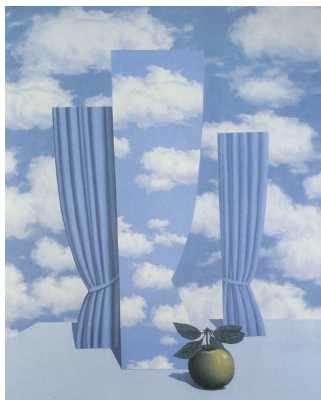




Qui c'è materiale "naturale" per il pediatra di famiglia.

INTERVENTI DI CARATTERE FISICO PER RIDURRE LA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI VIRALI. FATTI O FANTASIE?

Fatti, fatti. L'analisi di 138 *full paper* su 2300 studi "scansionati", sia pure di qualità variabile, comprendenti studi di coorte, sperimentazioni controllate, studi ossevazionali, studio caso-controllo (tra cui 6 studi caso-controllo, mirati specificamente alla prevenzione della SARS e di qualità sufficiente a consentire di sottoporli a meta-analisi, alcuni tipi di interventi "forti", con risultato positivo: lavaggio delle mani, mascherina, guanti, copri-abiti), consente di affermare che gli interventi tradizionali di carattere fisico (isolamento, distanziamento sociale, barriere, prevenzione personale, misure generali di igiene) sono realmente efficaci, oltre che di basso costo, per ridurre la diffusione dei virus respiratori, specialmente tra i bambini più piccoli. Per il lavaggio delle mani avevamo già trovato prove certe di efficacia (inversamente proporzionali, peraltro, alla situazione di igiene ambientale)¹.

TONSILLITE: AMOXICILLINA UNA VOLTA AL GIORNO

Continua il gioco della riduzione delle dosi alla ricerca di una compliance che nella mente del medico deve essere sentita come irraggiungibile (che differenza farà una volta al giorno rispetto a due?). La somministrazione di una singola dose giornaliera di amoxicillina (1500 mg per pazienti di peso > 30 kg; 750 mg per pazienti di peso < 30 kg) non è inferiore alla penicillina V in due somministrazioni (500 o 250 mg/dose), nei riguardi della eradicazione del GABHS a 3-6 gg (95%), 12-16 gg (94%), 26-36 gg

(92%): 177 casi con amoxicillina, 176 casi con penicillina. Lavoro serio, quasi troppo².

PFAPA. COLCHICINA???

Nove pazienti con episodi di PFAPA, con intervallo libero eguale o inferiore a 14 gg, sono stati trattati con colchicina, che ha allungato l'intervallo tra gli episodi in 8 su 9. Forse bisogna esser matti a fare queste prove (e forse anche a riferirle)³.

OTITE: ANALGESICI E ANTIBIOTICI

La lignocaina al 2% in soluzione acquosa, per uso topico, dà un sollievo rapido (in 10 min) all'otalgia di presunta otite media. Lavoro un po' ridicolo, evidentemente, anche se condotto con tutte le misure, compresa la misura del dolore con la *Bieri facies scale*; e di modesta utilità, considerando la usuale brevità del dolore dell'otite, e d'altronde corrispondente al comune sapere raccolto col vecchio *Otalgan*; ma, con i tempi che corrono, forse tutto fa brodo⁴.

L'antibiotico è raccomandato (in UK) per l'otite dei bambini sotto i due mesi (otite, per inciso, che colpisce più i maschi e che è spesso accompagnata da bronchiolite e diarrea). Questa indicazione a utilizzare comunque un trattamento antibiotico empirico in questi piccoli lattanti è più che in accordo con tutti gli studi di efficacia/inefficacia degli antibiotici nell'otite, che comunque li raccomandano (per prudenza) almeno sotto l'anno.

Il motivo, un po' ingenuo, per cui lo raccomandano gli otorini inglesi è che queste otiti sono prevalentemente da pneumococco e da emofilo, come testimoniano le colture, e che, ciò malgrado, nel 70% dei casi non c'è né febbre né leucocitosi neutrofila, sicché non si può far conto sul laboratorio per riconoscerne la causa batterica (in realtà sappiamo che anche nel bambino più grandicello l'otite, anche batterica, raramente si accompagna ai segni flogistici del laboratorio, in specie alla PCR)⁵.

PAROTIDITE RICORRENTE E TERAPIA OCCLUSALE

L'ipotesi di partenza è che una malocclusione con conseguente sbilanciamento

to delle forze masticatorie possa essere quanto meno un fattore favorente la parotidite ricorrente. Tredici pazienti (4-14 anni) con malocclusione sono stati trattati mediante l'applicazione di un *device* dentario e 9 di questi hanno avuto un netto miglioramento o la cessazione delle ricadute (ricerca italiana).

NB. Si tratta naturalmente, e non poteva essere diversamente, di uno studio pilota. Se, come dovrebbe forse avvenire, la pratica si diffondesse attraverso una ricerca collaborativa multicentrica, questa dovrebbe essere sperimentata contro trattamenti più convenzionali, cortisonici e antibiotici⁶.

BRONCHIOLE E CPAP

La somministrazione di O₂ mediante CPAP anziché mediante mascherina o sonda nasale migliora significativamente l'ipercapnia (diminuzione media di 0,92 kPa, contro un aumento medio di 0,04 kPa col trattamento tradizionale (29 bambini di età < 1 anno)⁷. Ma questo, ci sembra, non basta a cambiare la regola generale: la bronchiolite non ha bisogno di terapie farmacologiche e ha in pratica una mortalità uguale a zero.

BRONCOPOLMONITE: TREND, CRITERI DIAGNOSTICI, TERAPIA

Prima domanda: qual è il trend dei ricoveri per empiema in Occidente? La risposta è: in aumento, quanto meno in Scozia, specialmente nell'ultimo decennio⁸.

L'aumento riguarda i casi di empiema, per tutte le età < 15 anni a partire dal 1998 (da < 10 a 37/1.000.000/anno), e in particolare per l'età 1-4 anni (da 6,5 a 66/1.000.000/anno). I ricoveri per polmonite, circa cento volte superiori a quelli per empiema, restano costanti per tutte le età, meno che per l'età 1-4 anni, per la quale aumentano in media di 50/1.000.000 per anno, a partire dalla fine degli anni '90; i ricoveri per crup rimangono costanti dal 1980 a oggi.

Gli Autori pensano che questa dissociazione tra aumento dei ricoveri per polmonite e quello dei ricoveri per empiema dipenda da una questione di patogenicità batterica o di suscettibilità d'ospite (conclusione innocua e poco discutibile).

Seconda domanda: è possibile differenziare la polmonite batterica da quella virale o da *Mycoplasma pneumoniae*? La

risposta è sempre la stessa: no; solo una procalcitonina < 1,0 ng/ml è un predittore indipendente di eziologia batterica. Non lo sono né il quadro radiologico né il reperto ascoltorio (di quello percussorio non si parla, né del grado di compromissione clinica)⁹.

