare patologie gastrointestinali. Visto il carattere, per certi versi eccezionale, dell'argomento ed il clamore che spesso si solleva in occasione di questi interventi, si è ritenuto utile inquadrare il TI nella dimensione della patologia del bambino.

Il punto su

42 La prevenzione della malattia meningococcica

La malattia meningococcica ha un tasso di letalità che varia dal 5 al 15%. Questi i dati disponibili in Italia: la media annuale di incidenza della meningite nel periodo 1994-1999 risulta di 0,3-0,4 casi ogni 100.000 abitanti, valore che sembrerebbe più basso di quello medio europeo. Sul totale dei ceppi tipizzati dal 1994 al 2001, il sierogruppo C rappresenta il 24%, il B il 69%, l'A il 2%. I vaccini disponibili sono di due tipi: il vaccino polisaccaridico che contiene gli antigeni capsulari di due (A e C) o quattro sierogruppi (A, C, Y e W135) e il vaccino contro il sierogruppo C coniugato. Non esistono ancora in Italia indicazioni ufficiali per l'uso del nuovo vaccino coniugato di tipo C. La bassa incidenza di meningiti dovute al gruppo C non giustifica la scelta di un utilizzo del vaccino su ampia scala per l'apparente bassa incidenza della malattia, ma soprattutto per l'assenza sul nostro territorio di segnalazioni di focolai epidemici causati dal sierogruppo C.

Il caso che insegna

46 Due lattanti con crisi recidivanti di apnea e cianosi

Vengono descritti due casi clinici la cui sintomatologia, presentatasi in entrambi i casi clinici, è da inquadrare in un vero e proprio "evento minaccioso per la vita" o, come viene più comunemente definito con acronimo in lingua inglese, ALTE (Apparent Life Threatening Event). Viene illustrata la diagnostica differenziale, la terapia e i rapporti tra ALTE e SIDS.

Saper fare

49 Quando chiedere il test del sudore

In Campania è stata recentemente elaborata una scheda con le indicazioni più comuni per la richiesta del test del sudore. La scheda è stata distribuita ad un gruppo di pediatri di famiglia e ospedalieri della Regione, ed è stata associata ad un'ampia campagna di sensibilizzazione sui sintomi di esordio della malattia a seconda l'età, sulla base delle nuove informazioni che emergono dalla letteratura e sulla possibile identificazione di nuovi gruppi di pazienti con eterogeneità clinica associata al test del sudore normale o border-line.

Attualità

50 Vaccinare i bambini contro l'influenza?

L'ipotesi di vaccinare i bambini contro l'influenza è venuta alla discussione dopo un paio di ricerche pubblicate sul NEJM. Ci sono aspetti delle ricerche insufficienti, come la possibilità di avere distinto bene i veri infetti da influenza da quelli infetti da altri virus. Rimane poi il dubbio dei non indagati effetti secondari di una estensione a tutta la popolazione di una vaccinazione poco sperimentata nei bambini.

Il trapianto di intestino in età pediatrica

Sergio Amarri

A.O. Modena, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione

Il trapianto di intestino isolato (TI) o associato ad altri organi addominali (trapianto multiviscerale - TM) è una possibilità terapeutica per l'insufficienza intestinale benigna (IIB) disponibile da alcuni anni per gravi e rare patologie gastrointestinali.

Visto il carattere, per certi versi eccezionale, dell'argomento ed il clamore che spesso si solleva in occasione di questi interventi, si ritiene utile inquadrare il TI nella dimensione pediatrica.

L'insufficienza intestinale benigna

L'IIB è una condizione clinica (non dovuta a patologia tumorale) in cui le funzioni del sistema gastrointestinale risultano profondamente alterate e insufficienti a soddisfare i fabbisogni corporei di nutrienti e fluidi, con necessità di eseguire nutrizione parenterale (NP) per garantire la sopravvivenza.

Le cause (*tabella 1*) sono da ascrivere alla mancanza di tratti di intestino resecati per grave patologia, spesso neonatale, alla presenza di disturbi della motilità interessanti larghi tratti intestinali, o a patologia primitiva dell'enterocita. I soggetti che presentano le patologie elencate hanno vari destini che possono andare dal decorso più benevolo alla dipendenza dalla NP totale.

La *sindrome da intestino corto* è ovviamente la situazione più facile da comprendere: mancando la superficie normalmente impiegata per digestione ed assorbimento, queste funzioni devono essere compensate da un apporto parenterale, la cui entità sarà proporzionale alla quantità di intestino residuo. La maggior parte dei bambini che hanno almeno 40 cm di intestino tenue si svezzeranno dalla NP e potranno alimentarsi normalmente, mentre la proporzione di soggetti che rimarranno dipendenti dalla NP aumenta con il diminuire dell'intestino residuo e diventa il 100% quando

restano 10 cm, al di sotto di questa lunghezza non sono stati descritti casi che possano procurarsi il fabbisogno calorico attraverso l'alimentazione per bocca.

Le alterazioni funzionali che portano a IIB possono essere a carico dell'enterocita o della motilità intestinale.

Nel primo caso avremo una condizione in cui i singoli enterociti perdono la funzione assorbitiva a causa di patologie congenite, fino a poco tempo fa genericamente denominate "diarrea intrattabile". Tra queste condizioni le più studiate negli ultimi anni sono due anomalie congenite autosomiche recessive denominate DISPLASIA EPITELIALE (enterociti raggruppati a ciuffo, "tuffi", e anomalie a carico di proteine della membrana basale) e ATROFIA CONGENITA DEI MICROVILLI (vescicole intracitoplasmatiche con inclusione di microvilli). L'enterocita non ha possibilità di guarire e

pseudo-ostruzione intestinale presenta spesso notevoli problemi di inquadramento diagnostico. Si tratta di una condizione clinica caratterizzata da occlusioni intestinali senza dimostrabile ostruzione meccanica; la maggioranza dei casi è sostenuta da una patologia neurologica o muscolare dell'intestino.

La *tabella 2* elenca le patologie più a rischio di rimanere dipendenti dalla NP.

Le dimensioni del problema

Queste patologie sono rare: una raccolta dati eseguita dal 1997 al 2001 presso otto centri di Gastroenterologia Pediatrica afferenti alla Società Italiana di Gastroenterologia ed Epato-logia (SIGEP) Pediatrica ha mostrato 109 bambini con IIB (comunicazione personale Prof. A. Guarino, Napoli). L'età media all'arruolamento era di 16 mesi (range 0-200) con una durata media di NP di 35,1 mesi. Il reclutamento dei pazienti negli anni osservati è rimasto stabile, oscillando tra 14 e 18 nuovi pazienti l'anno. La lista delle patologie comprendeva 48 casi di sindrome dell'intestino corto, 16 disturbi della motilità, 14 alterazioni primitive dell'enterocita, 10 intolleranze alimentari, 7 enteropatie autoimmuni e 7 casi di varia patologia, 7 non identificati. Sul totale di 109 un gruppo di 46 soggetti si è svezzato dalla NP, 4 sono stati trapiantati e 7 sono deceduti. Sommando queste ultime due cifre si ha stima minima delle complicanze da NP che risulta essere, in questo gruppo di pazienti italiani, del 10,1%.

Questa casistica non si può considerare esau-stiva di tutti i casi presenti nel nostro paese, poiché raccoglie solo quelli seguiti dai gastroenterologi pediatri (mancando i pazienti seguiti dai neonatologi e chirurghi pediatri), dà tuttavia una stima dell'estensione del problema.

Ricorrendo a casistiche pubblicate sui soggetti di ogni età possiamo risalire ad una stima

TABELLA 1

Insufficienza intestinale Cause

- **Anatomiche: "sindrome dell'intestino corto"**
 - volvolo, gastroschisi, entero-colite necrotizzante, artesia, traumi
- **Funzionali: malfunzionamento intestinale**
 - Alterazioni enterocita:
 - displasia epiteliale, atrofia congenita dei microvilli, enteropatia autoimmune
 - Disturbi della motilità:
 - pseudo-ostruzione
 - M. di Hirschprung con interessamento intestino tenue

pertanto la dipendenza da NP è certa per tutti i soggetti affetti da queste rare anomalie.

I *disturbi della motilità* con necessità di NP includono le forme gravi di PSEUDO-OSTRUZIONE INTESTINALE e le aganglionosi (M. DI HIRSCHPRUNG) che dal colon si estendono ai tratti più prossimali dell'intestino tenue. Quest'ultima patologia è di facile diagnosi mentre la

Per corrispondenza:

Sergio Amarri

e-mail: amarri@mail.unimo.it

aggiornamento avanzato

Abstract

The isolated bowel transplant or the multi visceral transplant (T.M.) represent a therapeutic possibility for benign bowel insufficiency (IIB) available in the last few years for serious or rare gastrointestinal pathologies.

The exceptionality of such topic and the public clamour aroused induce us to look at bowel transplant in a paediatric dimension.

Sergio Amarri
Bowel transplant

Quaderni acp 2002 vol IX n° 5; 36-39

dell'incidenza dell'IIB e quindi del fabbisogno di TI. Un'analisi della casistica britannica (*Br Med Surg 1992*) permette un calcolo di incidenza della IIB di 2 casi per milione abitanti per anno.

Negli anni 1985 - 2000 il Registro della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale riporta l'incidenza di NP > 6 mesi in 1,5 casi per milione di abitanti per anno.

Nella Regione Piemonte (dati personali da singolo centro prescrittore, Dott.ssa A. Palmo) la NP > 2 anni risulta essere di 0,82 casi per milione di abitanti per anno.

Da questi dati si ricaverebbe che in Italia da 50 a 100 nuovi casi di soggetti per anno verranno posti in NP di lunga durata, comprendendo tutte le età. La maggioranza dei soggetti in NP ha un destino favorevole, molti verranno svezziati, altri rimarranno dipendenti a lungo termine, mentre una percentuale oscillante tra il 10% e il 20%, a seconda della casistiche andrà incontro a complicanze fatali o potenzialmente tali. Quindi la cifra finale che sarà possibilmente candidata al trapianto TI/TM sarà stimata nel nostro paese in un minimo di 5 e un massimo di 20 nuovi casi l'anno. Dai dati presenti in letteratura e dalla esperienza dei più grandi centri di TI la casistica va equamente suddivisa tra adulti e bambini.

Indicazioni al trapianto

La NP è quindi da considerare la principale terapia dell'IIB e deve essere condotta presso centri attrezzati ad erogarla, a prevenire e curare le eventuali complicanze.

La NP, seppur condotta in modo ottimale, rischia di causare danni anche gravi, che possono portare al decesso o all'insorgenza di patologie potenzialmente fatali.

Il Registro Nord Americano della nutrizione artificiale domiciliare indica la sopravvivenza a 1 e 4 anni dei soggetti in NP per sindrome dell'intestino corto in 94% e 80%, mentre risultati inferiori si sono ottenuti per i pazienti con pseudo-ostruzione intestinale, 87% e 70% rispettivamente.

Un recente *position paper* della "American Society of Transplantation", a cui hanno partecipato anche i centri di trapiantologia britannici e francesi, ha indicato i parametri con cui valutare il "fallimento" della nutrizione parenterale e quindi iniziare a studiare i pazienti per un possibile trapianto di intestino.

Questa lista comprende:

- INSUFFICIENZA EPATICA PROGRESSIVA
 - PERDITA DEI PRINCIPALI ACCESSI VENOSI: due su quattro (vene succlavie e giugulari) in soggetti con età inferiore a 2 anni e tre su sei (accessi superiori + vene femorali) in soggetti con età superiore a 2 anni di vita
 - SEPSI RICORRENTI che pongono a rischio la vita del paziente
 - DISTURBI IDRO-ELETTROLITICI non controllabili.
- L'epatopatia colestatica da NP è ben nota e rappresenta la complicanza più temibile, poiché si sostiene con un circolo vizioso basato sulla perpetrazione di situazioni di infezione, colestasi e malassorbimento difficilmente controllabili in alcuni soggetti.

