

**Si può fare, si può fare...**

Non sarò breve. Mi dispiace. Non posso. Scrivo riallacciandomi a una recente lettera del dottor Meneghelli (*Medico e Bambino* n.1, 1999), per concordare ampiamente con lui.

Parto dall'ultima frase, che è un suo auspicio, ma anche un indirizzo del Piano Sanitario Nazionale 1998/2000: «Razionalizzare l'ospedalizzazione nell'età pediatrica... valorizzando la Pediatria di Famiglia».

Questo si può fare; si fa; lo facciamo. Ecco alcune cifre: nel nostro Reparto pediatrico... ma prima devo presentarmi: Soverato, Calabria, Ospedale di zona, a 35 km da Catanzaro (Ospedale Regionale); 8 posti letto, 5 medici, con bacino di utenza (BU) 50.000 abitanti, di cui 10.000 sotto i 15 anni. Il numero dei ricoveri negli ultimi 7 anni non è aumentato, a dispetto dei DRG, anzi: 581 ricoveri nel 1992; 425 nel 1998. Se prendiamo in considerazione solo i ricoverati provenienti dal nostro BU, contiamo 382 ricoveri nel 1992 e 244 nel 1998; gli altri 181 provengono extra-BU e rappresentano il 42,5% dei ricoveri (*Figura 1*).

Il numero complessivo di visite ambulatoriali in reparto è passato da 8150 nel 1992 a 3835 nel 1998 (con una riduzione del 55%); fra questi, quelli provenienti dal nostro BU passano da 4925 a 1735 (con una riduzione del 65%). Il "richiamo" passa dal 40% al 53,5%.

Nel '98 degenza media (DM) 3,11 giorni; però bisogna considerare che fra questi vi sono i ricoveri per Fibrosi Cistica (FC): il reparto di Soverato dal novembre 1996 è Centro Regionale per la Fibrosi Cistica; assistiamo 46 pazienti; i ricoveri per FC nel 1998 sono stati 47; questi pazienti hanno una DM di 8,74 gg. La DM generale, depurata da quella dei FC, operazione non impropria, è di 2,4 gg. Ci facciamo carico, inoltre, di altre patologie croniche (diabete, ARG, Crohn).

Il tasso di ospedalizzazione "medica" (ma i traumi cranici, i dolori addominali acuti, i piedi torti, le coxalgie vengono ricoverati da noi) per i bambini da 0 a 14 anni del nostro BU è del 28,4‰ contro una media nazionale del 120‰(!). Questo, conteggiando i ricoveri dei nostri bambini nei reparti pediatrici calabresi. Resta fuori la migrazione extra-regionale, per impossibilità ad avere dati disaggregati. Ma la media calabrese di migrazione è del 13% (e quella del nostro BU immagino sia minore), sicché si potrebbe arrivare al massimo a un indice del 29,7‰.

Per quanto riguarda i ricoveri dei neonati: 7 ricoverati nel 1998 su 395 nati, pari all'1,77% dei nati, 3 di questi (0,75%) sono stati trasferiti in Patologia Neonatale a Catanzaro. In questi 7 anni su 2700 bambini nati ne sono stati posti 2 in fototerapia, cioè

meno dello 0,1%. Ultima notazione per quanto riguarda i neonati: dimissione media in 40 ore per i nati da parto spontaneo, 94 ore per i nati da taglio cesareo.

La presenza media in Reparto (ricordiamo 8 PL) è stata per il 1998 di 3,6 P; il tasso di utilizzazione di PL del 45% (44,93% per l'esattezza). Nei 17 anni di attività di reparto (abbiamo aperto nel 1982) abbiamo "sfondato" di poco, di pochissimo, il tetto di utilizzazione del 50% solo un anno. Abbiamo spiegato nella relazione di fine anno che questo sfondamento era dovuto a inconsuete situazioni epidemiologiche (epidemie di bronchioliti in inverno e di salmonellosi in estate); abbiamo chiesto scusa e... promesso che non lo avremmo fatto più. *La Sanità e la foresta*. I DH non sono conteggiati tra i ricoveri ma tra le visite ambulatoriali; non hanno cartelle a parte, cioè non si manda il conto a nessuno. I pazienti accedono all'ambulatorio e, a seconda dei bisogni, vengono rinvii a casa o praticano accertamenti o, raramente, vengono ricoverati. A posteriori, a fine settimana, a mio arbitrio, li classifico come DH. Comunque, secondo questa mia personale classificazione, per il 1998 sarebbero 151, di cui la maggior parte FC o altre malattie croniche. (N.B. Questi non-ricoveri se computati invece come ricoveri di DH, come potrebbe anche essere giusto o normale e come, giustamente, tutti fanno, aumenterebbero del 30% circa l'indice di ospedalizzazione, portandolo al 40%). Tutte le visite ricevono una dettagliata relazione dattiloscritta, che è strumento indispensabile di comunicazione, di ricordo e di buoni rapporti con i colleghi del territorio.