NB. Lo studio retrospettivo riguarda 101 casi di broncopolmonite acquisita in comunità, distribuiti, sulla base dei dati anticorpali, in 18 casi di polmonite pneumococcica, 20 di polmonite atipica e 22 di polmonite virale (la distribuzione mostra dunque un eccesso di polmoniti virali rispetto all'atteso; non è considerata l'eziologia da associazione, che sappiamo molto comune, specie tra virus e pneumococco); non sono prese in considerazione, come è stato detto, né la gravità clinica, che a noi sembra invece importante, né l'eventuale alterazione stetoscopica. L'osservazione, che non è sostanzialmente diversa da altre riportate nelle due ultime decadi, potrebbe esser vera in sé (anche se resta difficilmente credibile, in assoluto) oppure dipendere da un appiattimento verso il basso della gravità della polmonite, qualunque sia l'eziologia.

Terza domanda: la tanto temuta resistenza alla penicillina ha un peso effettivo nell'efficacia della terapia antibiotica corrente, in particolare dell'amoxicillina/ampicillina? La risposta, valutata su larghi numeri in alcuni Paesi poveri, sembra essere no, in accordo con quanto già segnalato in questa rubrica; e l'amoxicillina/ampicillina è ancora, dappertutto, il farmaco di scelta. Le ricerche qui riportate sono forse difficilmente paragonabili alle nostre: ci consentono comunque di dire che la polmonite severa si può curare senza ricovero, che di polmonite anche molto severa non si muore o è molto difficile morire, anche nei Paesi in cui lo stato nutrizionale è mediamente scadente, e che i beta-lattamici rimangono comunque i farmaci di scelta. Precedenti ricerche, sempre condotte nei Paesi poveri, e qui recensite, danno la certezza che anche in quelle condizioni la terapia orale (amoxicillina) vale come quella parenterale.

In Bangladesh, per mancanza di letti, sono stati trattati in *day care* 234 bambini di 2-59 mesi su 251 che si erano presentati, con polmoniti gravi o gravissime, senza decessi e con 11 soli ricoveri¹⁰.

Un altro largo studio collaborativo (*Severe Pneumonia Evaluation Research Study*, SPEARS), svolto in 7 Paesi africani, sudamericani e asiatici, sulla polmonite molto seve-

ra, mostra la superiorità dell'associazione ampicillina-gentamicina rispetto al cloramfenicolo, anche per la polmonite da stafilococco aureo, il più rappresentato nel campione; e naturalmente per la polmonite da pneumococco¹¹.

Nell'America latina (240 bambini con polmonite severa) non è risultata nessuna associazione tra un fallimento clinico della terapia e la dimostrazione in vitro di resistenza alla penicillina (**NB.** La resistenza alla penicillina non comporta una resistenza all'ampicillina/amoxicillina). Gli Autori concludono che la terapia di scelta per la polmonite è rappresentata dalla penicillina/ampicillina in vena!!!!¹²).

Ultima domanda: dopo la guarigione da una polmonite, come funziona il polmone? La risposta è "non bene". In un follow-up su 103 casi e 248 controlli, i casi sono risultati avere 2,4 volte più probabilità di avere tosse persistente; 5,5 volte più probabilità di avere una morfologia toracica imperfetta; e presentano inoltre un significativo difetto della FEV1 e della FVC (paradossalmente i figli di non atopici, e solo loro, hanno più probabilità di andare incontro ad asma)¹³. Naturalmente la cosa può anche essere letta non nel senso che questi siano esiti della polmonite ma piuttosto nel senso che la polmonite è facilitata da ciascuna di queste piccole anomalie.

ETÀ GESTAZIONALE E PESO ALLA NASCITA COME FATTORI DI RISCHIO DI PATOLOGIA RESPIRATORIA

Il basso peso alla nascita e la bassa età gestazionale sono due fattori di rischio associati a patologia respiratoria e specificamente a patologia bronco-ostruttiva nel bambino e nell'adulto. Questo è in parte dovuto a fattori meccanici, legati alle dimensioni del torace e alla statura da seduto (indipendentemente dalla statura da adulto), misure che si associano positivamente (sempre nell'adulto) ai valori di FEV1 (aumento di 30 ml per ogni incremento di 1 DS di peso alla nascita e di 19 ml per il corrispondente incremento di statura da seduto) e di FVC¹⁴. Vedi anche nel capitolo dedicato all'asma.

Più in generale, i bambini estremamente pretermine presentano un continuum di cattiva salute respiratoria che è massimo per quelli che hanno avuto una displasia broncopolmonare e per quelli che erano stati dimessi in supplementazione di O₂.

In tutti il PEF è mediamente più basso che nei compagni di classe, e più basso ancora in quelli che avevano avuto displasia broncopolmonare o necessità di supplementazione con O₂¹⁵.

INFEZIONI RESPIRATORIE VIRALI: CORRELAZIONE CON L'INCIDENZA DI POLMONITE PNEUMOCOCCICA

La ricerca è stata condotta nel corso di 6 successive stagioni invernali, durante le quali sono stati visti 435 bambini con polmonite pneumococcica, 6963 con infezione da VRS, 1860 con infezione da virus influenzale, 1459 con infezione da virus parainfluenzale, 818 con infezione da adenovirus, 253 con infezione da metapneumovirus (questi ultimi raccolti solo negli ultimi 5 mesi della ricerca).

È stata osservata una correlazione tra incidenza dell'infezione pneumococcica e precedente incidenza di infezione da VRS (fino a 4 settimane dopo l'attività del virus), e di infezione da virus influenzale e da metapneumovirus (fino a 2 settimane dopo l'attività dei due virus respiratori). I sierotipi del pneumococco più spesso in causa sono stati i seguenti: 1, 19A, 3, 7F¹⁶.

QUANTE VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI OCCORRONO PER RIDURRE DI UNA UNITÀ IL NUMERO DEI RICOVERI NEI BAMBINI DEI PRIMI 5 ANNI?

Il numero, calcolato per un'efficacia protettiva del vaccino pari al 50%, è di 1031-3050 per i bambini tra 6 mesi e 2 anni e di 4255-6897 per i bambini dai 2 ai 5 anni. Per risparmiare una visita ambulatoriale attribuibile a influenza (cioè, in pratica, un caso di malattia) occorrono molte meno vaccinazioni: da 12 a 42 per bambini sotto i 5 anni¹⁷.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE E RISCHIO DI POLMONITE (NEL VECCHIO)

Come fa ben intendere il titolo di questa citazione, qui i bambini non c'entrano. Tuttavia, fino a pochi anni fa, la vaccinazione antinfluenzale era raccomandata SOLO per i vecchi, allo scopo di prevenire la broncopolmonite.

Oggi le indicazioni si sono moltiplicate e si cerca disperatamente di arruolare alla vaccinazione antinfluenzale la maggiore percentuale possibile di bambini, con risultati epidemiologici, per dire il vero, molto deboli; ma non può non colpire il fatto che anche quella indicazione "classica" è in realtà fasulla. Infatti, dallo studio su una popolazione di 1173 casi di anziani con broncopolmonite e 2346 controlli risulta che la vaccinazione antinfluenzale NON è associata a un ridotto ri-

schio di polmonite (OR 0,92)¹⁸. Se tanto mi dà tanto!