È ritenuto accettabile un livello di bilirubina > 3 mg/dl per almeno sei mesi possa indicare la presenza di epatopatia potenzialmente irreversibile e degno di valutazione bioptica.

Tra queste indicazioni alla valutazione per TI, la perdita di accessi venosi è quella maggiormente criticata. Alcuni centri di terapia parenterale giudicano eccessivo il riferimento ai soli sei accessi principali e ritengono che applicando correttamente la NP queste condizioni raramente siano la vera causa di invio al TI. Tuttavia questo rimane il principale problema che poi segna il destino di molti pazienti trapiantati: gli accessi venosi devono essere facilmente reperibili ed utilizzabili durante l'intervento e nei mesi successivi al TI per il necessario supporto nutrizionale, per la terapia e una complessa assistenza clinica.

Le opzioni tecniche

Il TI isolato solitamente si esegue impiantando sul ricevente tratti di intestino tenue; il colon è solitamente escluso per maggior difficoltà nel dosare l'immunosoppressione.

Il TI viene utilizzato sempre più spesso, anche per la maggior facilità con cui l'intestino tenue isolato può essere ottenuto nella "competizione" per gli organi destinati al trapianto. È facilmente immaginabile come la necessità di ottenere anche il fegato allunghi la permanenza del paziente in lista di attesa poiché esisterà competizione con la ben più nutrita lista dei pazienti in attesa di fegato.

I pazienti con IIB e insufficienza epatica terminale dovranno essere sottoposti a TI con l'aggiunta di fegato. I TM includono l'impie-

go di altri organi addominali, oltre all'intestino tenue e fegato. Ad esempio trapianti definiti "cluster", con inclusione di fegato, stomaco, duodeno-pancreas e piccolo intestino, rappresentano una percentuale significativa e vengono utilizzati soprattutto per i pazienti con pseudo-ostruzione intestinale. Le difficoltà chirurgiche sono principalmente legate alle complicate situazioni anatomiche deri-

TABELLA 2**Dipendenza permanente dalla NP**

- soggetti con < 10 cm di intestino
- 10-15% soggetti con 30-40 cm intestino, senza valvola ileocecale, resezioni cattoliche, interventi chirurgici resettivi multipli, difficoltà alla rialimentazione nei primi mesi di vita
- alterazioni primitive dell'enterocita
- 20-25% casi di sindrome pseudoostruzione intestinale cronica
- Hirschsprung esteso ai tratti prossimali intestino tenue (<60 cm con centimetri con normale innervazione)

vanti da pregressi interventi chirurgici, dalle frequenti necessità di chirurgia vascolare/microvascolare e dalla chirurgia su vie biliari di piccole dimensioni.

La terapia immunosoppressiva del TI include classicamente l'impiego di cortisone e FK 506, sempre più spesso associati a nuovi farmaci come la rapamicina e a terapia biologica (ad esempio anticorpi contro il recettore per l'interleuchina 2, anti R-IL-2).

Attenta conduzione della nutrizione artificiale post-operatoria e profilassi anti-infettiva saranno poi i cardini per una buona conduzione clinica. L'impiego di frequenti biopsie intestinali attraverso ileostomia (che viene solitamente mantenuta per molti mesi dopo il TI) è obbligatorio per prevenire e curare eventuali rigetti.

L'esperienza trapiantologica

Il trapianto di intestino è stato eseguito per la prima volta nei primi anni '60, ed è stato caratterizzato da decenni di insuccessi, principalmente dovuti all'inefficacia di farmaci immuno-soppressori potenzialmente utili come la ciclosporina A, importante terapia per il trapianto di cuore e di fegato. All'inizio degli anni '90 un significativo miglioramento si è verificato dopo l'introduzione dell'FK

506 (tacrolimus) nei protocolli immunosoppressivi per TI/TM.

La fonte di informazioni più importante è l'Intestinal Transplant Registry [un registro volontario a cui aderiscono tutti i centri (55) trapiantologici del mondo e di cui riportiamo i dati dopo autorizzazione del Dr. David Grant (London, Ontario, Canada)] che riporta i risultati dei TI/TM dal 1985 al 31 maggio 2001. I trapianti eseguiti in questi anni sono stati 696 su 651 pazienti, e la sopravvivenza è di 335 soggetti; il 44,5% dei trapianti erano di intestino e fegato, il 41,8% di intestino isolato e il 13,7% multiviscerali.

Il TI è stato eseguito fino al 1995 in un numero inferiore a 50 interventi al mondo, mentre a partire dal 1997 vengono eseguiti oltre 90 interventi l'anno. Solo tre centri al mondo eseguono più di 50 TI l'anno. Si tratta quindi di una procedura terapeutica recente e che non ha interessato una grande quantità di individui.

La popolazione pediatrica è stata tuttavia pesantemente interessata poiché il 61% (426) dei TI è stato eseguito in soggetti con età inferiore a 16 anni, con le seguenti indicazioni:

- 62% *sindrome dell'intestino corto* (di cui 21% gastroschisi, 12% enterocolite necrotizzante, volvolo e 7% atresia intestinale),
- 10% *malattie primitive dell'enterocita*,
- 18% *disordini della motilità intestinale*
- 7% *di ri-trapiantati*
- 3% *per altre patologie*.

In Europa il TI/TM viene eseguito sui bambini in Francia (presso l'Ospedale Necker di Parigi) e in Gran Bretagna (Birmingham).

In Italia il Centro Trapianti Multiviscerali di Modena ha trapiantato 14 pazienti tra cui alcuni giovani adulti (età minima 17 anni) e, al momento di scrivere questo testo, nessun paziente in età pediatrica.

Complicanze, sopravvivenza e qualità di vita

Condizioni immunologiche sfavorevoli e costante rischio di infezione sono i principali fondamenti delle gravi e frequenti complicanze. L'intestino differisce da altri organi solidi trapiantati, come il fegato, per la presenza di abbondante tessuto linfoide (GALT), con disseminazione di placche di Peyer, linfonodi

mesenterici, plasmacellule e T linfociti nella mucosa intestinale. La sensibilizzazione dei linfociti del ricevente verso alloantigeni (antigeni del donatore) nella placche e nei linfonodi mesenterici, favorisce lo stabilirsi ("homing") di cellule T allo-reattive nell'intestino trapiantato.

L'intestino è inoltre costantemente esposto a patogeni a rischio di traslocazione (soprattutto Gram negativi), che contiene al proprio interno. Per questi motivi spesso si verificano due eventi. La secrezione di linfocine o citochine da T cellule in risposta a patogeni intraluminali può impedire la tolleranza e favorire il rigetto.

Il bisogno di terapia immunosoppressiva ad alto dosaggio aumenta il rischio di sviluppare infezioni opportunistiche e "DISORDINI LINFOPROLIFERATIVI POST-TRAPIANTO" (PTLD). La causa più frequente è l'infezione EBV, la cui prevenzione rimane un problema irrisolto. L'EBV nei soggetti sani causa una sindrome mononucleosica auto-limitante. Tuttavia in una condizione di pesante immunosoppressione, le deboli difese anti-virali permettono una proliferazione senza controllo di cellule B trasformate dal virus EBV, portando alla sindrome da PTLN che clinicamente può andare da un modesto rialzo febbrile con linfadenopatia all'instaurarsi di una vera e propria malignità, come un linfoma a cellule B.

La principale causa di morte riportata dall'Intestinal Transplant Registry è stata la SEPSI (162/316), seguita da RIGETTO e LINFOMA. Da segnalare che la PTLN ha un'incidenza importante tra i trapiantati con un minimo di 8,3% per il TI e un massimo del 15,8% per il TM.

La sopravvivenza del paziente e dell'organo sono state trovate significativamente (valori *p* altamente significativi) associate a soli due fattori:

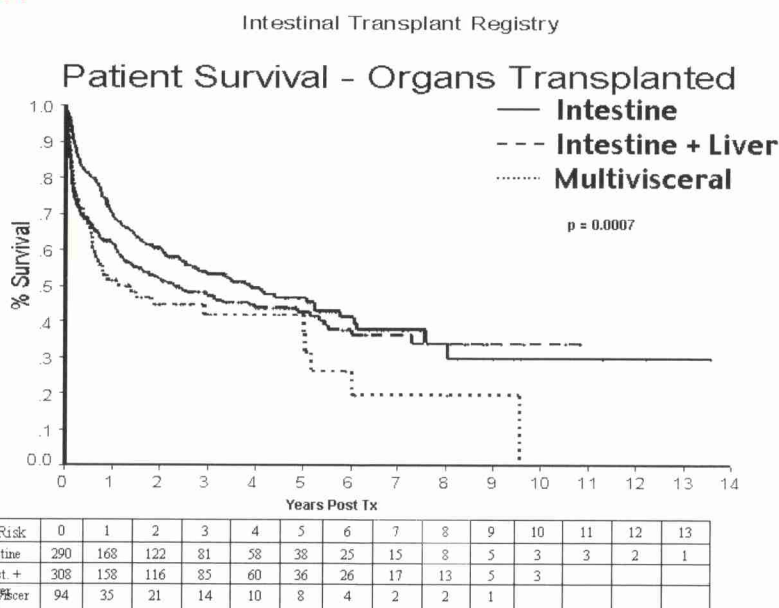
- dimensioni del centro trapiantologico, con esperienza maggiore di 10 trapianti/anno,
- condizioni cliniche pre-trapianto.

Fattori come l'età e il tipo di trapianto non sono risultati significativi.

La curva di sopravvivenza globale è mostrata in **figura 1**, mentre la **figura 2** mostra i dati pediatrici nei centri con > 10 TI/anno e dopo il 1999, anno in cui sono state introdotte nuove molecole immunosoppressive e la terapia biologica.

La qualità di vita dei soggetti che eseguono NP totale e di quelli che vanno incontro al tra-

FIGURA 1



Sopravvivenza dei pazienti.

La curva di sopravvivenza tende ad appiattirsi dopo circa 2,5 anni, tuttavia il numero di pazienti con follow-up a lungo termine è ancora limitato.

pianto è difficilmente misurabile in entrambi i casi. Infatti i pazienti in NP che hanno poche o nulle complicanze non sono assimilabili ai pazienti con gravi patologie NP e quindi possibili candidati al TI/TM. Nessun studio è disponibile con paragoni tra quest'ultimo gruppo di pazienti prima e dopo il TI.

Esiste uno studio che paragona 10 adulti che avevano ricevuto un TI con 10 adulti in NP domiciliare, tutti indagati con un questionario validato precedentemente per il trapianto di fegato (*Quality of Life Inventory*, 125 domande sui principali aspetti sociali, cognitivi ed emotivi).