La quantità dei pazienti che affluiscono

in ambulatorio muniti di regolare impegnativa (e tanto meno di ticket) è imprecisabile, perché nessuno di noi ci bada, anzi c'è la regola di non badarci.

Ma stai propagandando un reparto con le regole di Robin Hood? Cioè senza regole? Forse. Ma non abbiamo avuto mai noie per questo. È vero, i nostri rapporti con i dirigenti della ASL non sono idilliaci, anzi sono pessimi, ma perché non mostro quella sudditanza e quella ossequiosità che loro pretenderebbero. Solo per questo.

Nessuno infatti ci ha mai contestato il nostro operato, nessuno ci ha mai minacciato di "chiuderci". Siamo riusciti (o quasi) a far passare il concetto, prima attraverso la popolazione, che la redditività, la produttività (*sic!*) di un reparto non si valuta sul fatturato, cioè sulla quantità dei ricoveri, delle presenze, dei DH, delle prestazioni ma sui *non* ricoveri, sulle *non* prestazioni; in altri termini si valuta sulla quantità di salute della popolazione che gli è affidata. Salute che si persegue con l'allattamento al seno, con l'alta copertura delle vaccinazioni raccomandate, con la posizione supina durante il sonno, con i consigli di acido folico e polivitaminici alle nubende dei corsi prematrimoniali della Parrocchia ecc.

*Le penne del pavone*. Ma tutto questo, dirà il collega Meneghelli, non è tutto merito vostro, degli ospedali, si può fare solo se esiste sul territorio una buona Pediatria di famiglia.

Perfetto. È proprio ... come volevasi dimostrare (lui e noi).

Con il nostro Pdf ci vediamo per 2-2,5 ore ogni settimana, il mercoledì, dalle 12,30 alle 15. Discutiamo i casi della settimana con un prima (loro) e un dopo (noi);

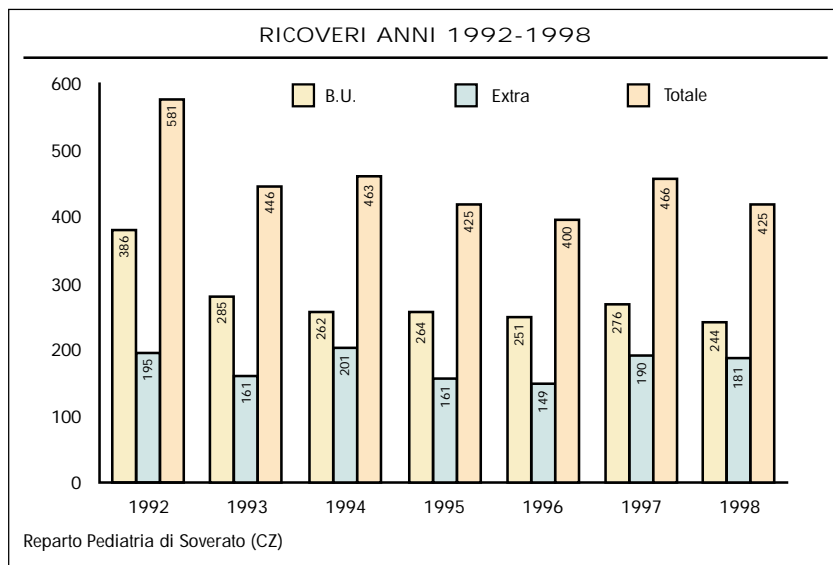


Figura 1

ELENCO DEGLI ANTIBIOTICI PIÙ  
PRESCRITTI DAI SEI PEDIATRI  
DI FAMIGLIA, PER I MESI DI  
LUGLIO E DICEMBRE 1997

TOTALE ASSISTITI = 3145

Amoxicillina	41%
Claritromicina	18,3%
Cefaclor	9,7%
Eritromicina	9,2%
Amoxi+ac. clavulanico	6,4%
Trimetoprim+sulf.	4,4%
Josamicina	2,6%
Cefixima	2,4%
Rokitamicina	1,9%
Cefuroxime	1,7%
Azitromicina	1,1%
Trimetoprim	0,4%
Miocamicina	0,4%
Roxitromicina	0,4%