IL MIELE CALMA LA TOSSE

In 106 bambini di età media tra 4 e 5 anni con infezione respiratoria indifferenziata è stata comparata l'efficacia della somministrazione di un cucchiaino di miele oppure di una dose standard per il peso di destrometorfano, o ancora di nessun trattamento. L'efficacia è stata valutata su alcuni parametri prevalentemente soggettivi (sia sul sonno del bambino che sul sonno dei familiari, che sulla severità della tosse che sul fastidio dimostrato dal bambino nei riguardi del sintomo). Rispetto alla scelta di non far niente (scelta che comunque è stata seguita da un apparente miglioramento), la somministrazione di miele è risultata significativamente efficace ($p < 0,01$), mentre l'effetto del destrometorfano si collocava a metà strada, senza differenze significative né rispetto al miele (efficacia apparente un po' inferiore) né al "nessun trattamento" (efficacia apparente un po' superiore). L'efficacia del miele è stata attribuita all'effetto antiossidante e antimicrobico dei composti fenolici (più abbondanti nel miele "scuro"), ma forse anche all'effetto del "dolce" sulla salivazione e forse sull'idratazione dei secreti, oltre che a un effetto emolliente sul faringe, effetti questi forse

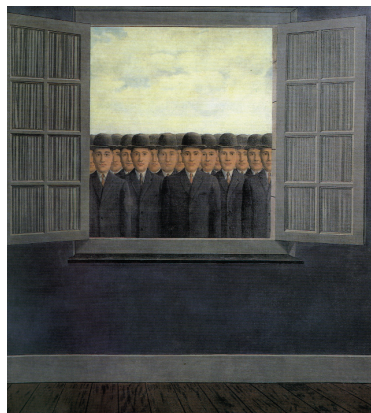
più evidenti nei casi di tosse secca, non produttiva. Un altro meccanismo chiamato in causa è stato quello della liberazione di oppioidi endogeni¹⁹.

Bibliografia

1. Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ* 2008; 336:77-80.
2. Lennon DR, Farrell E, Martin DR, Stewart JM. Once-day amoxicillin versus twice-day penicillin V in group A beta-haemolytic streptococcal pharyngitis. *Arch Dis Child* 2008;93:474-8.
3. Tasher D, Stein M, Dalal I, Somekh E. Colchicine prophylaxis for frequent periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis episodes. *Acta Paediatr* 2008;97:1090-2.
4. Bolt P, Barnett P, Babl FE, Sharwood LN. Topical lignocaine for pain relief in acute otitis media: results of a double-blind placebo-controlled randomised trial. *Arch Dis Child* 2008;93:40-4.
5. Berkun Y, Nir-Paz R, Ben Ami A, et al. Acute otitis media in the first two months of life: characteristics and diagnostic difficulties. *Arch Dis Child* 2008;93:40-4.
6. Bernkopf E, Colleselli P, Broia V, de Benedictis FM. Is recurrent parotitis in childhood still an enigma? A pilot experience. *Acta Paediatr* 2008;97:478-82.
7. Thia LP, McKenzie SA, Blyth TP, Minasian CC, Kozłowska WJ, Carr SB. Randomised controlled trial of nasal continuous positive airways pressure (CPAP) in bronchiolitis. *Arch Dis Child* 2008;93:45-7.
8. Roxburgh CS, Youngson GG, Townend JA, Turner SW. Trends in pneumonia and empyema in Scottish children in the past 25 years. *Arch Dis Child* 2008;93:316-8.
9. Korppi M, Don M, Valent F, Canciani M. The value of clinical features in differentiating between viral, pneumococcal and atypical bacterial pneumonia in children. *Acta Paediatr* 2008;97:943-7.
10. Ashraf H, Jahan SA, Alam NH, et al. Day-care management of severe and very severe pneumonia, without associated co-morbidities such as severe

malnutrition, in an urban health clinic in Dhaka, Bangladesh. *Arch Dis Child* 2008;93:490-4.

11. Cardoso MR, Nascimento-Carvalho CM, Ferreira F, et al. Penicillin-resistant *Pneumococcus* and risk of treatment failure in pneumonia. *Arch Dis Child* 2008;93:221-5.
12. Asghar R, Banajeh S, Egas J, et al. Chloramphenicol versus ampicillin plus gentamycin for community acquired very severe pneumonia among children aged 2-59 months in low resource settings: multicentre randomised controlled trial (SPEAR study). *BMJ* 2008;336:80-4.
13. Eastham KM, Hammal DM, Parker L, Spencer DA. A follow-up study of children hospitalised with community-acquired pneumonia. *Arch Dis Child* 2008;93:755-9.
14. Orfei L, Strachan DP, Rudnicka AR, Wadsworth ME. Early influences on adult lung function in two national British cohorts. *Arch Dis Child* 2008;93: 570-4.
15. Hennessy EM, Bracewell M, Wood N, et al. Respiratory health in pre-school and school age children following extremely preterm birth. *Arch Dis Child* 2008;93:1037-43.
16. Ampofo K, Bender J, Sheng X, et al. Seasonal invasive pneumococcal disease in children: role of preceding respiratory viral infection. *Pediatrics* 2008;122:229-37.
17. Lewis EN, Griffin MR, Szilagyi PG, Zhu Y, Edwards KM, Poehling KA. Childhood influenza: number needed to vaccinate to prevent 1 hospitalization or outpatient visit. *Pediatrics* 2007;120:467-72.
18. Jackson ML, Nelson JC, Weiss NS, Neuzil KM, Barlow W, Jackson LA. Influenza vaccination and risk of community-acquired pneumonia in immunocompetent elderly people: a population-based, nested case-control study. *Lancet* 2008;372:398-405.
19. Paul IM, Beiler J, McMonagle A, Shaffer ML, Duda L, Berlin CM Jr. Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1140-6.



PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

Qui, quasi tutto riguarda il Terzo Mondo. Ma "I care".

MORTALITÀ < 5 ANNI E MDG 4

La mortalità globale < 5 anni è scesa da 110/1000 nel 1980 a 72/1000 nel 2005; e da 13,5 milioni a 9,7 milioni; per l'intervallo tra il 1990 e il fatidico 2015 è previsto un calo del 27%, molto inferiore a quello programmato, che avrebbe dovuto essere del 67/1000.

Una parte consistente del calo fin qui ottenuto riguarda l'Asia, il Sud America, il Nord Africa, l'Europa, mentre il peso del parziale fallimento previsto è tutto a carico dell'insufficiente miglioramento nell'Africa sub-sahariana, che presenta anche un calo insufficiente della fertilità¹.

La Tanzania rappresenta la principale eccezione, con una importante accelerazione dei risultati positivi negli ultimi anni (da una mortalità di 141,5/1000 nel 1990 a una mortalità del 83/1000 nel 2004, con una riduzione del 40%), dovuta a un raddoppio e a una decentralizzazione della spesa pubblica per la salute, con una copertura aumentata per alcuni interventi-chiave (politica vaccinale, trattamento integrato delle malattie del bambino, zanzariere trattate con insetticida, supplementazione di vitamina A, immunizzazione, campagna per l'allattamento al seno esclusivo)². Dei 68 Paesi con priorità di bisogni (sono i Paesi che da soli "producono" il 97% della mortalità < 5 anni e della mortalità materna), solo altri 16 sono sulla buona strada.

Gli aiuti economici che stanno, in parte, alla base di questi (nel complesso insoddisfacenti) risultati sono cresciuti di molto, ma non abbastanza, negli ultimi anni (da un totale di 2119 milioni di dollari

nel 2003 a 3482 milioni nel 2006, con un aumento del 66% dei fondi destinati alla salute del bambino)³. Il gap tra bisogno e copertura economica è poi molto diverso da Paese a Paese, e va da un 20% in Tajikistan e in Perù a un 70% in Etiopia e nel Ciad, con una media del 43%. Anche questo gap è in progressivo (ma insufficiente) miglioramento, in media di 0,9 punti percentuali per anno, a partire dal 1990⁴.