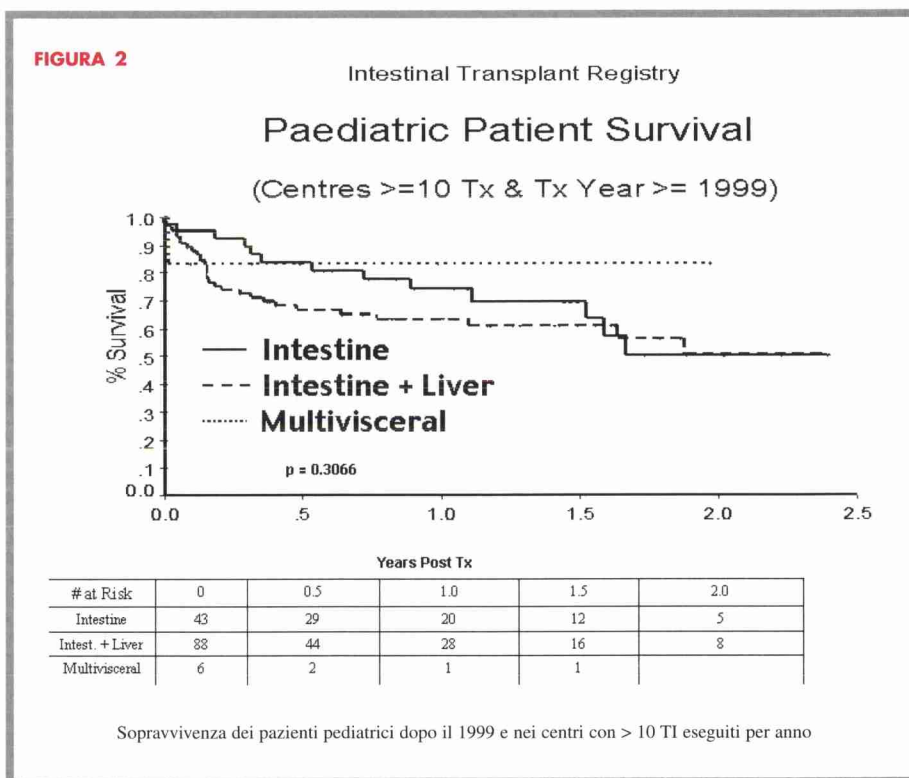
Con gli enormi limiti di uno studio che paragona soggetti molto diversi (nel 60% dei trapiantati l'intervento era stato eseguito su pazienti terminali ed aveva avuto effetto salva-vita) i risultati mostrano una sostanziale similitudine nella qualità di vita dei due gruppi. Una più recente analisi della qualità di vita nei soggetti trapiantati in età pediatrica descrive il TI come una situazione gravata da una folta serie di problemi.

In un gruppo di 10 pazienti trapiantati presso il centro di Pittsburgh è stato somministrato un questionario a 50 item (*Child Health Questionnaire*) al terzo anno dall'intervento e i risultati paragonati con soggetti con altre patologie croniche gravi, come l'artrite reumatoide. Effetti negativi sono stati trovati nel vissuto delle funzioni corporee, salute generale, salute mentale, autostima, coesione e attività sociali della famiglia e impatto emozionale sui genitori. Quando paragonate ai pazienti con artrite reumatoide le differenze statisticamente significative sono state ritrovate nelle risposte riguardanti la percezione di salute generale, i vissuti emozionali e la funzionalità corporea.

Un recentissimo lavoro di revisione degli outcome nutrizionali di 24 pazienti afferenti al centro di Pittsburgh ha mostrato che tutti i bambini meno uno riuscivano a svezzarsi dalla NP a tre mesi di distanza dall'intervento, utilizzando formule enterali a base di aminoacidi o peptidi. In questo gruppo la percentuale di sopravvivenza era del 91% ad un anno e del 86% a due anni.

Tuttavia una crescita positiva misurata come Z-score (deviazione standard dalla media) per il peso e peso/altezza è stata trovata solo nel 30% e 26% rispettivamente.

FIGURA 2



Conclusioni

Il TI/TM è un'opzione terapeutica salva-vita disponibile attualmente ad uno stadio tecnico uscito dalla fase sperimentale, tuttavia applicabile solo in casi attentamente selezionati tra i soggetti in cui la NP ha fallito provocando complicanze potenzialmente fatali. L'impiego di protocolli di immunosoppressione sempre più efficaci sta permettendo una sopravvivenza aumentata, tuttavia le curve di sopravvivenza osservata non sono superiori a quelle riportate per la NP di lunga durata; pertanto non esiste indicazione al TI quando la NP può essere condotta con accettabile qualità di vita e in assenza di complicanze. È fondamentale che i soggetti con IIB siano seguiti sin dall'inizio presso centri specializzati nella nutrizione artificiale e che possano prevenire l'insorgenza di complicanze da NP, ed individuare i pazienti a rischio di complicanze fatali e meritevoli di una valutazione presso centro trapiantologico. La complessità assistenziale, i costi di questa, e i risultati riportati indicano che solo i centri con elevata esperienza riescono a garantire migliori risultati, pertanto risulta auspicabile focalizzare le risorse in pochi centri con grande bacino di utenza nazionale.

Ulteriori studi sulla qualità di vita sia dei pazienti con NP complicata e/o sottoposti a TI sono necessari per stabilire il corretto timing per l'invio al trapianto.

Bibliografia

- (1) Kaufman et al. Indications for pediatric intestinal transplantation: a position paper of the American Society of Transplantation. *Pediatr Transplantation* 2001; 5:80
- (2) Andorsky et al. Nutritional and other postoperative management of neonates with short bowel syndrome correlates with clinical outcomes. *J Pediatr* 2001; 139:27
- (3) Reyes et al. Current status of intestinal Transplantation in Children. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 243
- (4) Reyes J et al. Pediatric intestinal transplantation: Historical notes, principles and controversies. *Pediatr Transplant.* 2002; 6 :193
- (5) Kosmach-Park et. Physical and psychosocial functioning of an indicators of quality of life following pediatric intestinal transplantation. *Transplant Proc* 2002; in press.
- (6) Nucci AM et al. Long-term nutritional outcome after pediatric intestinal transplantation. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 460
- (7) Howard L et al. Current status of home parenteral nutrition in the United States. *Transplant Proc* 1996; 28:2691

Clenil® per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: CLENIL 0,8 mg/2 ml sospensione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni Infezioni virali e tubercolari attive o quiescenti locali.** Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. Generalmente controindicato in gravidanza e allattamento (v. par. 4.6). **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL. Benché CLENIL sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, cortisonico dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidica ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone, 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreti in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL50 (topo per os) >4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) >4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crisi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico bidrato, Sodio cloruro, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearilico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 36 mesi. Tale periodo è da intendersi per il prodotto in confezionamento integro, correttamente conservato. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 20 flaconcini monodose da 2 ml - € 13,24. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO DI A.I.C.** 023103132 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

Fluibron® per Aerosol

ambroxol 0,75 Soluzione da nebulizzare

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: FLUIBRON® 0,75% Soluzione da nebulizzare **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg 750. Un contenitore monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un contenitore monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo contenitore o un contenitore monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza (v. par. 4.6). **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione troppo profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmodico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Il prodotto contiene para-idrossibenzoati che possono provocare reazioni allergiche generalmente di tipo ritardato, quali dermatiti da contatto; più raramente possono provocare reazioni di tipo immediato con orticaria e broncospasmo. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza e, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di tipo A una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2ª ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Dati preclinici di sicurezza Tossicità acuta** - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/kg; DL50/os nel ratto > 4000 mg/kg). **Tossicità cronica** - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni della loro funzionalità. **Attività teratogena** - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. **Attività mutagena** - I classici tests di mutagenesi non hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. **Influenza sui vari organi ed apparati** - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 24 mesi alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del contenitore monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: contenitori monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 contenitori monodose da 2 ml Lit. 17,500. Confezione da 20 contenitori monodose da 2 ml € 9,50. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il contenitore monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il contenitore monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il contenitore monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del contenitore monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il contenitore può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. Porre contro luce il fialoide per verificare l'esattezza della metà dose. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A. - Via Palermo, 26/A - PARMA **8. NUMERO A.I.C.** FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 15 contenitori monodose: N° 024596140 FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 20 contenitori monodose: N° 024596153 **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE:** FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 15 contenitori monodose: 04/03/1996 FLUIBRON 0,75% Soluzione da nebulizzare - 20 contenitori monodose: 13/04/2001 **10. ULTIMA REVISIONE TESTO:** Aprile 2001 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90:** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

Clenil[®] per Aerosol

Beclometasone dipropionato 0,8 mg/2 ml Sospensione da nebulizzare

Fluibron[®] per Aerosol

Ambroxol 0,75% Soluzione da nebulizzare



La prevenzione della malattia meningococcica

Luisella Grandori

Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia Romagna

Premessa

La malattia meningococcica ha generalmente un esordio rapido, un decorso in alcuni casi fulminante, con un tasso di letalità che varia dal 5 al 15% e determina sequele permanenti in circa un quinto di coloro che sopravvivono. Si manifesta più comunemente sotto forma di meningite, ma anche come setticemia oppure con la presenza di entrambe. È causata dalla *Neisseria meningitidis*, un cocco Gram negativo di cui non esistono serbatoi animali o ambientali, che si trasmette per contatto diretto attraverso le secrezioni respiratorie della persona infetta. È l'unico batterio in grado di provocare epidemie di meningite. Si conoscono 13 sierogruppi di meningococco definiti in base alle caratteristiche del polisaccaride capsulare, e questi a loro volta si differenziano in sierotipi. I gruppi A, B e C causano la maggior parte (fino al 90%) delle meningiti, mentre l'Y e il W135 sono implicati più raramente (1,2).

Epidemiologia

La malattia meningococcica è presente in tutto il mondo. La zona più colpita da epidemie gravi ed estese si trova in Africa, nell'area Sub-Sahariana fra l'Etiopia e il Senegal, soprannominata per questo "cintura della meningite". Anche in Asia si sono verificate negli ultimi 30 anni alcune importanti epidemie, mentre in Europa e in America queste sono poco frequenti e di intensità non paragonabile a quella delle altre parti del mondo. L'OMS stima (3) che ogni anno si verificano complessivamente circa 300.000 casi che causano circa 30.000 decessi e che il 50-60% della malattia riguarda bambini di età compresa tra i 3 mesi e i 5 anni. I sierogruppi sono variamente distribuiti: il tipo A circola prevalentemente in Africa, mentre i casi dovuti al B e al C sono più frequenti in Europa e negli

Stati Uniti. L'Y e il W135 sono ubiquitari ma raramente coinvolti in casi di malattia invasiva, anche se negli anni '90 si è riscontrato un aumento dei casi dovuti al gruppo Y in Canada (4) e il gruppo W135 è stato responsabile di una gravissima epidemia in Arabia Saudita nella primavera del 2000 (5).

L'incidenza media di meningite meningococcica in Europa si attesta tra l'1,4 e il 2,4 ogni 100.000 abitanti (6), gli Stati Uniti riferiscono valori compresi tra 0,8 e 1,3 ogni 100.000 abitanti (7), mentre in Africa, durante le ondate epidemiche, si calcolano incidenze pari a 500-1.000 casi ogni 100.000 abitanti (2). Qui la malattia, infatti, è costantemente endemica e circa ogni 8-15 anni esplose in vaste epidemie che insorgono in tempi diversi nei vari paesi. Ad esempio nel 1996 si verificarono circa 250.000 casi con circa 25.000 morti. Le difficoltà nell'affrontare l'emergenza epidemica in questo continente sono molteplici: ritardi di notifica, velocità di propagazione dell'epidemia (anche più di 5.000 casi in una settimana), lontananza dagli ospedali più attrezzati, mancata disponibilità di antibiotici e difficoltà ad approvvigionarsi di vaccino per problemi di trasporto, stoccaggio e somministrazione in tempi brevi di quantità molto rilevanti. Infine la disponibilità del solo vaccino polisaccaridico per il gruppo A che, come vedremo poi, non permette azioni preventive, ma solo interventi problematici in situazioni di emergenza (3,8).