Spesa totale per farmaci  
per i 2 mesi= 34.019.600 lireSpesa totale per antibiotici  
per i 2 mesi= 9.426.700 lireSpesa per antibiotici  
per pediatra/mese= 785.000 lire/ped./meseSpesa per antibiotici  
per assistito/mese= 1500 lire/assistito/meseDati forniti dal settore elaborazione dati del  
Servizio Farmaceutico ASL 7 Catanzaro

Tabella 1

rivediamo i protocolli, leggiamo le novità, recensiamo articoli, raccontiamo congressi. Questo da 15 anni. Non si fa fatica a pensare che parliamo esattamente la stessa lingua, che i comportamenti sono omogenei, che non esistono .... i colpi bassi.

Pediatrati non "solisti", ma orchestrali, con squisite vocazioni corali.

Sono d'accordo con il collega Meneghelli (e con Enzo Calia) che un buon rimedio è la Pediatria di gruppo; penso altresì che un reparto pediatrico ospedaliero, soprattutto se è piccolo, se è zonale, sia non solo un luogo di ricovero ma anche, ed eminentemente, un luogo di integrazione, di incontro "con pari dignità" tra Ospedale e territorio, di scambi culturali, di informazioni epidemiologiche, di aggiornamento comune, di omogeneizzazione dei comportamenti. A partire da linee guida discusse, adattate, condivise, per crescere insieme professionalmente e, perché no, politicamente, "civicamente".

E ora il "fuochino" si sta sviluppando anche a Lamezia Terme, e forse anche a Catanzaro.

La controprova è questa: ecco la lista degli antibiotici prescritti dai nostri PdF (Tabella 1). Nessun farmaco iniettabile fra i primi 14 impiegati; le cefalosporine di terza generazione figurano all'8° e al 10° posto,

per complessive 4,1% delle prescrizioni. Spesa media mensile per assistito per antibiotici: £ 1500. Non ho parametri nazionali a disposizione; ho il dato del dottor Brivio (*Medico e Bambino* n.5, 1998): siamo più "economici".

*La promozione dei DRG.* È vero, anni fa i DRG impazzavano, deformavano, corrompevano i concetti dell'assistenza. Ma ora non è del tutto così. Ricordo: autunno 1996, Tabiano, Convegno sulla qualità delle cure ospedaliere in Pediatria, bocconianamente condotto. Il prestigioso dottor Cotta si è impegnato per tre giorni a insegnarci con molta professionalità come dovevamo fare per promuovere i nostri reparti, catturare più ricoveri. Nel dibattito conclusivo mi è scappato detto che: «Se quello era il futuro della Pediatria ospedaliera, mi cessava il tarlo di dover andare in pensione». Più produttivamente Nicola D'Andrea, in reazione, propose e poi organizzò il "Gruppo di Resistenza Sanitaria", con regolare convegno a Matera, dedicato a Direttori generali e Direttori sanitari. La ... "resistenza" da allora si è allargata, l'autunno del 1996 mi sembra un poco più lontano. Lo stesso Ministro della Sanità è d'accordo. Quindi coraggio! È possibile farlo, anche se si è in pochi. È più facile se si è in tanti. Quando il documento ACP è con noi, quando la Bindi è con noi.

*Deospedalizzazione o derepartizzazione.* Certo, i Reparti di Pediatria sono tanti, troppi. Ha ragione il povero Brivio: «Come risparmiare ricoveri ai miei pazienti quando nel raggio di 9 km dal mio ambulatorio esistono 8 Reparti ospedalieri di Pediatria?». Ma la tendenza alla riduzione è in atto, riduzione del 30% negli ultimi anni (dal documento ACP) e ancora si andrà, si dovrà andare, avanti.