Ma il problema va al di là del miglioramento delle cure: sarebbe necessaria una riduzione della povertà, della promiscuità e quanto meno una migliore alimentazione. Un bambino che viva in uno *slum* in India nei primi 18 mesi di vita si ammala in media 12 volte, tra patologia respiratoria e gastrointestinale, e trascorre un quinto della sua esistenza da malato⁵.

MORTALITÀ MATERNA E MDG 5

Nella corsa alla riduzione della mortalità materna (MDG 5) i passi sono stati molto piccoli. Valutando tutti i Paesi del mondo, nel 2005, si sono avute 535.900 decessi, corrispondenti a una incidenza di 402 morti per 100.000 nascite, di cui il 50% nell'Africa sub-sahariana e il 45% in Asia, con un decremento, a partire dal 1990, del 2,5% all'anno. Questo decremento, tuttavia, non ha riguardato l'Africa sub-sahariana, nella quale la mortalità materna è rimasta invariata⁶.

Il calo registrato è dovuto in parte a una riduzione delle morti per aborto e a un migliore accesso alle cure ostetriche. Gli investimenti sulle levatrici, sulle cure ostetriche in emergenza e sull'utilizzo più diffuso della ventosa manuale, sono stati altrettanto importanti. Ma, per avere risultati migliori, sarà necessario andare più a fondo, non tanto nelle cure mediche specifiche quanto nella riduzione della povertà, nell'educazione alle donne, nel migliorare l'accesso alle cure dei più poveri^{7,8}.

RICORDANDO ALMA ATA

Il numero del 13 settembre di *Lancet* ospita una serie di articoli dedicati a una rivisitazione, a distanza di trent'anni, delle storiche dichiarazioni di Alma Ata: "Salute per tutti nell'anno 2000" (1978).

Quella è stata, nello stesso tempo, una dichiarazione rivoluzionaria (equità, giustizia sociale, promozione della salute, partecipazione della comunità, uso appropriato delle risorse) ma utopistica, seguita da un clamoroso, quasi scontato e quasi ridicolo, fallimento. L'utopia ha sbattuto il naso contro la realtà, e la salute per tutti è ben lontana dall'essere arrivata; i più realistici MDG proposti vent'anni dopo Alma Ata pongono al 2015 quella che dovrebbe essere solo una prima tappa verso l'irraggiungibile traguardo della salute per tutti, e già si vede che anche allora quel più modesto traguardo sarà lontano dall'essere raggiunto.

Comunque, rivolgersi indietro e rivedere il cammino percorso resta fondamentale per procedere. Il conflitto teorico di questi ultimi vent'anni è stato tra l'implementazione di "battaglie" selettive e verticali (contro la malaria, la Tb, l'HIV, per le vaccinazioni) e la costruzione di sistemi comprensivi di cure primarie (orizzontali) *facility-based*: oggi si tende all'integrazione tra queste due tendenze, che non necessariamente sono in conflitto.

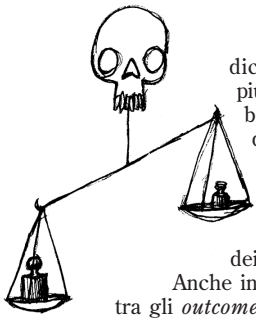
I 30 Paesi poveri che hanno ottenuto la maggiore riduzione nella mortalità < 5 anni (la Thailandia è al primo posto, con un calo dell'8,5% all'anno) si sono impegnati nella copertura e nella equità delle cure primarie (vaccinazioni, pianificazione familiare) come nello sviluppo e nella *governance* in settori della società non direttamente collegati alla sanità (istruzione, protezione sociale, infrastrutture)^{9,12}.

DISEGUAGLIANZE, SALUTE E BENESSERE

Uno studio osservazionale correla la mortalità in 126 Paesi (dati WHO) sia al grado di povertà che a quello di disuguaglianza tra classi (dati *Annual Reports of the United Nations Development Programme*). Nelle classi di età 15-29 e 25-39 anni la mortalità è più strettamente correlata al grado di disuguaglianza che non al grado di povertà globale. Per ogni livello di guadagno globale, la mortalità è più alta dove la disuguaglianza è maggiore¹³.

Questo vale sia nei Paesi ricchi che nei Paesi poveri: solo che nei Paesi ricchi (Stati Uniti) il parametro non è più soltanto la mortalità ma anche specialmente il grado di benessere (gravidezze in *teen-ager*, basso peso alla nascita, omicidi in età giovanile, obesità, performance educazionali, abbandono scolastico, problemi di salute mentale). Questi in-





dicatori sono correlati, più che alla povertà globale, alla percentuale di bambini in povertà relativa e alle disuguaglianze di guadagno piuttosto che al guadagno medio dei cittadini¹⁴.

Anche in Europa le differenze tra gli outcome di salute (ma anche con la cruda mortalità) sono legate prima che ad ogni altro fattore alle disuguaglianze socioeconomiche (che a loro volta hanno a che fare con l'educazione, con l'accesso alle cure, coi comportamenti di salute); si rilevano però alcune particolarità: differenze piccole per gli stati del Sud; molto più consistenti per le regioni dell'Est del Baltico, forse dovute alle diverse abitudini al consumo dell'alcol e del tabacco, o anche alla qualità della sanità pubblica¹⁵.

PROBLEMI DELL'OCCIDENTE: SCREENING DEL NEUROBLASTOMA, ESPOSIZIONE A PM10, RIEDUCAZIONE DELL'AMBLIOPIA, QUANTITÀ E QUALITÀ DELLE CURE AMBULATORIALI IN USA

Brevi cenni: lo screening per il neuroblastoma fatto a 6 mesi aumenta il numero delle diagnosi e ne riduce la percentuale di mortalità¹⁶; il controllo dell'inquinamento ambientale da polveri sottili e la conseguente riduzione dell'esposizione mostrano una significativa associazione negativa con la riduzione del FVC e del FEF 25-75¹⁷; il confronto randomizzato tra l'efficacia di un trattamento occlusivo

dell'ambliopia totalizzante (12 ore al giorno) e di un trattamento al risparmio (6 ore al giorno) dimostra un simile (buon) recupero per entrambi i tipi di prescrizione (nei fatti però, in entrambi i gruppi, i tempi di occlusione erano mediamente molto più bassi rispetto ai tempi prescritti)¹⁸. Infine, il numero delle visite pediatriche ambulatoriali, negli USA, risulta alquanto inferiore (in media 46,5%) rispetto a quello delle visite raccomandate e/o programmate: 67,6% per la patologia respiratoria acuta (aderenza alle cure 92,0%), 53,4% per la patologia cronica, 40,7% per gli interventi di prevenzione (aderenza alle cure 34,5%)¹⁹.