Negli Stati Uniti e in Europa i focolai epidemici sono molto contenuti, causati per lo più dal gruppo B e in minor misura dal C che ha però un tasso di letalità maggiore rispetto al B. Nonostante questa distribuzione sia rimasta invariata, negli ultimi anni si è assistito al verificarsi di epidemie di meningite sostenute dal gruppo C in diversi paesi europei (Inghilterra, Galles, Spagna, l'Ucraina, Olanda e

Grecia). Le più importanti sono state registrate in Inghilterra e Galles nel 1999 (circa 1.500 casi e circa 150 morti), tanto che nel novembre di quell'anno, venne intrapreso un intervento di immunizzazione attiva su ampi strati di popolazione e, in seguito, la vaccinazione contro il meningococco C venne inserita nel calendario vaccinale a partire dai 2 mesi di età (9). Si stima che la campagna vaccinale abbia risparmiato 500 casi di meningite e 50 decessi nella popolazione di tutte le età (10). Anche il governo olandese, allarmato dal verificarsi di microepidemie che hanno destato comprensibile ansia nei cittadini, ha deciso recentemente di effettuare una campagna vaccinale contro il meningococco C, rivolta ai bambini di 14 mesi (11).

I dati disponibili oggi in Italia sulla malattia meningococcica, si possono ricavare da più flussi informativi (sorveglianza delle meningiti batteriche, notifica delle malattie infettive, SDO). Tutti questi presentano aspetti problematici e, di conseguenza, comportano difficoltà di interpretazione. Appaiono infatti differenze rilevanti tra le diverse regioni, con un gradiente in decremento da nord a sud al quale non è possibile attribuire un significato certo. La media annuale di incidenza della meningite meningococcica nel periodo 1994-1999 risulta in Italia pari a 0,3-0,4 casi ogni 100.000 abitanti, valore che sembrerebbe più basso di quello medio europeo.

Dal sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche, nel periodo dal 1994 al 2000 (12), risulta un numero medio di segnalazioni di meningiti meningococciche, probabilmente sottotificate, di circa 200 casi/anno. Sul totale dei ceppi tipizzati dal 1994 al 2001, il sierogruppo C rappresenta il 21%, anche se i dati del 2001 sono ancora incompleti (ISS dati non pubblicati). Dei 275 casi segnalati nel 1999 dei quali è nota l'eziologia, il 69%

Per corrispondenza:

Luisella Grandori

e-mail: grandori@ausl.mo.it

il punto su

Abstract

Meningococemia has a mortality rate of 5-15%. Italian data are the following: the annual medium incidence rate of meningitis between 1994-1999 is 0,3-0,4 cases per 100,000 inhabitants, a lower value respect to European medium values. Among all the typified bacteria from 1994 to 2001, the C type represents 24%, the B 69% and the A type 2%. There are two types of available vaccines: the polysaccharide vaccine with 2 (A and C) or 4 serum groups (A,C,Y and W135) and the vaccine for the C conjugated serum group. At the moment in Italy there are no official indications as for the use of the new conjugated C type vaccin. The lower incidence of meningitis due to the C type and mainly the absence in our territory of epidemic foci of type C meningitis do not justify the use of such vaccination on larger scale.

Luisella Grandori

Meningococcal vaccine

Quaderni acp 2002; vol IX n° 5: 42-44

risulta causato dal gruppo B, il 24% dal C e il 2% da quello A. Il 30% di tutti i casi è riferito a bambini di età inferiore a 5 anni e il 50% di età inferiore a 17 anni.

I vaccini

I vaccini disponibili contro la malattia meningococcica sono di due tipi:

- **il vaccino polisaccaridico** che contiene gli antigeni capsulari di due (A e C) o quattro sierogruppi (A, C, Y e W135)

- **il vaccino contro il sierogruppo C coniugato** (con una variante non tossica della tossina difterica, detta CRM197 oppure con il tossoide tetanico).

Il disponibile in Italia da diversi anni è il tetravalente (A, C, Y, W135), prodotto da diverse ditte, in preparati analoghi, la cui sicurezza ed efficacia è sovrapponibile. È costituito da antigeni polisaccaridici capsulari che stimolano l'immunità T-indipendente e quindi non sono in grado di determinare una risposta immunitaria efficace e protettiva nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Nelle età successive è stata dimostrata una buona risposta anticorpale a breve termine, sia nei bambini che negli adulti, ma non si conosce la durata della protezione. La mancata stimolazione della memoria immunitaria fa presumere che essa non sia duratura. La risposta anticorpale per ciascuno dei quattro antigeni polisaccaridici è specifica e indipendente per ciascun sierogruppo. Nei bambini in età scolare e negli adulti vaccinati sono stati riscontrati titoli anticorpali protettivi contro i gruppi A e C per almeno 3 anni, mentre nei bambini di età inferiore a 4 anni questi calano più velocemente (si vanificano in 2-3 anni) (2, 7).

La somministrazione di dosi multiple di questo vaccino a bambini di età inferiore a 2 anni può causare una tolleranza immunologica e quindi una riduzione della risposta anticorpale contro il sierogruppo C, ma non se ne conosce ancora la ragione (2,7).

La posologia comprende un'unica dose, da ripetere eventualmente dopo 3-5 anni se persiste una situazione di rischio (7, 13).

Il vaccino coniugato contro il sierogruppo C, analogamente a quanto accaduto per l'anti Hib e l'antipneumococco, è in grado di indurre una risposta protettiva fin dai primi mesi di

vita poiché riesce a stimolare l'immunità T-dipendente. Inoltre ha dimostrato un'induzione di tassi anticorpali molto più elevati rispetto al vaccino polisaccaridico: 4 volte più alti dopo la prima dose e 10 volte più alti, dopo la seconda (14). In Italia sono stati registrati di recente due prodotti con queste caratteristiche sostanzialmente sovrapponibili: il MENJUGATE della CHIRON e il MENINGITEC della WYETH LEDERLE (coniugati con un tossoide difterico). Entrambi sono stati utilizzati nella campagna vaccinale in Gran Bretagna (insieme al NEISVAC della BAXTER, coniugato con tossoide tetanico) e i risultati della sorveglianza messa in atto in questo paese ne hanno evidenziato gli ottimi requisiti relativi sia all'efficacia che alla sicurezza (9).

L'efficacia negli adolescenti ha raggiunto il 97% e nei bambini l'88%; i dati relativi ai lattanti sono ancora troppo scarsi per trarre conclusioni. La durata della risposta immunitaria, verificata dopo 16 mesi, deve essere ulteriormente studiata per avere indicazioni precise sulla necessità di eventuali richiami. Si sa comunque che questo vaccino coniugato stimola anche la memoria immunitaria e quindi vi sono buoni motivi per prevedere che la protezione indotta possa essere duratura. Inoltre diminuisce la prevalenza di portatori asintomatici e quindi ha un effetto protettivo anche sulla comunità.

La sicurezza è risultata molto elevata: la maggior parte delle reazioni rilevate riguardava sintomi comuni e non gravi (rossore, gonfiore nel punto di inoculo, oppure febbre), l'anafilassi è insorta in un caso su 500.000 dosi e rare sono state le segnalazioni di porpora, eritema multiforme, artrite e atropatia.

L'iniziale timore che vaccinando contro il gruppo C, si potesse verificare un aumento di casi sostenuti dal gruppo B, non è stato per ora confermato dai risultati della sorveglianza durata 16 mesi.

Il calendario consigliato prevede tre dosi a distanza di non meno di un mese una dall'altra, sotto i 12 mesi di vita, e da un'unica dose in tutte le età successive.

Sarà però necessario valutare nel tempo l'eventuale necessità di ulteriori dosi, per le ragioni dette sopra (9).

Quale utilizzo?

Le classiche indicazioni all'uso del vaccino antimeningococcico (7,13) si riferiscono al tipo polisaccaridico (A, C, Y, W135) e riguardano:

- le persone che si recano o risiedono in paesi dove la malattia meningococcica è endemo-epidemic;
- le reclute militari;
- le persone a contatto stretto con il malato in caso di epidemia dovuta a sierogruppi di meningococco contenuti nel vaccino;
- le persone con asplenia anatomica o funzionale;
- le persone con deficit di componenti terminali del complemento.

Non esistono ancora in Italia indicazioni ufficiali per l'uso del nuovo vaccino coniugato di tipo C, così come nella maggior parte dei paesi europei e negli Stati Uniti.

La bassa incidenza di meningiti dovute al gruppo C non giustifica la scelta di un utilizzo del vaccino su ampia scala, non soltanto per l'apparente bassa incidenza della malattia, ma soprattutto per l'assenza sul nostro territorio di segnalazioni di focolai epidemici causati dal sierogruppo C. È questa infatti, come già detto, la motivazione del suo utilizzo in altre nazioni.

La sua efficacia fin dai primi mesi di vita, lo rende certo uno strumento prezioso per i bambini con patologie sottostanti che aumentano il rischio di infezioni invasive da meningococco (tipicamente le asplenie anatomiche o funzionali), così come nel caso di epidemie sostenute dal ceppo C.

Va comunque considerato che la meningite meningococcica è malattia grave e potenzialmente mortale e quindi, pur non rientrando negli obiettivi di sanità pubblica, potrebbe essere richiesta dalle singole famiglie. È giusto perciò che ai genitori vengano riferiti in modo corretto i reali vantaggi, stante la situazione epidemiologica.

Quale futuro?

Sia in Europa che negli Stati Uniti, sarebbe utile disporre di un vaccino contro il meningococco B, visto che qui rappresenta l'agente eziologico della maggior parte delle meningi-

ti. Questo tipo di vaccino è allo studio da tempo e i primi risultati sembrano incoraggianti, ma saranno necessari ancora 5-6 anni prima di averlo a disposizione. La difficoltà maggiore nel suo allestimento è determinata dal fatto che il polisaccaride della capsula del meningococco B ha caratteristiche antigeniche molto simili a quelle di alcuni tessuti umani (2, 15, 16); pertanto un vaccino basato su questo antigene non sarebbe efficace o potrebbe addirittura indurre la produzione di autoanticorpi. È stato perciò necessario studiare la sequenza genomica delle proteine della membrana esterna per individuare quelle che possono avere funzione di antigeni sicuri ed efficaci (15, 16).

È auspicabile inoltre che venga studiato e prodotto un vaccino coniugato contro il sierogruppo A che potrebbe risolvere in modo adeguato la gravissima situazione della popolazione africana.

Il controllo della malattia

Mentre la vaccinazione trova alcune applicazioni nella prevenzione vera e propria, esistono interventi diversi raccomandati per il "controllo" della malattia, ovvero per evitarne la diffusione in specifiche situazioni a seguito del riscontro di uno o più casi.

Quando si verifica un caso isolato viene indicata la profilassi antibiotica alle persone che sono state a contatto stretto con il malato nei 7 giorni precedenti l'insorgenza della malattia. Sono da considerarsi contatti stretti, oltre ai *conviventi*, tutti coloro che sono stati a *contatto diretto con le secrezioni respiratorie del malato*: attraverso baci, condivisione dello spazzolino da denti o posate, o il *personale sanitario che abbia eseguito manovre di rianimazione o intubazione endotracheale*, ecc. (7).

Esistono pareri controversi riguardo ai contatti scolastici. Si può assumere che siano a rischio tutti gli adulti e i bambini nei nidi, mentre per le scuole di ordine successivo, dalle materne in su, si dovrà valutare il tipo di contatto intercorso con chi frequenta la scuola.