*Domiciliari e dubbi.* Su una sola cosa discordo dal collega Meneghelli: sulla definizione di "dubbia utilità" delle visite domiciliari. Forse non sono sempre indispensabili, forse non servono al bambino, ma sicuramente servono al pediatra, per conoscere quell'ambiente familiare, con i suoi problemi, di povertà o di muffe alle pareti, di carenze igieniche o affettive; per conoscere l'affidabilità di quella famiglia; per rafforzare il rapporto di stima, di fiducia e, perché no, di simpatia tra quella famiglia e il suo pediatra. E se no, che Pediatra di famiglia è? Con rapporti così diminuiscono le richieste di farmaci inutili, di certificati di comodo, le minacce di revoca: quelle che il collega Meneghelli definisce "ricattabilità".

Ho smesso di fare visite domiciliari (io dico: ho smesso di fare il medico) nel 1970, ma ancora ne ricordo il fascino, ancora ne sento dolorosamente la mancanza.

Pasquale Alcaro  
Reparto di Pediatria, Soverato (CZ)

Aggiornamento  
e pediatri di famiglia

Poche righe in risposta all'editoriale del dottor Tamburlini e all'articolo del prof. Bartolozzi e coll. comparsi su *Medico e Bambino* di marzo, riguardanti l'aggiornamento. Sono pediatra di famiglia in una realtà nella quale né l'Università né l'Ospedale hanno creato un punto di aggregazione tra pediatri, per cui noi pediatri di famiglia, per rompere l'isolamento, abbiamo sentito l'esigenza di creare un gruppo che ci desse la possibilità di confrontarci e verificare il nostro operato. La nostra ASL (miracolo nel Sud!) ha accolto di buon grado le nostre richieste e ha messo a disposizione soldi e locali (speriamo che duri!) per i famosi corsi di aggiornamento obbligatori. Ogni due mesi circa, di sabato e per 7 ore (con copertura di Guardia Medica), ci incontriamo pediatri di base, pediatri ospedalieri ed esperto, per approfondire un argomento. Noi pediatri presentiamo dei casi clinici, l'esperto li commenta, ci propone poi delle linee guida. Nell'intervallo un gruppo di noi si riunisce, stila una bozza di protocollo che viene ridiscussa con tutto il gruppo e con l'esperto. Ne esce così un protocollo finale a cui attenersi. Per ora l'abbiamo fatto per IVU e diarreie croniche.

I vantaggi:

1. vengono coinvolti tutti i pediatri di base, non solo quelli più bravi, più attenti, che seguono tutto, che leggono tutto;
2. viene coinvolto l'ospedale, che poi è il II livello, al quale ciascuno di noi deve rivolgersi per l'approfondimento diagnostico;
3. il tutor non è l'esperto che trasmette la verità, ma una persona più competente con la quale discutere dei nostri problemi anche di tipo organizzativo;
4. si dà a tutti, attraverso il protocollo, l'opportunità di sapere e operare alla stessa maniera.

Penso che l'aggiornamento utile debba passare per queste vie: piccoli gruppi, coinvolgimento di tutta la realtà locale, partecipazione attiva dei fruitori.

Ida Perri, Pediatra di famiglia  
Lamezia Terme (CZ)

*Si può fare, si può fare. Ma forse non si farà. Le cose vanno sempre per la via più facile, che non è sempre la migliore. Il "gruppo di resistenza sanitaria" ci sarà pure, ma se ne conosce troppo poco, ha arruolato troppo poche persone; una vera resistenza non c'è, anzi c'è la corsa immotivata (Alcaro ha dato l'esempio della "immotivazione") a farsi belli con ricoveri non necessari (e i numeri di Alcaro, ma anche quelli di D'Andrea e anche quelli di Trieste, mostrano che si può non farli). Non si può però non riconoscere che un sistema che predica la deospedalizza-*

zione e premia chi ospedalizza è un sistema schizofrenizzante, un "doppio vincolo", per cui si finisce per sbagliare comunque. E il "cattivo consiglio" del buon senso spinge tutti nella direzione più facile e più conforme e più approvata (dai direttori d'azienda) a rivedere di più, per avere di più e per spendere di più. Col risultato paradossale che una riforma fatta forse per ridurre la spesa sanitaria, la aumenta. E anche l'esempio dei colleghi di Lamezia Terme, che è un buon esempio, un esempio di doverosa collaborazione, anzi coordinazione, tra distretto e pediatri di base, taglia fuori l'Ospedale che, come l'Università, «non ha creato un punto di aggregazione». E anche i permali che alcune nostre posizioni hanno provocato e forse provocheranno, indicano che gli ostacoli (personali, piccini, miopi) alla "grande collaborazione" sono troppi; anche per la mancanza di una vera testa pensante, o di un vero collegamento tra proposizioni (teorico-idealistiche) del Ministero e realizzazioni (furbesche) delle amministrazioni periferiche. Così la sanità italiana si avvia a diventare una grande palude, che, paradosso dei paradossi, annegherà in se stessa.