Bibliografia

1. Mourray CJ, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecast of under-5-mortality to 2015. *Lancet* 2007;370:1040-54.
2. Masanja H, de Savigny D, Smithson P, et al. Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *Lancet* 2008;371:1276-83.
3. Greco G, Powell-Jackson T, Borghi J, Mills A. Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. *Lancet* 2008;371:1268-75.
4. Boerma JT, Bryce J, Kinu Y, Axelson H, Victora CG, and Countdown 2008 Equity Analysis Group. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet* 2008;371:1259-67.
5. Gladstone BP, Muliyil JP, Jaffar S, et al. Infant morbidity in an Indian slum birth cohort. *Arch Dis Child* 2008;93:479-84.
6. Hill K, Thomas K, AbouZahr C, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* 2007;370:1311-9.
7. Cavagnero E, Daelmans B, Gupta N, Scherpbier

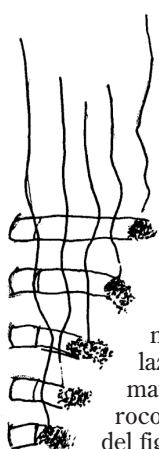
- R, Shankar A. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn and child health. *Lancet* 2008;371:1284-93.
8. Chowdhury ME, Botlero R, Koblinsky M, et al. Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30 year cohort study. *Lancet* 2007;370:1320-8.
9. Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008;372:950-61.
10. Lawn JE, Rifkin S, Were M, et al. Alma-Ata 30-years on: revolutionary, relevant, ant time to revitalize. *Lancet* 2008;372:917-27.
11. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008;372:1001-7.
12. Rosato M, Laverack G, Grabman LH, et al. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008;372:962-71.
13. Dorling D, Mitchell R, Pearce J. The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ* 2007;335:873.
14. Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *BMJ* 2007;335:1080.
15. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468-81.
16. Hiyama E, Iehara T, Sugimoto T, et al. Effectiveness of screening for neuroblastoma at 6 months of age: a retrospective population-based cohort study. *Lancet* 2008;371:1173-80.
17. Downs SH, Schindler C, Liu LJ, et al. Reduced exposure to PM10 and attenuated age-related decline in lung function. *N Engl J Med* 2007;357:2338-47.
18. Stewart CE, Stephens DA, Fielder AR, Moseley MJ; ROTAS Cooperative. Objectively monitored patching regimens for treatment of amblyopia: randomized trial. *BMJ* 2007;335:707.
19. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:1515-23.



Molto specialistico, ma con impatto sulla cultura generale del pediatra.

GRAVIDANZA: FUMO MATERNO E LCPUFA NEL NEONATO

Il livello degli acidi grassi poli-insaturi a lunga catena è più basso nei nati da fumatrici (che nemmeno hanno smesso di fumare alla fine della gravidanza, > 5 sigarette/die) che nei figli di non fumatrice. Il profilo degli acidi grassi a 4 giorni di vita mostra, nei figli di fumatrice persistente, alti livelli di acido linoleico e alfa-linolenico e bassi livelli sia dei prodotti metabolici della serie n-6 (acido omega-gamma linolenico e acido arachidonico) sia della serie n-3 (e acido docosaenoico, DHA: in sostanza un difetto nel metabolismo di sintesi degli LCPUFA).



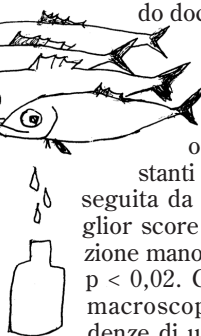
I figli delle donne che hanno smesso di fumare alla fine del terzo trimestre mostrano un simile difetto, ma limitato alla serie n-3. Il peso pre-gravidanza correla indipendentemente col livello di LCPUFA. Studio caso-controllo su 159 coppie madre-bambino; ricerca italiana¹.

Questi dati possono essere messi ragionevolmente in relazione con gli effetti del fumo materno sia sullo sviluppo neurocognitivo e comportamentale del figlio, sia sulla sua predisposizione alla patologia atopica, sia sul peso alla nascita. La fumatrice gravida con difficoltà di smettere avrebbe il dovere di ricorrere alle numerose opzioni farmacologiche e di sostegno che l'aiutino a interrompere questa perniciosa abitudine².

OLIO DI PESCE ALLA MADRE E SVILUPPO COGNITIVO DEL FIGLIO

La somministrazione a 33 gestanti, dal ventesimo giorno di gravidanza fino

alla nascita, di olio di pesce (2,2 g di acido docosaenoico, DHA, e 1,1 g di acido eicosapentaenoico, EPA), confrontata con quella di olio di oliva, dato a 39 gestanti di controllo, è stata seguita da un significativo miglior score medio di coordinazione mano/occhio, 114 vs 108, $p < 0,02$. Gli effetti non sono macroscopici; tuttavia le evidenze di un ruolo precoce dei LCPUFA nello sviluppo encefalico si stanno accumulando³.



GRAVIDANZA E LOPERAMIDE

L'uso della loperamide come antidiarroico all'inizio della gravidanza si accompagna a un maggior rischio di malformazioni (OR 1,43), di placenta previa, e di indicazione al cesareo⁴.

FLOGOSI MATERNO-FETALE E PROTEZIONE DALLO STRESS RESPIRATORIO

Lo studio include 724 bambini nati con meno di 30 settimane e ricoverati in terapia intensiva. In tutti i casi, le madri avevano ricevuto terapia steroidea. L'analisi di regressione dimostra che sia la maggiore età gestazionale (OR 0,72) sia l'evidenza di una risposta flogistica materna o materno-fetale, vale a dire la corio-amnionite isolata (OR 0,49) e la corio-amnionite associata a vasculite ombelicale (OR 0,23), rappresentano dei consistenti fattori protettivi nei riguardi dello sviluppo di sindrome da distress respiratorio (RDS). Viceversa, le gravidanze multiple, l'ipertensione gravidica e un Apgar < 4 alla nascita rappresentano dei fattori di rischio nei riguardi della RDS⁵.

CARDIOPATIE CONGENITE E DANNO NEURALE PRENATALE

I bambini nati a termine con cardiopatia congenita presentano, a carico dell'encefalo, anomalie funzionali e biochimiche simili a quelle che si riscontrano nei bambini pretermine, e che riflettono un difetto dello sviluppo intrauterino. Diminuzione del rapporto N-acetilspartato/colina ($p < 0,003$); aumento del rapporto lattato/colina ($p < 0,08$); aumento del 4% nella diffusibilità media ($p < 0,001$) e diminuzione del 12% nell'anisotropia della so-

stanza bianca ($p < 0,001$), con lesioni anatomiche della sostanza bianca nel 30% dei casi⁶.

EFFETTI SOCIALI E MEDICI DELLA NASCITA PRETERMINE

Si tratta di un tema inevitabile, poiché è troppo evidente che la nascita pretermine, affrontata con spirito tra sportivo e religioso, rappresenta il VERO PROBLEMA della neonatologia. I dati sono norvegesi, e riguardano la coorte dei nati tra il 1967 e il 1983: una fotografia. Ecco i dati: 903.402 nati vivi; 1822 nati vivi tra la 23° e la 27° settimana (17,8% sopravvissuti, con 9,1% di paralisi cerebrali, 4,4% di ritardo mentale, 10,6% di pensioni per disabilità), 2805 tra la 28° e la 30° (57,3% sopravvissuti), 7424 tra la 31° e la 33° (85,7% sopravvissuti)⁷.

MAGNESIO SOLFATO PER PREVENIRE LA PARALISI CEREBRALE: SERVE POCO

Una sperimentazione controllata contro placebo: le gestanti a rischio imminente di parto pretermine (24-31 settimane) ricevevano o il placebo oppure 6 g di solfato di magnesio in bolo, seguito da un'infusione costante di 2 g/h. La ricerca è stata condotta su 2241 donne. L'incidenza di paralisi cerebrale è stata eguale nei due gruppi (11,3% contro 11,7% nei controlli), ma nel gruppo dei trattati le paralisi di gravità moderato-severa sono state meno frequenti (1,9% vs 3,5%)⁸.