La profilassi farmacologica dovrebbe essere somministrata preferibilmente entro le 24 ore dall'ultimo contatto, ma nella pratica quotidiana ciò non sempre è attuabile, e andrà

quindi eseguita nei tempi più brevi possibili. L'antibiotico consigliato è la rifampicina per os al dosaggio di 5 mg/Kg ogni 12 ore per due giorni nei bambini di età inferiore a un mese e di 10mg/Kg ogni 12 ore per due giorni nei bambini di età superiore a un mese. Oppure il Ceftriaxone al dosaggio di 125 mg in dose singola i.m in persone di età inferiore ai 15 anni e 250 mg. dopo i 15 anni (7,13).

L'indicazione alla profilassi antibiotica non è sostenuta da evidenze di efficacia, ma solo da dati osservazionali che suggeriscono che l'antibiotico riduce il rischio di malattia. Infatti, è dimostrato che gli antibiotici riducono il numero di portatori faringei di meningococco, ma non è noto se questa diminuzione comporti poi effettivamente anche la riduzione del rischio di malattia (17). La somministrazione di antibiotico nei contatti stretti, anche senza una rigorosa dimostrazione di efficacia, rimane comunque una forte raccomandazione di buona pratica medica. D'altra parte, non va dimenticato che i farmaci raccomandati, anche se somministrati per brevissimo tempo, possono essere gravati da effetti collaterali e dunque la selezione delle persone realmente a rischio, va condotta evitando un'acritica sovrabbondanza.

Oltre alla profilassi farmacologica, deve essere effettuata anche la cosiddetta "sorveglianza sanitaria": tenere sotto controllo lo stato di salute delle persone esposte, per i 10 giorni successivi al contatto, cioè il periodo massimo di incubazione (da 1 a 10 giorni, più spesso 4 giorni).

In caso di focolai epidemici il comportamento non è univoco: in alcuni paesi si indica la sola somministrazione del vaccino, mentre in Italia alcuni preferiscono un atteggiamento di maggiore cautela e quindi consigliano di offrire sia la profilassi antibiotica che la vaccinazione se si tratta di sierogruppo contenuto nel vaccino (18).

Conclusioni

Alla luce di tutto quanto detto, è evidente il grande interesse nell'aver a disposizione vaccini più efficaci contro la malattia meningococcica, auspicando che vengano allestiti in tempi brevi prodotti che difendono anche

dagli altri sierogruppi più diffusi da noi e nel mondo.

Ringrazio per le preziose osservazioni e i suggerimenti il dottor Pietro Ragni del Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna

Bibliografia:

- (1) LMandell et al Infectious diseases Livingstone 1995 London
- (2) WHO Group A e C meningococcal vaccines *Weekly Epidemiological Record* 1999, 74: 297.
- (3) WHO WHO Report on global surveillance of epidemic-prone infectious diseases *Weekly Epidemiological Record* 2000, 84: 297
- (4) Pollard A.J et al. Meningococcal disease and vaccination in North America. *J Paediatr Child Health* 2001, 37 (5 Suppl.):S20
- (5) Ramsay M. Meningococcal infection: surveillance and prevention *Eurosurveillance Weekly* 2001; 6:18
- (6) Noah N. et al Surveillance of bacterial meningitis in Europe 1999-2000 *Public Health Lab Service* <http://www.phls.co.uk/>
- (7) CDC Prevention and control of meningococcal disease. *MMWR* 2000, 49: RR-7.
- (8) WHO Meningococcal disease: Public health burden and control 2001
- (9) Miller E. et al. Planning, registration, and implementation of an immunization campaign against meningococcal serogroup C disease in the UK: a success story. *Vaccine* 2002; 20: 558
- (10) Ramsay M. Impact of conjugate group C meningococcal vaccination in the United Kingdom. *Eurosurveillance Weekly* 2001; 6:11
- (11) Esveld M. Dutch initiate major vaccination campaign against meningitis C. *Eurosurveillance weekly* 2002; 18: 020503
- (12) ISS Dati di sorveglianza sulle meningiti www.simi.iss.it/dati.htm
- (13) American Academy of Pediatrics Report of the committee on infectious diseases *Red Book*. Ed. Elk Grove Village 2000.
- (14) Noni E. et al. Induction of immunologic memory by conjugate vs plain meningococcal C polisaccaride vaccine in toddler. *JAMA* 1998; 280: 1685
- (15) Sheldon T. Meningitis B vaccine looks promising" *BMJ* 1998; 317
- (16) Jodar L. et al. Development of vaccine against meningococcal disease. *Lancet* 2002;359:1499
- (17) Hart C. Meningococcal disease *Clinical Evidence* 2000; 4: 403
- (18) Regione Emilia-Romagna Linee di indirizzo per l'applicazione della *Circ. Min. 4/98 Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica*, 1999.



ANTIALLERGICO
Zirtec[®]
cetirizina

Riassunto delle caratteristiche dei prodotti

- 1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE ZIRTEC 10 mg compresse rivestite con film.
- 2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA Ogni compressa contiene: Cetirizina dicloridrato mg 10.
- 3) FORMA FARMACEUTICA Compresse rivestite con film. Scatola da 20 compresse.
- 4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica. 4.2) Posologia e modo di somministrazione La posologia va determinata dal medico. Per i bambini al di sopra dei 12 anni e per gli adulti, la posologia sarà generalmente di una compressa al giorno in una dose. Il farmaco va inghiottito per intero con un po' d'acqua. La posologia deve essere ridotta in pazienti con insufficienza epatica o renale. 4.3) Controindicazioni Ipersensibilità accertata verso il farmaco. 4.4) Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. 4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione Non sono note a tutt'oggi interazioni con altri farmaci di comune impiego. E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. 4.6) Gravidanza e allattamento Anche se gli studi sperimentali sugli animali non hanno fatto rilevare alcun effetto dannoso sul feto, in via precauzionale Zirtec non dovrebbe essere somministrato nella donna in stato di gravidanza accertata o presunta, a meno che, secondo giudizio del medico, i benefici ottenibili siano superiori ai rischi potenziali. Per gli stessi motivi la somministrazione di Zirtec deve essere evitata durante l'allattamento. 4.7) Effetti sulla capacità di guidare ed usare macchinari Si consiglia di non superare le dosi giornaliere consigliate se si deve guidare un veicolo od utilizzare macchinari pericolosi. 4.8) Effetti indesiderati All'inizio del trattamento, taluni pazienti hanno a volte segnalato una leggera sedazione che può essere evitata ripartendo la dose singola in due somministrazioni. Il paziente deve comunicare al medico od al farmacista qualsiasi effetto indesiderato non descritto nel foglio illustrativo. 4.9) Sovradosaggio La sonnolenza può essere un sintomo di sovradosaggio (generalmente con più di 5 compresse). Per il momento non esiste un antidoto specifico.
- 5) PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1) Proprietà farmacodinamiche La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H1 per l'istamina. Gli studi clinici non hanno messo in evidenza alcun effetto sedativo sul sistema nervoso centrale significativamente diverso da quello di un placebo, né mediante le registrazioni elettroencefalografiche quantificate, né mediante i tests psicometrici e di vigilanza. D'altra parte, lo Zirtec non possiede effetti anticolinergici né antiserotoninergici. Infine, non è stato osservato potenziamento della sedazione e dell'alterazione delle performances causate dall'alcool. 5.2) Proprietà farmacocinetiche L'assorbimento risulta regolare: una somministrazione di 10 mg di Cetirizina in compresse raggiunge entro i 30'-60' un picco plasmatico dell'ordine degli 0,3 mcg/ml. L'emivita plasmatica è di 11 ore circa. La clearance renale è di 39 ml/min., l'emivita di escrezione è di circa 9 ore. La Cetirizina è fortemente legata alle proteine plasmatiche. Uno studio di bioequivalenza su volontari sani ha dimostrato la bioequivalenza della forma Cetirizina gocce 10 mg/ml con la forma compresse 10 mg.
- 6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Lista degli eccipienti Nucleo: Lattosio, Silice colloidale, Magnesio stearato, Cellulosa microcristallina. Rivestimento: Opadry Y-1-7000 composto da: Idrossi-propil-metil cellulosa, Titanio biossido, Polietilenglicole. 6.2) Incompatibilità Non sono state evidenziate a tutt'oggi incompatibilità fisico-chimiche con altri farmaci. 6.3) Validità 3 anni a confezionamento integro. ATTENZIONE: non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. 6.4) Speciali precauzioni per la conservazione Nessuna. 6.5) Natura e contenuto del contenitore e prezzo Blister - Scatola da 20 compresse - € 10,69. 6.6) Istruzioni per l'uso Tenere lontano dalla portata dei bambini.
- 7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO UCB Pharma S.p.A., Via Praglia 15, PIANEZZA (TO).
- 8) NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO A.I.C. n. 026894016.
- 9) DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO ALL'AUTORIZZAZIONE 01/04/89. Rinnovo Giugno 2000.
- 10) TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309 Non soggetto.
- 11) REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile.
- 12) DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO Giugno 2000.

- 1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE ZIRTEC 10 mg/ml gocce orali, soluzione.
- 2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cetirizina dicloridrato mg 10.
- 3) FORMA FARMACEUTICA Gocce orali soluzione 10 mg/ml, flacone da 20 ml. Via di somministrazione: orale.
- 4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica. 4.2) Posologia e modo di somministrazione Adulti e ragazzi a partire da 12 anni: Nella maggior parte dei casi la posologia consigliata è di 10 mg in unica somministrazione. Bambini di età compresa tra 6 e 12 anni: Per un peso uguale o inferiore a 30 kg 5 mg/die (pari a 10 gocce) in un'unica somministrazione. Per un peso superiore a 30 kg 10 mg/die (pari a 1 ml o 20 gocce) in una o due somministrazioni. Bambini di età compresa tra 2 e 5 anni: 5 mg/die (10 gocce) in un'unica somministrazione alla sera. In bambini di peso inferiore a 20 kg possono essere sufficienti 2,5 mg/die (5 gocce). La posologia deve essere ridotta in pazienti con insufficienza epatica o renale. 4.3) Controindicazioni Ipersensibilità accertata verso il farmaco. 4.4) Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. Il prodotto contiene glicerolo, dannoso ad alte dosi. Può causare disturbi gastrici e diarrea. 4.5) Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione Non sono note a tutt'oggi interazioni con altri farmaci di comune impiego. E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. 4.6) Gravidanza e allattamento Anche se gli studi sperimentali sugli animali non hanno fatto rilevare alcun effetto dannoso sul feto, in via precauzionale Zirtec non dovrebbe essere somministrato nella donna in stato di gravidanza accertata o presunta, a meno che, secondo giudizio del medico, i benefici ottenibili siano superiori ai rischi potenziali. Per gli stessi motivi la somministrazione di Zirtec deve essere evitata durante l'allattamento. 4.7) Effetti sulla capacità di guidare ed usare macchinari Si consiglia di non superare le dosi giornaliere consigliate se si deve guidare un veicolo od utilizzare macchinari pericolosi. 4.8) Effetti indesiderati All'inizio del trattamento, taluni pazienti hanno a volte segnalato una leggera sedazione che può essere evitata ripartendo la dose singola in due somministrazioni. Il paziente deve comunicare al medico od al farmacista qualsiasi effetto indesiderato non descritto nel foglio illustrativo. 4.9) Sovradosaggio La sonnolenza può essere un sintomo di sovradosaggio. Per il momento non esiste un antidoto specifico. Si consiglia di praticare trattamenti generali di supporto comprendenti un frequente controllo dei sintomi vitali. Cetirizina cloridrato non è dializzabile.
- 5) PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H1 per l'istamina. Gli studi clinici non hanno messo in evidenza effetti sedativi significativi sul sistema nervoso centrale, né mediante registrazioni elettroencefalografiche quantificate, né mediante tests psicometrici e di vigilanza. D'altra parte, Zirtec non possiede effetti anticolinergici né antiserotoninergici. Infine, non è stato osservato potenziamento della sedazione e dell'alterazione delle performances causate dall'alcool.
- 6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Lista degli eccipienti Glicerolo (85%), Propilenglicole, Saccarinato sodico, Metilparaben, Propilparaben, Acetato di sodio, Acido acetico, Acqua purificata. 6.2) Incompatibilità Non sono state evidenziate a tutt'oggi incompatibilità fisico-chimiche con altri farmaci. 6.3) Validità 3 anni a confezionamento integro. ATTENZIONE: non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. 6.4) Speciali precauzioni per la conservazione Nessuna. 6.5) Natura e contenuto del contenitore e prezzo Gocce - Flacone di vetro da 20 ml con contagocce - € 13,89. 6.6) Istruzioni per l'uso Nessuna.
- 7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO UCB Pharma S.p.A. - Via Praglia 15 - PIANEZZA (TO).
- 8) NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO A.I.C. n. 026894028.
- 9) DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO ALL'AUTORIZZAZIONE 10/11/1995. Rinnovo Giugno 2000.
- 10) TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309 Non soggetto.
- 11) REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile.
- 12) DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO Giugno 2000.