F.P.

### Pediatri sentinella: mettersi in rete

Tra i pediatri italiani sta riscuotendo sempre maggiore interesse la prospettiva di costruire un sistema sentinella basato sui pediatri di famiglia. Con questa lettera vogliamo presentare un'iniziativa coordinata da Istituto Superiore di Sanità (ISS), ACP, FIMP e SIP, per avviare una rete nazionale di pediatri sentinella, denominata SPES. Scopo iniziale della rete è il monitoraggio di alcune malattie infettive prevenibili con vaccinazione, per stimarne l'andamento nel tempo, evidenziare eventuali focolai epidemici ed effettuare valutazioni di efficacia sul campo delle vaccinazioni. La costituzione di una rete di questo tipo costituirà inoltre un modello per rilevare in futuro altri eventi correlati con lo stato di salute dei bambini italiani. La partecipazione sarà volontaria; una lettera di invito e un modulo da riempire per l'adesione verranno inviati per posta a tutti i pediatri di famiglia. Per ottenere dati attendibili, sarà necessaria la partecipazione di almeno 150 pediatri, pari al 2% circa del totale nazionale, distribuiti sull'intero territorio.

Negli ultimi anni sono state intraprese sia a livello centrale sia nelle regioni molte iniziative per promuovere l'offerta delle vaccinazioni raccomandate, che sono state incluse nel nuovo calendario vaccinale approvato il 17 marzo 1999 dal Consiglio Superiore di Sanità. Sorvegliare l'andamento delle malattie prevenibili con queste vac-

nazioni rappresenta quindi un obiettivo prioritario, perché costituisce uno strumento indispensabile per valutare l'impatto delle strategie vaccinali. L'Italia è d'altra parte la sola nazione europea che prevede la figura del pediatra di libera scelta per l'assistenza primaria dei bambini; l'iniziativa SPES rappresenta quindi un'opportunità unica per rilevare eventi correlati allo stato di salute della popolazione infantile e contribuirà in maniera sostanziale a rafforzare il ruolo del pediatra di famiglia.

Infine, precisiamo che la rete SPES coordinata da ISS, ACP, FIMP e SIP, si affianca ma non sostituisce quella progettata dall'ACP, che si propone di condurre uno studio di coorte sui nuovi nati. Le adesioni alle due iniziative vanno quindi inviate separatamente, per la SPES richiedendo all'ISS il modulo di adesione (fax 06-49387292; e-mail: spes@iss.it) e per la rete ACP a Michele Gangemi, utilizzando il modulo di adesione pubblicato sul numero 6/98 di *Quaderni ACP*. Per chiarimenti telefonare al numero verde 1678-69186.

Stefania Salmaso, Michele Gangemi,  
Giampietro Chiamenti, Guido Brusoni

*"Medico e Bambino" è lieto di partecipare indirettamente, anche soltanto come "latore della presente", a questa impresa che potrebbe contribuire a cambiare qualcosa nel fare e nel sentire pediatrico. Siamo convinti che il numero dei partecipanti supererà largamente il 2% che costituisce il minimo necessario per partire. L'aggravio di lavoro verrà minimizzato dall'invio a ciascuno dei pediatri (a quelli che già posseggono PC e modem) di un programma per l'archiviazione e l'invio dei dati (chi non è già "elettronizzato" potrà usare il fax); la partecipazione a un programma comune, l'entrare in un giro di scambio rapido di informazioni su tutte le tematiche relative alle vaccinazioni rappresenteranno un indiretto compenso del plus di fatica che l'adesione potrà dare.*

F.P.