NEUROSvilUPPO, NEURODANNO E SOPRAVVIVENZA NEL VLBW: FATTORI PROTETTIVI E DI RISCHIO, TENTATIVI DI IPERALIMENTAZIONE E DI SUPPLEMENTAZIONE

È un argomento sempre caldo e tuttavia, possiamo aggiungere, sempre in (moderato) miglioramento, legato evidentemente a una progressiva migliore qualità delle cure. Vediamo in sintesi.

Per la sopravvivenza: uno studio condotto nel Regno Unito, che ha messo a confronto due coorti di nati di peso estremamente basso, VLBW (1994-1999 e 2000-2005), evidenzia una percentuale invariata di morti in sala parto, ma un netto miglioramento della mortalità nei neonati VLBW che erano stati ricoverati in terapia intensiva neonatale (da 174/490 a 236/497, $p < 0,001$), mentre nessuno dei nati a 22 settimane, nel cor-

so dei 12 anni di studi, è sopravvissuto (questo per i *teocon* italiani che hanno voluto anticipare a 22 settimane l'obbligo di terapia intensiva); per i nati a 23 settimane non c'è stato alcun miglioramento (da 18% a 19% di sopravvivenza)⁹.

Per il neurodanno: uno studio francese su 1817 bambini nati tra la 22° e la 32° settimana e 396 controlli, studiati a 5 anni, mostra: una prevalenza del 9% di paralisi cerebrali; una prevalenza del 5% di disabilità severa, una prevalenza del 9% di disabilità moderata, e una prevalenza del 25% di disabilità "minori". Nel gruppo di controllo le prevalenze relative erano pari rispettivamente a zero, zero, 3% e 12%. Il 42% del gruppo dei pretermine è dovuto ricorrere a prestazioni di *special care*¹⁰.

Uno studio molto più largo, su 16 centri europei, limitato però alla sola prevalenza delle paralisi cerebrali, dimostra una consistente riduzione nel tempo di questo tipo di danno, che scende da 60,6 a 39,5 per 1000 VLBW. Il calo di incidenza di questo tipo di neurodanno si è verificato però quasi soltanto nella fascia relativamente alta di peso (1000-500 g) mentre, e naturalmente, la maggior incidenza della paralisi cerebrale si verifica nei neonati con età gestazionale e peso più bassi¹¹. I tentativi di migliorare il neurosviluppo si basano sulla qualità delle cure e specialmente dell'alimentazione (enterale o parenterale) nel post-partum. La supplementazione di glutamina non ha dato risultati migliori, in 40 VLBW supplementati rispetto a un gruppo di 32 controlli¹². Il rischio principale (limitante) connesso alle pratiche di rialimentazione è l'enterocolite necrotizzante (NEC), ma solo sperimentazioni controllate multicentriche potranno dare indicazioni più certe (per ora manca quasi tutto, se non l'evidenza che il latte di formula aumenta il rischio di NEC e che i migliori risultati sul neurosviluppo si hanno nei bambini in cui si riesce a ottenere la migliore e più rapida crescita ponderale). Anche i prebiotici e i probiotici, così come la protezione contro gli antagonisti dei recettori per l'H2, vanno considerati tra i possibili fattori protettivi¹³. Il punto chiave per far aumentare sia il peso che la circonferenza cranica resta un'alimentazione ottimale, tendenzialmente un'iperalimentazione, il cui limite è tuttavia da definire, forse anzi da ricercare caso per caso. In una sperimentazione controllata su 142 pretermine (< 29 settimane) i bambini nel gruppo di intervento (iperalimentazio-

ne) non hanno mostrato un vantaggio significativo rispetto ai controlli, ma c'è da dire che, malgrado tutto, l'80% di questi risultavano comunque in debito di apporto proteico ed energetico; e rimane anche il fatto che un'insoddisfacciente circonferenza cranica (-2 DS rispetto alla norma) era presente nel 20% dei bambini che, qualunque fosse l'intenzione di iper- o normo-nutrire, si erano trovati ad avere un difetto dell'apporto proteico-calorico¹⁴.

VLBW E TERAPIA INTENSIVA: SOPRAVVIVENZA, NEURODANNO E FATTORI DI PROTEZIONE

È stata presa in considerazione una coorte di 4446 soggetti nati tra la 22° e la 25° settimana: 49% sono morti; 61% sono morti o hanno avuto un profondo danno; 73% sono morti o hanno avuto un danno consistente. I fattori di protezione, in aggiunta all'età gestazionale, sono il genere femminile, il miglior peso alla nascita, la non gemellarità, l'aver ricevuto terapia steroidea prenatale¹⁵.

CAFFEINA PER LE CRISI DI APNEA: EFFETTO A DISTANZA

La terapia con metilxantine delle crisi di apnea fa parte dell'armamentario tradizionale, *time-honoured*. Mancava sinora uno studio sugli effetti a distanza. Bene, nessuna cattiva sorpresa, anzi buone: 2006 pretermine con peso alla nascita tra 500 e 1250 g sono stati trattati metà con caffeina e l'altra metà con placebo: nel gruppo trattato ci sono un po' meno morti (42,2% vs 46,2%, $p < 0,008$), un po' meno paralisi cerebrali (4,4% vs 7,3%, $p < 0,009$) e un po' meno ritardi cognitivi (33,8% vs 38,3%, $p < 0,04$)¹⁶.

BASSO SCORE DI APGAR: EFFETTO A DISTANZA SUL QI

Qui non si tratta più di soggetti pretermine, ma di nati a termine: il rischio di trovarsi da grandi con un basso livello di QI è significativamente maggiore ($p < 0,03$) nei bambini che avevano avuto un basso punteggio di Apgar, specialmente se questo valore era persistito basso per un tempo prolungato (OR 1,35), e abbastanza di meno se il tempo è stato breve (OR 1,14). L'associazione tra un punteg-

gio solo transitoriamente basso e un QI < 81 è soltanto dello 0,7%¹⁷.

DISEGUAGLIANZE EDUCAZIONALI DELLA MADRE E PREMATURITÀ

Una situazione socio-economica svantaggiata è tra i fattori di rischio noti di nascita pretermine (OR 1,89 per le madri con il livello più basso nei confronti delle madri col livello più alto). Un'analisi delle componenti di questo fattore di rischio mostra che la maggior parte di questo aumentato rischio è legato a fattori biologici, come la pre-eclampsia, l'età, il peso, la presenza di psicopatologia, i problemi economici; una parte è però dovuta a fattori legati ad abitudini e stile di vita modificabili mediante programmi di intervento (alcol, tabacco, abitudini alimentari)¹⁸.

AUSTRALIA: SORVEGLIANZA PER LA SINDROME FETO-ALCOLICA (FAS)

È una ricerca condotta dall'*Australian Pediatric Surveillance Unit* (APSU), col contributo di 1150 pediatri-sentinel-la. I casi confermati sono stati 92 in 4 anni, con un aumento progressivo di anno in anno. Solo il 6,5% è stato diagnosticato alla nascita; il 63% è stato riconosciuto dopo i 5 anni; il 53% presentava microcefalia e l'86% evidenzia un danno neurologico; il 65% era indigeno e il 51% aveva un fratello con FAS¹⁹. Una bella disgrazia.