Due lattanti con crisi recidivanti di apnea e cianosi

Giovanni Nocerino*, Anna Maria Riemma*, Luciano De Seta*, Rosaria Crusco**, Laura Pescatore**, Paolo Siani**

*U.O.Complexa IV Pediatria Ospedale SS. Annunziata, ASL 1 Napoli **Dipartimento Materno Infantile AORN A. Cardarelli Napoli

CASO 1

La storia

Maria, di due mesi, giunge in ospedale perché, poco prima del ricovero, ha presentato due episodi di cianosi al volto ed alle estremità della durata di circa 15 secondi. Il secondo episodio si è associato ad una crisi di apnea di breve durata risoltasi spontaneamente. Nell'anamnesi familiare non si raccolgono elementi degni di nota. La piccola è nata da una gravidanza gemellare, alla 35a settimana di gestazione, da taglio cesareo, con un peso di gr. 1880 e si alimenta con latte formulato del tipo "adattato". Da circa una settimana presenta una rinfaringite trattata a domicilio con mucolitici per aerosol. La madre, ad un approfondimento anamnestico, riferisce che nei giorni precedenti, la piccola aveva presentato altri due fugaci episodi di cianosi al probabio associati a tosse, uno dei quali si era verificato durante il sonno: i due episodi erano stati interpretati dal pediatra di famiglia, come causati da fugaci inalazioni di latte.

Il decorso

All'ingresso (ore 8) Maria si presenta in condizioni generali buone: colorito roseo di cute e mucose visibili, normale attività respiratoria e cardiaca. La lunghezza è di cm 49 (5° percentile), il peso è Kg 3,550 (10° percentile). La frequenza cardiaca è di 110/min.; la frequenza respiratoria di 45/min. L'addome è trattabile, il fegato nei limiti fisiologici, milza palpabile a circa due cm dall'arco costale di consistenza parenchimatosa. Esame neurologico nella norma. Durante le prime dieci ore di ricovero la piccola si alimenta senza difficoltà, ha un buon ritmo sonno-veglia e non mostra alcuna particolare sintomatologia, tranne la presenza di singhiozzi a carattere sporadico. I primi esami di laboratorio (esame urine, glicemia, calcemia, emocromo, indici di flogosi, funzionalità epatica e renale, elettroliti serici, emoga-

nalisi) risultano nella norma così come l'Rx standard del torace ed un ECG. La bambina viene monitorata con apnea-monitor e saturimetro per il controllo continuo e la registrazione grafica della frequenza respiratoria, di quella cardiaca e della saturazione di O₂. Nel pomeriggio (ore 18) la piccola, improvvisamente presenta una crisi d'apnea con cianosi, ipertono muscolare ed oculoverisione verso l'alto con perdita della coscienza della durata di circa 30 secondi. La crisi avviene senza alcun rapporto col pasto (ha assunto l'ultima poppata alle ore 14) e non è preceduta da tosse. Sottoposta alle prime manovre rianimatorie si assiste ad una ripresa dell'attività respiratoria.

Durante i primi tre giorni di degenza la piccola presenta altri tre fugaci episodi d'apnea subito svelati dall'apnea monitor e rapidamente risolti dopo pochi secondi e seguiti da un miglioramento del tono muscolare e del colorito dopo circa tre minuti.

CASO 2

La storia

Cira di 40 giorni si ricovera presso il nostro reparto per vomito e crisi di cianosi. La piccola è nata a termine da parto eutocico dopo gravidanza normocondotta con peso alla nascita di Kg 3,050. Alimentata con formula dalla nascita. In terza giornata è stata ricoverata in terapia intensiva neonatale per crisi di cianosi e dimessa senza che gli esami praticati avessero evidenziato nulla di patologico.

A 15 giorni secondo ricovero per bronchite asmatica. Dall'anamnesi familiare si ricava che una sorellina è deceduta "per morte in culla" all'età di 40 giorni e che una zia di primo grado e una di secondo grado per parte paterna soffrono di epilessia.

Il decorso

All'ingresso non si evidenzia nulla di patologico, buono lo stato nutrizionale. Peso Kg

4,600, frequenza cardiaca di 95/min, frequenza respiratoria di 43/min.

Durante la degenza la piccola ha presentato tre crisi fugaci caratterizzate da apnea, pallore con ipotonia e altre tre con le stesse caratteristiche della durata di 30-60 secondi che si sono risolte con stimolazione tattile, talvolta dolorosa.

Le crisi non avevano rapporto con il pasto, né erano precedute da tosse o da rigurgito.

Gli esami di laboratorio (emocromo, azotemia, glicemia, creatinemia, elettroliti, proteine totali, albumina, AST ALT, VES, PCR, EAB, ammoniemia) risultano nella norma. Successivamente vengono praticati con esito negativo: Rx Torace, esame radiografico del canale digerente, pHmetria con registrazione continua per 24 ore.

Pratica inoltre ECG, Holter ECG ed Ecocardi che non mostrano nessuna alterazione.

L'eco cerebrale fontanellare, l'EEG, il VIDEOEEG con poligrafia con registrazione continua per 8 ore, non mostrano segni di patologia per l'età, e durante il VIDEOEEG la piccola presenta una crisi fugace.

Pratica inoltre anche RMN encefalo che dà esito negativo.

La piccola viene monitorata con controllo continuo della FR, FC, saturazione di O₂.

Durante la degenza che si protrae per oltre 2 mesi (non avendo la famiglia nessuna capacità di poter gestire tale patologia autonomamente in quanto si tratta di una famiglia ad alto rischio psicosociale) le crisi si diradano fino a scomparire del tutto.

La diagnosi

La sintomatologia presentata in entrambi i casi clinici è da inquadrare, in un vero e proprio "evento minaccioso per la vita" o, come viene più comunemente definito con acronimo in lingua inglese, ALTE (Apparent Life Threatening Event).

Per corrispondenza:

Luciano De Seta

e-mail: ludeseta@tin.it

il caso che insegna

Abstract

Two clinical cases are described in which symptoms can be both related to a "life threatening event" or as commonly defined with the English acronym ALTE (Apparent life threatening event). It is hereby described the differential diagnosis, therapy and relations between ALTE and SIDS.

Giovanni Nocerino, Anna Maria Riemma, Luciano de Seta, Rosaria Crusco, Laura Pescatore, Paolo Siani - "A training case"

Quaderni acp 2002; vol IX n° 5: 46-48

In relazione alla storia clinica ed alla sintomatologia presenti nei due casi, la diagnostica differenziale va posta nei confronti delle seguenti cause:

- apnee ostruttive nel sonno
- cardiopatie congenite
- infezioni respiratorie
- malattie neurologiche
- malattie del metabolismo
- reflusso gastroesofageo

L'apnea ostruttiva da sonno (OSAS, Obstructive Sleep Apnea Syndrome) è caratterizzata da un'ostruzione parziale o completa delle vie aeree superiori durante il sonno, con conseguente episodio d'apnea. L'apnea ostruttiva o assenza di flusso aereo oronasale in presenza di sforzo respiratorio, si distingue da quella centrale che consiste in una completa assenza dell'attività respiratoria per un periodo di tempo di almeno due cicli respiratori. Ogni condizione che provoca riduzione del calibro delle vie aeree nasali e faringee (ipertrofia tonsillare, polipi nasali, stenosi delle coane, comuni rinofaringiti) può predisporre ad un'OSAS nel lattante e nel piccolo bambino. Uno degli episodi critici riferiti dalla mamma di Maria (caso1) s'era verificato, peraltro, mentre la piccola dormiva. Un'accurata visita ORL ed un esame polisonnografico (PSG, test teso a documentare la presenza e la gravità delle manifestazioni d'apnea durante il sonno mediante la registrazione simultanea dell'EEG, della saturazione dell'Hb mediante saturimetro e della frequenza respiratoria mediante apnea-monitor) risultati nella norma, hanno permesso di escludere tale ipotesi diagnostica in entrambi i casi.

Un ECG basale ed un ECG Holter eseguiti per evidenziare eventuali disturbi del ritmo (aritmie, anomalie dell'intervallo QT, etc.) ed un'ecocardiogramma, praticato per escludere la presenza d'eventuali cardiopatie congenite, risultati nella norma, hanno, altresì, consentito di escludere tali possibilità diagnostiche in entrambi i casi.

Come altra possibile causa di ALTE nel piccolo lattante devono essere prese in considerazione anche le comuni infezioni, per lo più virali, delle prime vie aeree, associate ad edema ed ipersecrezione, che possono essere causa di apnee ostruttive nel sonno per la particolare ristrettezza delle vie aeree del lattan-

te. L'esame clinico, confortato anche da una consulenza ORL, ha permesso di escludere tale ipotesi diagnostica in ambedue i casi descritti.

L'ammoniemia, l'emogasanalisi e una lattacidemia, hanno, inoltre, consentito d'escludere eventuali malattie metaboliche (queste ultime individuate, nel 5% dei casi, con quadri clinici di SIDS).

Un'eco-encefalografia, un EEG, lo studio polisonnografico e la RMN nel caso 2 hanno inoltre escluso l'eventuale associazione dell'episodio d'ALTE con malformazioni o disturbi elettrici cerebrali.

Una volta escluse le cause surriportate, nel sospetto di un reflusso gastroesofageo (RGE), altra possibile causa di ALTE, è stata praticata una registrazione per 24 ore del tracciato pH metrico esofageo. Questo ha mostrato solo nel caso 1 una significativo aumento di episodi di reflusso con pH <4, la maggior parte dei quali con una durata >5' ed una percentuale del tempo totale di reflusso pari al 20% (v.n. fino a 5%). Una esofagogastroduodenoscopia (EGDS), con relativo esame biptico, ha mostrato il quadro anatomopatologico di un'esofagite di 1° grado. La bimba, pertanto, è stata messa in terapia antireflusso con farmaci antisecretori (omeprazolo, 1mg/kg/die) e procinetici (domperidone: 0,6 mg/die in tre dosi). A distanza di venti giorni dall'inizio della terapia s'è assistito alla completa scomparsa degli episodi di apnea. Il trattamento farmacologico è stato sospeso all'età di cinque mesi. A otto mesi la pH-metria e l'EGDS di controllo sono risultate nella norma.

Nel caso 2 invece la pH metria è risultata negativa e non si è proceduto quindi a praticare un'esofagogastroduodenoscopia.