PERDITA DI PESO E DISIDRATAZIONE IPERNATREMICA NEI NEONATI ALIMENTATI AL SENO

Da uno studio su 299 soggetti risulta che i bambini allattati al seno perdono in media il 6,4% del loro peso prima di cominciare a crescere (contro il 3,7% degli allattati al poppatoio), e il 54% di questi (contro il 39%) ci mette più di 8 giorni per riguadagnare il peso della nascita. Poi la crescita rimane eguale per i due gruppi, circa 1% del peso corporeo al giorno). Dunque, come già si sapeva, l'allattamento al seno comporta un maggior rischio di disidratazione²⁰. Questa, di solito, è moderata e clinicamente mal riconoscibile. In ogni modo, la pratica di

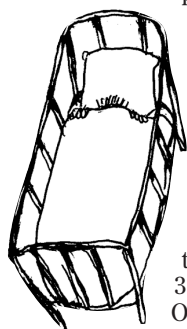
pesare i neonati tra la 72° e la 92° ora comporta un riconoscimento più precoce dell'ipernatemia (3 gg vs 6, $p < 0,01$), una ipernatemia più lieve (in media 147 mEq vs 150, $p < 0,01$), una molto più alta percentuale di bambini dimessi in allattamento al seno (73% vs 22% $p < 0,001$)²¹.

SIDS: FATTORI DI PROTEZIONE E DI RISCHIO; POLIMORFISMI DEL RECETTORE PER LA SEROTONINA 5-HTT

La SIDS è la morte improvvisa senza causa riconoscibile. Malgrado si sia registrata una diminuzione nell'incidenza del 50-90% dopo le campagne di sensibilizzazione in favore della posizione supina del neonato (e contro l'esposizione al fumo materno, il sovrariscaldamento, il lettino troppo morbido), la SIDS rimane la più importante causa di morte tra la fine del primo mese e la fine del primo anno di vita.

Discrete evidenze suggeriscono che la condivisione della stanza (senza *co-sleeping*) e l'uso del succhiotto possano essere dei fattori di protezione²²; ma quasi certamente la SIDS è sostenuta anche da fattori costituzionali non modificabili, in particolare da polimorfismi genetici del trasporto della serotonina (probabilmente a carico del *promoter* del gene 5-HTT, che sembra essere differenzialmente implicato nelle morti in posizione prona rispetto alle morti in altre posizioni²³), da una difficoltà al risveglio, da anomalie maturative del controllo autonomo cardio-respiratorio (tra cui il QT lungo). Per rimanere a quello che si può fare per ridurre ancora l'incidenza della SIDS, le prossime campagne dovrebbero riguardare soprattutto l'esposizione al fumo.

SIDS: LA TESTA SOTTO LE COPERTE COME FATTORE DI RISCHIO



Una rassegna sistematica di studi di popolazione, con controllo tra pazienti deceduti e bambini di pari età, ha messo in evidenza, in 10 studi, l'osservazione "testa sotto le coperte" nell'ultimo sonno, con una prevalenza di questo dato pari al 24,6% tra le vittime di SIDS (contro una prevalenza del 3,2% nei controlli), con un OR di 9,6. Da questi dati si

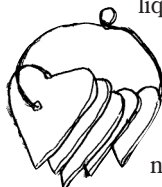
dovrebbe dedurre che tenere la testa coperta costituisce un importante fattore di rischio modificabile, e che l'eliminazione di questo fattore potrebbe ridurre di 1/4 il numero dei morti per SIDS²⁴.

SIDS ED "EXPLAINED SUDI": DIVERSITÀ DEI FATTORI DI PROTEZIONE E DI RISCHIO

Il principale fattore di rischio della SIDS è la posizione prona, che non è invece un fattore di rischio per la *explained Sudden Unexplained Death in Infancy* (*explained SUDI*), che a sua volta è dovuta, nella maggior parte dei casi (58%), a infezione respiratoria (broncopneumite 22%), come risulta da uno studio post-mortem su 1516 casi²⁵; l'allattamento al seno nelle prime 2 settimane di vita è un fattore protettivo nei riguardi della SIDS ma non della *explained SUDI*; invece, una svantaggiata situazione socio-economica, così come il fumo materno, sono fattori di rischio per entrambe le condizioni²⁶.

TACHIPNEA TRANSITORIA DEL NEONATO (TTN) E POLIMORFISMI DEL RECETTORE BETA-ADRENERGICO

Questa sindrome ben nota e sostanzialmente benigna è attribuita principalmente a un ritardato riassorbimento del liquido polmonare, processo catecolamino-dipendente.



Alla ricerca di polimorfismi associati alla sindrome sono stati genotipizzati 73 neonati che avevano presentato TTN e 55 controlli. I neonati TTN sono prevalentemente maschi (70% vs 49%, $p < 0,001$), hanno un peso alla nascita più basso (3120 vs 3396 g, $p < 0,001$), una gravidanza più breve (38,4 vs 39,4, $p < 0,001$) e nascono più spesso da cesareo (71% vs 26%, $p < 0,001$). Un polimorfismo beta1Ser49Gly differisce significativamente tra casi e controlli; una situazione di omozigosi per beta1Gly49 ha un rischio di TTN molto più alto (OR 18,5) rispetto ai portatori dell'allele beta1Ser49²⁷.

MADRI IMPIEGATE E ALLATTAMENTO AL SENO

L'anno scorso, una simile ricerca svolta in Scandinavia dimostrava una (i-

nattesa) maggior prevalenza dell'allattamento al seno tra le donne lavoratrici rispetto alle casalinghe. In Australia le cose vanno diversamente: a 6 mesi le donne impiegate *full-time* allattano nel 39% dei casi, quelle impiegate *part-time* nel 44% dei casi, e le casalinghe nel 56% dei casi²⁸. Mogli e buoi dei Paesi tuoi.

TORCICOLLO E PLAGIOCEFALIA NEI NEONATI SANI



Osservati durante la degenza post-partum, il 63% di 102 bambini sani presentano una o più asimmetrie tra collo e capo: 16% hanno torcicollo, 13% asimmetrie della mandibola, 42% asimmetrie facciali, 61% asimmetrie del neurocranio. Secondo gli Autori l'identificazione di queste anomalie minori è utile per stabilire indicazioni e raccomandazioni circa le posizioni in culla e/o la terapia fisica per prevenire l'evoluzione in deformazioni cranio-facciali più severe²⁹.

NB. Perché mai il curatore ha pensato di presentare questa stupida ricerca? Perché questa rubrica pretende, oltre che di portare novità utili all'attenzione del pediatra, anche di indicare lo stato dell'arte e le tendenze della pediatria odierna. E questo lavoro, che a sua volta pretende non solo di individuare delle anomalie che non possono esser tali se interessano più della metà dei neonati, ma anche di trarne delle indicazioni per scegliere le posture e addirittura per indicare le linee di una fisioterapia (come se quelle anomalie non dovessero "guarire" da sole), indica una deviazione al tempo stesso frivola e preoccupante di una pediatria che ha perso buona parte delle sue patologie e delle sue necessità di intervento, e se ne inventa.

DEPRESSIONE POST-PARTUM

Il confronto tra un intervento multiplo (farmacoterapia più psicoterapia di gruppo, controllo e supporto all'aderenza al trattamento) e un intervento "usuale" (farmacoterapia più breve intervento psicoterapico, consultazione medica oppure affidamento all'esterno) in un ambulatorio di cure primarie rivolto a 230 puerpere di condizione sociale bassa (in un Paese considerato ancora "in via di sviluppo", il Cile) dimostra la superiorità del primo approccio, sia sul punteggio della depressione sia sulla durata della farmacoterapia³⁰.

NB. Anche qui, il senso della scelta del con-

tributo non riguarda tanto lo studio in sé, quanto l'esempio di come una condizione comune, ma certamente trascurata nella nostra realtà medica "avanzata", venga affrontata sistematicamente e su larga scala in un Paese alquanto più povero e con importanti squilibri sociali.

MADRI CANGURO: VALUTAZIONE OBIETTIVA DELL'EFFETTO PELLE-A-PELLE SUL COMPORTAMENTO DI FRONTE AL DOLORE



Il comportamento di 30 lattanti prematuri, sia durante il trattamento "canguro" sia durante il trattamento tradizionale in culla, è stato valutato secondo il metodo osservazionale naturale in condizioni di tranquillità e durante e dopo la puntura per il *blood test stick*: nel periodo "canguro" si sono osservati una minore disorganizzazione motoria e un aumento dei segni di attenzione, sia positivi che negativi³¹.

SUCCHIOTTO: PERCHÉ LE MAMME CAMBIANO IDEA

È molto semplice: quelle che "cedono" al succhiotto è perché non ne possono più del figlio che grida; quelle che invece hanno cominciato dando il succhiotto e poi hanno desistito, lo hanno fatto perché era il bambino che lo rifiutava. Di fatto, poi, a 5 mesi il 78% dei bambini succhia il succhiotto (studio longitudinale su 174 coppie madre-bambino, in Austria)³².



Bibliografia

1. Agostoni C, Riva E, Giovannini M, et al. Maternal smoking habits are associated with differences in infants' long-chain polyunsaturated fatty acids in whole blood: a case-control study. *Arch Dis Child* 2008;93:414-8.
2. Pauly JR, Slotkin TA. Maternal tobacco smoking, nicotine replacement and neurobehavioural development. *Acta Paediatr* 2008;97:1331-7.
3. Dunstan JA, Simmer K, Dixon G, Prescott SL. Cognitive assessment of children at age 2 (1/2) years after maternal fish oil supplementation in pregnancy: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2008;93:F45-50.
4. Källén B, Nilsson E, Otterblad Olausson P. Maternal use of loperamide in early pregnancy and delivery outcome. *Acta Paediatr* 2008;97:541-5.
5. Lahra MM, Beeby PJ, Jeffery HE. Maternal versus fetal inflammation and respiratory distress syndrome: a 10 year hospital cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2008 May 7.
6. Miller SP, McQuillen PS, Hamrick S, et al. Abnormal brain development in newborns with congenital heart disease. *N Engl J Med* 2007;357:1928-38.
7. Moster D, Lie RT, Markestad T, et al. Long term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med* 2008;359:262-73.
8. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, et al. A randomized, controlled trial of magnesium sulphate for the prevention of cerebral palsy. *N Engl J Med* 2008;359:895-905.
9. Field DJ, Dorling JS, Manktelov BN, Draper ES. Survival of extremely premature babies in a geographically defined population: prospective cohort study of 1994-9 compared with 2000-5. *BMJ* 2008;336:1221-3.
10. Larroque B, Ancel PY, Marret S, et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet* 2008;371:813-20.
11. Platt MJ, Cans C, Johnson A, et al. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (< 1500 g) or born prematurely (< 32 weeks) in 16 European centres: a database study. *Lancet* 2007;369:43-50.
12. van Zwol A, van den Berg A, Huisman J, et al. Neurodevelopmental outcomes of very low birthweight infants after enteral glutamine supplementation in the neonatal period. *Acta Paediatr* 2008;97:562-7.
13. Chauhan M, Henderson G, McGuire W. Enteral feeding for very low birth weight infants: reducing the risk of necrotising enterocolitis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2008;93:F162-6.
14. Tan MJ, Cooke RW. Improving head growth in preterm infants: a randomised controlled trial. *I: neonatal outcomes. Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2008;93:F337-41.
15. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, et al. Intensive care for extreme prematurity-moving beyond gestational age. *N Engl J Med* 2008;358:1672-81.
16. Schmidt B, Roberts RS, Davis P, et al. Long-term effects of caffeine therapy per apnea of prematurity. *N Engl J Med* 2007;357:1893-902.
17. Odd DE, Rasmussen F, Gunnell D, et al. A cohort study of low Apgar score and cognitive outcomes. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2008;93:F115-20.
18. Jansen P, Tiemeier H, Jaddoe V, et al. Explaining educational inequalities in preterm birth. The generation R Study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2008 June 18.
19. Elliott EJ, Payne J, Morris A et al. Fetal alcohol syndrome: a prospective national surveillance study. *Arch Dis Child* 2008;93:732-7.
20. Crossland DS, Richmond S, Hudson M, et al. Weight change in the term baby in the first 2 weeks of life. *Acta Paediatr* 2008;97:425-9.
21. Iyer NP, Srinivasan R, Evans K, et al. Impact of an early policy on neonatal hypernatremic dehydration and breast feeding. *Arch Dis Child* 2008;93:297-9.
22. Moon RY, Horne RS, Hauck FR, et al. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007;370:1578-87.
23. Opdal SH, Vege A, Rognum T. Serotonin transporter gene variation in sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr* 2008;97:861-5.
24. Mitchell EA, Thompson JM, Becroft DM, et al. Head covering and the risk for SIDS: findings from the New Zealand and German SIDS case-control studies. *Pediatrics* 2008;121:e1478-83.
25. Weber MA, Ashworth MT, Risdon RA, Hartley JC, Malone M, Sebire NJ. The role of post-mortem investigations in determining the cause of Sudden Unexplained Death in Infancy (SUDI). *Arch Dis Child* 2008;93:1048-53.
26. Vennemann M, Bajanowski T, Butterfass-Bahloul T, et al. Do risk factors differ between explained sudden unexpected death in infancy and sudden infant death syndrome? *Arch Dis Child* 2007;92:133-6.
27. Aslan E, Tutdibi E, Martens S, Han Y, Monz D, Gortner L. Transient tachypnea of the newborn (TTN): a role for polymorphism in the beta-adrenergic receptor (ADRB, encoding genes? *Acta Paediatr* 2008;97:1346-50.
28. Cooklin AR, Donath SM, Amir LH. Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children. *Acta Paediatr* 2008;97:620-3.
29. Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones KL. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. *Arch Dis Child* 2008;93:827-31.
30. Rojas G, Fritsch R, Solis J, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1629-37.
31. Ferber SG, Makhoul IR. Neurobehavioral assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within subjects trial. *Acta Paediatr* 2008;97:171-6.
32. Pansy J, Zotter H, Sauseng W, et al. Pacifier use: what makes mothers change their mind? *Acta Paediatr* 2008;97:968-71.

L'immagine di pag. 639 è di Alberto Burri, "Litografia 10", Città di Castello, Collezione Burri. Le immagini all'interno dell'articolo sono di René Magritte.