Commento

L'acronimo ALTE (Apparent Life Threatening Event) definisce un evento drammatico che dà all'osservatore la sensazione d'imminente pericolo di vita di un bambino. È caratterizzato dalla variabile associazione d'apnea (centrale od ostruttiva), cambiamento di colore (cianosi o pallore, a volte arrossamento), modificazione del tono muscolare (di solito ipotonia), perdita della coscienza. L'incidenza varia tra lo 0,5% e il 6% dei lattanti con un picco a 3-4 mesi di vita. Il più delle volte l'e-

pisodio è già risolto al momento della visita e va ricostruito anamnesticamente. Vari fattori di rischio sono stati descritti negli ultimi anni. Tra questi i più importanti appaiono la posizione durante il sonno, il fumo in gravidanza, l'eccessivo riscaldamento ambientale, il basso livello socioeconomico familiare, il mancato uso del succhiotto, l'allattamento artificiale ed altro. I meccanismi alla base degli episodi di ALTE non sono unici e varie sono le possibili patologie associate (crisi epilettiche, reflusso gastroesofageo, malattie cardiache, metaboliche, infettive, ostruttive delle vie aeree superiori). In circa il 50% dei casi la causa non è identificabile. Considerata la complessità delle possibili cause, è importante indirizzare l'iter diagnostico dopo un'attenta indagine anamnestica che consideri tutti i fattori di rischio e che permetta di individuare nel singolo soggetto quali elementi possano avere un ruolo significativo e richiedano un approfondimento mirato. Il ruolo del RGE nella patogenesi dell'apnea infantile resta controverso.

Solo nel caso 1 era documentabile un RGE. Nonostante che in numerose casistiche di ALTE la diagnosi più frequente sia quella di RGE, appare spesso difficile stabilire una relazione causale e temporale tra i due eventi. I meccanismi alla base dell'apnea da RGE sono due: - il contatto diretto del materiale aspirato nelle vie aeree che indurrebbe uno spasmo laringeo di grado e durata variabile - un meccanismo riflesso da stimolazione acida dell'esofago distale.

I lattanti con una storia di ALTE mostrano un RGE patologico in quasi i tre quarti dei casi anche se la mancata osservazione d'una relazione temporale tra i due eventi rende l'interpretazione di questo dato assai dubbio. L'impossibilità di identificare il reflusso come causa delle ALTE ha lasciato insoluto il problema dell'identificazione precoce, mediante analisi del tracciato pH-metrico, dei lattanti a rischio di morte improvvisa. È stato proposto che la durata media dei reflussi durante il sonno (meglio degli altri indici pH-metrici) possa indicare i soggetti a più alto rischio. Sembra più probabile che diversi fattori predisponenti concorrano a determinare episodi di ALTE e/o SIDS: i reflussi acidi possono essere uno di questi cofattori. Purtroppo esi-

stono chiare dimostrazioni del rapporto esistente tra i due eventi.

Quando si verifica durante la veglia, l'apnea da RGE è riconoscibile perché si presenta con una caratteristica successione di eventi: se il lattante dopo il pasto è posto in condizioni che facilitano il reflusso, questi improvvisamente smette di respirare, sbarra gli occhi, s'irrigidisce, diventa cianotico e successivamente ipotonico. Tali episodi si possono tuttavia verificare anche durante il sonno o, spesso, non essere in alcun rapporto temporale coi pasti.

La presenza di sintomi gastroesofagei non può, allora, essere un criterio dirimente per l'indicazione ad uno studio strumentale per RGE. In molte casistiche i sintomi gastroesofagei non erano, infatti, riferiti e sono stati ricercati solo con un'approfondita anamnesi. Essi possono essere inoltre completamente assenti e il RGE manifestarsi esclusivamente con segni respiratori (apnea) come nel caso descritto. La pH-metria esofagea è l'esame gold-standard per la diagnosi, specialmente quando è possibile correlare l'episodio di reflusso acido con la comparsa di sintomi respiratori, anzi, in presenza di tale correlazione, il reflusso acido può esserne la causa, nonostante un indice di reflusso normale (<5%). È da sottolineare, in ultimo, che la presenza di un reflusso patologico non esprime sempre e comunque un rapporto di causalità: tale associazione può essere dimostrata solo in caso di risposta positiva al trattamento antireflusso.

Nel caso 2 non è stato possibile evidenziare nessuna delle patologie causa di ALTE e quindi il caso rientra in quel 50% dei casi nei quali non si riesce a identificare la causa dello e degli episodi di ALTE. Questi bambini vanno comunque ancor più controllati e monitorati nel tempo.

Dalla letteratura e dal caso abbiamo imparato che

- L'incidenza generale di ALTE è variamente stimata tra lo 0,5% ed il 6 % di tutti i bambini nel primo anno di vita (picco massimo tra i due ed i quattro mesi);
- in caso d'emergenza cardiorespiratoria il bambino deve essere inviato in un reparto di terapia intensiva. In genere però il paziente non si presenta in condizioni critiche ed è sufficiente un ricovero in reparto di pediatria dove deve essere attentamente controllato e monitorato;
- nel neonato e nel lattante, a differenza che nelle età successive, il RGE oltre che essere possibile causa di spasmo laringeo, apnee postprandiali o notturne, può essere causa di di ALTE;
- i lattanti con storia di ALTE mostrano un RGE patologico in quasi tre quarti dei casi, anche se è difficile dimostrare un rapporto di causa effetto tra ALTE;
- l'apnea da reflusso generalmente è di tipo ostruttivo (assenza di flusso aereo nonostante i continui sforzi respiratori). Si verifica entro 1-2 ore dal pasto, quando il paziente è sveglio. Può però verificarsi anche in bambini senza alcuna storia di rigurgiti od altri segni gastrointestinali;
- la pH-metria non è utile quando l'apnea è chiaramente di origine centrale, nel caso d'un singolo episodio di apnea o quando quest'ultima è chiaramente correlata al rigurgito, poiché non può dare ulteriori informazioni alla clinica;
- è necessario sottoporre alla ricerca di un RGE quei soggetti nei quali la presenza di sintomi respiratori peggiorano dopo i pasti abbondanti o in posizione supina e/o che sono prevalentemente notturni;
- il gold standard diagnostico di un episodio di ALTE da sospetto RGE è rappresentato dalla ph-metria nelle 24 ore associata a monitoraggio cardiorespiratorio con misurazione della saturazione periferica dell'Hb (eventuale contemporaneità tra gli episodi di reflusso e gli episodi di apnea con desaturazione periferica);
- quando questo non si verifica, ed è la stragrande maggioranza dei casi, la prova certa e definitiva del rapporto causa-effetto (RGE - apnea) è fornita "ex iuvantibus", dal risultato terapeutico (scomparsa della sintomatologia respiratoria dopo adeguata terapia antireflusso);
- nel 50% dei casi non è possibile identificare nessuna causa degli episodi di ALTE, come nel caso descritto n.2.

Bibliografia

- (1) Paton J et al. Gastro-oesophageal reflux and apnoeic pauses during sleep in infancy-no direct relation *Eur J Pediatr* 1990; 149:680
- (2) Vandeplass Y. Simptomatology of gastroesophageal reflux: esophageal pH monitoring for gastroesophageal reflux in infant and children. *John Wiley & Sons Inc; New York; 1992*
- (3) Hunt CE. Sudden infants death syndrome. In: Nelson WE, editor. *Textbook of pediatrics*. 15th ed. Philadelphia *WB Saunders; 1996*
- (4) Trach B. Reflux associated apnea in infants:evidence for a laryngeal chemoreflex *Am J Med* 1997; 103:120S-124S.
- (5) Young MA, Reynolds JC. Respiratory complications of gastrointestinal diseases *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27:721
- (6) Arad-Cohen N, Cohen A, Tirosh E. The relationship between gastroesophageal reflux and apnea in infants. *J Pediatr* 2000; 137:321

AVVISO IMPORTANTE PER I SOCI ACP

Il congresso nazionale ha stabilito di dare attuazione alla norma statutaria di perdita dei diritti per i soci non in regola con il pagamento delle quote sociali.

Pertanto, a far tempo dal numero 1 del 2003, i soci non in regola con il pagamento delle quote del 2002 non riceveranno più la rivista Quaderni acp.

Per conoscere lo stato delle quote è sufficiente osservare il tagliando contenente l'indirizzo nella cui ultima riga è riassunto lo stato dei pagamenti di ogni socio. La regolarizzazione delle quote per il 2002 deve avvenire con il versamento di € 52 sul Cc postale n. 12109096 intestato a:

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

Quando chiedere il test del sudore

Valeria Raia

Dipartimento di Pediatria, Università Federico II - Napoli

La Fibrosi Cistica (FC) è una malattia cronica ad eredità autosomica recessiva causata da alterazioni di una proteina di membrana codificata dal gene CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) identificata sul braccio lungo del cromosoma 7.

L'identificazione di mutazioni diverse del gene correla con una notevole variabilità nell'espressione clinica della malattia per gravità, sintomatologia ed età di insorgenza, rendendo difficile l'individuazione dei soggetti omozigoti e quindi la stima dell'incidenza della malattia e della frequenza dei portatori sani. Dati molto recenti riportati in letteratura (*Padoan R et al Regional differences in the incidence of Cystic Fibrosis in Italy Ital J Pediatr 2001; 27:876*) forniscono, dal punto di vista epidemiologico, un interessante contributo sull'attitudine diagnostica in Italia verso una malattia ancora sottodiagnosticata, evidenziando una significativa differenza dell'incidenza della FC fra le regioni: da 1:2900 in Veneto a 1:7000 in Campania, con un'incidenza media di 1:4700 in Italia (dati del Registro Italiano FC). Nonostante un miglioramento nelle conoscenze della malattia e nelle procedure diagnostiche e nonostante una significativa diminuzione della migrazione sanitaria dal Sud al Nord-Italia, l'assenza di programmi regionali di diagnosi precoce, quali lo screening neonatale per la FC, la perdita di pazienti con manifestazioni cliniche atipiche di difficile inquadramento diagnostico o le morti precoci di casi ad espressione severa prima della diagnosi possono in parte spiegare tale sotto-stima in Campania.

Tuttavia, le differenze di incidenza regionale della malattia si rilevano anche fra regioni che attuano una qualche forma di screening neonatale (Veneto 1:2900, Lombardia 1:4200) e regioni in cui lo screening non viene eseguito (Emilia-Romagna 1:4200 e Campania 1:7000). Per tali casi, probabilmente una maggiore sensibilizzazione dei pediatri di famiglia, dei pediatri ospedalieri ed anche dei medici di medicina generale può contribuire

ad anticipare l'età di diagnosi e ad identificare un maggior numero di casi.

In Campania è stata recentemente elaborata una scheda con le indicazioni più comuni e meno comuni per la richiesta del test del sudore, che è stata distribuita ad un gruppo di pediatri di famiglia e ospedalieri associata ad un'ampia campagna di sensibilizzazione sui sintomi di esordio della malattia secondo l'età, sulla base delle nuove informazioni che emergono dalla letteratura e sulla possibile identificazione di nuovi gruppi di pazienti con eterogeneità clinica associata al test del sudore

normale/border-line. Tale strategia territoriale per la diagnosi di FC potrebbe contribuire ad identificare pazienti non ancora diagnosticati, a ridurre l'età media di diagnosi e in definitiva ad intraprendere un precoce programma di trattamento, ciò al fine di migliorare la prognosi della malattia, nell'ambito di procedure che possano implementare la diagnosi clinica precoce di FC, in attesa di sollecitare interventi regionali finalizzati ad un adeguato programma di screening neonatale sulla base dell'analisi costi/benefici. La scheda viene qui riprodotta.

INDICAZIONI CLINICHE ALL'ESECUZIONE DEL TEST DEL SUDORE PER SINTOMATOLOGIA

SINTOMI RESPIRATORI

- tosse stizzosa, pertussioide, persistente
- asma e wheezing ricorrente
- bronchiti e polmoniti recidivanti
- broncorrea
- bronchiolite a decorso protratto
- anomalie radiologiche del torace persistenti
- bronchiti da infezioni croniche con patogeni (S. Aureo, H. Influenzae, P. Aeruginosa, B. Cepacia)
- poliposi nasale
- anomalie radiologiche (Rx, TC) di sinusite paranasale
- ippocratismo digitale

SINTOMI DIGESTIVI E NUTRIZIONALI

- rallentamento ed arresto della crescita
- feci voluminose, untuose, maleodoranti
- epatomegalia, ipertransaminasemia
- pancreatite

ALTRI SINTOMI

- sindrome da perdita di sali da vomito o ipertermia/diselettrolitemia

INDICAZIONI CLINICHE ALL'ESECUZIONE DEL TEST DEL SUDORE PER ETÀ

SINTOMI SPECIFICI DELL'ETÀ NEONATALE

- ileo, ritardata emissione di meconio
- ittero colestatico protratto

SINTOMI SPECIFICI DELL'ETÀ DEL LATTANTE

- alcalosi metabolica ipocloremica
- sindrome emorragica da deficit di Vitamina K
- anemia da carenza di vitamina E
- miocardiopatia primitiva
- ipoproteinemia ed edema

SINTOMI SPECIFICI DELL'ETÀ PRESCOLARE E SCOLARE

- sinusite cronica - poliposi nasale - dolori addominali ricorrenti - quadri occlusivi e subocclusivi intestinali - prolasso rettale - ipoprotrombinemia

SINTOMI SPECIFICI DELLA ADOLESCENZA ED ETÀ ADULTA

- sinusite - poliposi nasale - mucocele
- occlusioni intestinali - dolori addominali ricorrenti - colelitiasi - cirrosi biliare focale o multilobulare - ipertensione portale - rallentamento o arresto di crescita - amenorrea/azoospermia - CBAVD (agenesia bilaterale congenita dei vasi deferenti)

Per corrispondenza:

Valeria Raia

e-mail: raia@unina.it

Vaccinare i bambini contro l'influenza? Pensiamoci bene

Luisella Grandori

Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

L'ipotesi di vaccinare i bambini sani contro l'influenza si è imposta all'attenzione dei pediatri e della sanità pubblica dopo la pubblicazione su *New England Journal of Medicine* (NEJM) del 27 gennaio 2000, degli studi di Neuzil et al. e da Izurieta et al. (1, 2). Da questi risulterebbe che i bambini sani di età inferiore a 2 anni sono ad elevato rischio di complicanze e di ricovero per questa malattia. I Centers for Diseases Control consigliano quindi la vaccinazione antinfluenzale non più solo per i bambini con patologie che li espongono a maggiori rischi di complicanze, ma per tutti i bambini sani tra i 6 e i 23 mesi (3). I dati relativi ai ricoveri e alle complicanze, riportati da Neuzil e Izurieta, potrebbero infatti condurre al risparmio di un "costo" in termini di salute tale da giustificare una simile scelta.

Vi sono però alcuni aspetti di entrambi gli studi che lasciano perplessità, come sostengono McIntosh e Lieu nell'editoriale di commento dello stesso numero di NEJM (4). L'aspetto più critico è rappresentato dall'insufficiente certezza che permane nella ricerca: riuscire a distinguere le infezioni dovute al virus influenzale piuttosto che al virus respiratorio sinciziale o ad altri virus. I punti deboli dei metodi utilizzati sono esaurientemente descritti nell'editoriale a cui si rimanda. Questa incertezza appare particolarmente pesante se i risultati devono essere utilizzati come supporto ad una decisione di sanità pubblica di tale portata e complessità.

Tra l'altro dovrebbero essere eseguite due dosi, che per i più piccoli, andrebbero a sovrapporsi al calendario vaccinale routinario. Ancora: il vaccino antinfluenzale non è ancora stato studiato, sui bambini, su numeri tanto elevati da dare sicurezze. Non si può quindi escludere che un suo uso su larga scala possa mettere in evidenza rari effetti collaterali fin qui non conosciuti. Non siamo in grado, quindi, di valutare il reale rapporto rischio/beneficio dal punto di vista della sanità pubblica.

Procedendo nell'analisi: nel 2001, sempre su NEJM, è stato pubblicato uno studio di Reichert et al. (5), che dimostrerebbe, in uno studio condotto in Giappone, l'efficacia della vaccinazione antinfluenzale dei bambini in

età scolare nel difendere dalla malattia gli anziani che vivono con loro. E' ovvio l'interesse anche di questi risultati che sembrano avvalorare l'ipotesi e la motivazione di una vaccinazione allargata nei bambini. Il commento di un pediatra francese (Lellouche), comparso sulla rivista *Prescrire* nell'ottobre dello stesso anno (6), solleva però alcune questioni che fanno riflettere. Oltre alla perplessità sull'indipendenza delle conclusioni, motivata dal fatto che tra gli autori ci fosse un ricercatore di una Ditta produttrice di vaccini (che ripropone la questione del possibile conflitto di interesse anche nella ricerca) Lellouche si chiede quali siano il modello di famiglia (anziani che vivono con tanti bambini?) e le condizioni di vita (sovraffollamento?) in Giappone e se queste non possano aver condizionato i risultati dello studio. Quindi afferma, in modo condivisibile, che questi risultati non possono essere esportati in paesi diversi dal Giappone se non con grande prudenza. Inoltre, se pure è indubbio che i bambini rappresentano un "serbatoio" di questa malattia (anche i dati italiani sembrano confermarlo), viene da chiedersi se non sia preferibile (e anche meno costoso) proteggere, selezionando la popolazione su cui intervenire, le poche persone a rischio di gravi complicanze che stanno a stretto contatto con loro (anziani, parenti con malattie croniche, ecc.) piuttosto che vaccinare su larga scala una fetta così importante di popolazione. Oltre a tutto disponiamo di prove sull'efficacia della vaccinazione in queste categorie di persone, in base a studi di popolazione (riduzione di ricoveri e decessi).

Infine è evidente che l'influenza determina un pesante carico di lavoro per i pediatri, oltre a mettere in difficoltà le strutture sanitarie durante il picco epidemico. Per contrastare questo fenomeno, potrebbe essere caso mai utile mettere in atto una campagna massiccia di informazione su come affrontare l'influenza, che forse riuscirebbe anche a contenere l'uso improprio di antibiotici, tanto diffuso in questa circostanza.

Concludendo: non pare ci si possa accontentare dei risultati, a mio parere, non conclusivi e per alcuni versi non convincenti, degli studi già citati, per prendere una decisione di tale

rilevanza. Riprendendo le affermazioni di McIntosh e Lieu, sembra piuttosto necessario effettuare ulteriori indagini per valutare in modo rigoroso i danni determinati dalla malattia nei bambini e i risultati di salute che si otterrebbero vaccinando i bambini, tenendo conto anche delle caratteristiche demografiche, sociali e di organizzazione dei servizi sanitari della nostra realtà nazionale.

Bibliografia essenziale

- (1) Neuzil K. M. et al.: "The effect of influenza on hospitalizations, outpatient visits, and courses of antibiotics in children". *N Engl J Med* 2000, 342: 225-231
- (2) Izurieta H.S. et al.: "Influenza and rates of hospitalization for respiratory disease among infants and young children". *N Engl J Med* 2000, 342: 232-239
- (3) CDC: "Prevention and control of influenza-Recommendations of Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)". *MMWR* 2002, 51: RR-3
- (4) McIntosh K, Lieu T.: "Is it time to give influenza vaccine to healthy infants?". *N Engl J Med* 2000, 342: 275-276
- (5) Reichert T.A. et al.: "The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza". *N Engl J Med* 2001, 344: 889-896.
- (6) Lellouche J. P.: "Strategie vaccinale". *La Revue Prescrire* 2001, Tome 21, N° 221: 710.

PER CHI RICEVE QUESTA RIVISTA E NON È SOCIO ACP

Con il numero 1 del 2003 continuerà la turnazione degli invii della rivista in omaggio ai pediatri non soci dell'ACP, ma cesserà l'invio a coloro che l'hanno finora ricevuta.

Chi desidera ricevere ancora la rivista è pregato di contattare l'ufficio soci (Gianni Piras) 333 256 2649 o inviare un fax allo 079 259 4096 con cognome nome ed indirizzo e l'indicazione del desiderio di ricevere la rivista.

Per corrispondenza:

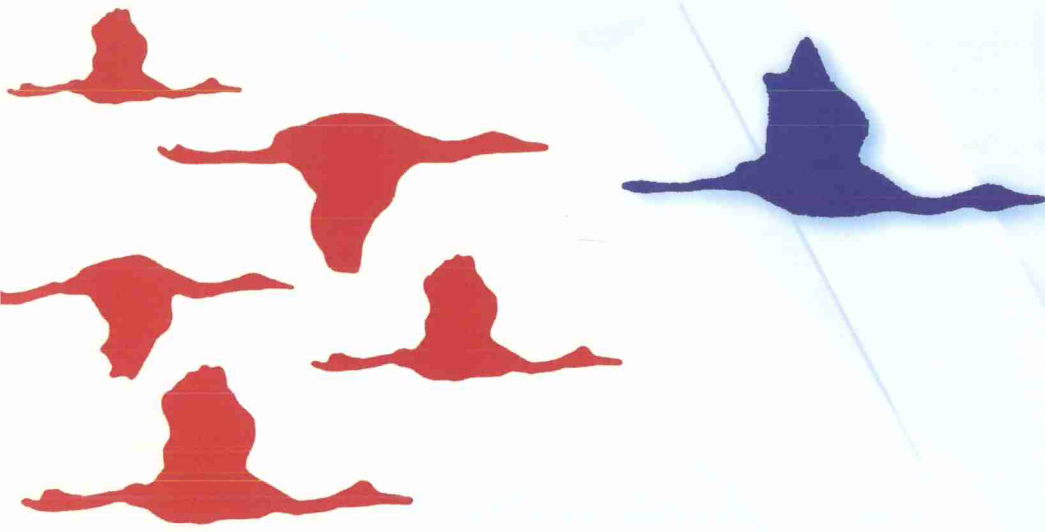
Luisella Grandori

e-mail: grandori@ausl.mo.it

attualità



ANTIALLERGICO
Zirtec®
cetirizina



HALIBORANGE[®]

GOCCE



Niente è meglio del latte materno...
...integrato con vitamine D₃, A e C

Il contenuto medio di vitamina D₃ nel latte materno è di circa 20 U.I./litro, mentre il fabbisogno giornaliero raccomandato è di 400 U.I./litro. Tale apporto è necessario per mantenere nella normalità l'omeostasi calcica e lo sviluppo osseo del lattante¹. La concomitante assunzione di vitamine A e C, al 20% delle dosi raccomandate per la prima infanzia, riduce il rischio di carenze di tali fattori, che potrebbero portare a gravi alterazioni in un periodo di crescita delicato quale il primo anno di vita.

¹ Greer F. R.: Do breastfed infants need supplemental vitamins? *Pediatr. Clin. North Am.* 48 (2), 415-423, 2001



- Non oleoso
- Senza coloranti né conservanti
- Non contiene glutine, ferro e zucchero
- Insapore, inodore e incolore
- Miscibile in acqua

Eurospital