### La promozione dell'allattamento al seno

Ci sentiamo in qualche maniera di intervenire, in quanto abbiamo partecipato direttamente al programma di formazione sull'allattamento al seno in Piemonte a cui nella lettera del dottor Frigerio (*Medico e Bambino* 2, 81, 1999) si fa chiaro riferimento. Non si può non essere d'accordo sul fatto che qualunque atteggiamento troppo rigido, anche nel campo della promozione dell'allattamento al seno, possa sortire effetti contrari al desiderato; non crediamo si

debba mai giungere al punto di forzare ad allattare. Il creare le condizioni affinché l'allattamento abbia successo, questo invece è qualcosa per cui vale - crediamo - impegnarsi, superando innanzitutto i nostri limiti culturali e scientifici, rivisitando le nostre arrugginite routine; rendendoci conto che non esiste un "modello marocchino" di allattamento da importare, visto che l'allattamento, come il parto, come il rapporto sessuale, sono elementi fondamentali (anche se non irrinunciabili) della vita in ogni società, accomunando così le donne di ogni parte del globo.

Le donne, le famiglie, sanno scegliere (purché ben informate e sostenute) ciò che ritengono più giusto, più conveniente per loro e per i loro figli, senza necessità di ricorrere a imposizioni o colpevolizzazioni. Noi operatori sanitari, però, abbiamo il compito di mettere queste persone nella condizione di fare una scelta che può comportare qualche difficoltà; l'esistenza di queste difficoltà non va negata, e l'aiuto per avviare l'allattamento e per mantenerlo non dovrebbe mancare, altrimenti si arriva al caso dell'"attacchi al seno e basta".

Non vorremmo tuttavia che si confondesse con "komeinismo" la volontà di condurre un progetto con obiettivi chiari, e la determinazione nel raggiungerli. Del resto c'è sempre bisogno di una notevole carica di entusiasmo e di motivazione quando si vogliono effettuare dei cambiamenti in sistemi complessi come le strutture sanitarie. Il punto allora è proprio questo: condividiamo veramente l'obiettivo di promuovere l'allattamento al seno? Fino a che punto vogliamo impegnarci per acquisire sull'allattamento al seno le necessarie conoscenze teoriche e le competenze tecniche, cercando di modificare la nostra pietrificata attitudine di dottori benpensanti? Un corso di 18 ore è sufficiente?

Fino a che punto vogliamo continuare a fare "le brutte figure" di cui parlava Frigerio, che altro non sono che il risultato dell'incapacità di applicare le nozioni teoriche nell'ambito di un rapporto professionale competente e sereno con le mamme e più in generale con le loro famiglie?

Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno,  
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

### Acidi grassi polinsaturi

Con riferimento a quanto pubblicato a pag. 42 del n.9/98 di *Medico e Bambino* riguardo al problema degli acidi polinsaturi con relativamente scarse indicazioni precise sulle modalità e il tempo di assunzione, credo possa essere interessante per i pediatri un articolo più esaustivo sul problema. Per quanto riguarda l'invito all'uso pre-

## RSV E PALIVIZUMAB

Questo nome un po' bizzarro ha fatto il giro del mondo, un po' per la sua bizzarria, molto per la sua novità concettuale e ancor più per la sua efficacia sul campo. Si tratta di un anticorpo artificiale (nome commerciale *Synagis*) contro il virus respiratorio sinciziale (RSV), ottenuto in via bio-ingegneristica: un anticorpo monoclonale umanizzato; cinquanta volte più potente della immunoglobulina iperimmune ottenuta per via biologica, diretto contro un epitopo della proteina di fusione (F) dei sottotipi A e B del virus, dotato, nei riguardi di questa proteina, di una potente attività neutralizzante. Il *Synagis* costituisce un esempio di moderno equivalente della sieroprofilassi; l'iniezione intramuscolare di *Synagis* (15 mg/kg) è in grado di garantire livelli circolanti efficaci dell'anticorpo per 1 mese (emivita = 20 gg); è un intervento preventivo, indicato nei pazienti pediatrici ad alto rischio, da ripetere mensilmente in corso di epidemia da RSV e/o in situazioni generiche di rischio.

Nel settembre '98 è stato pubblicato il primo studio che ne dimostra l'efficacia sul campo (*Pediatrics* 102, 531, 1998), svolto dal gruppo collaborativo denominato IMPact-RSV Study Group: la profilassi con *Synagis* ha ridotto del 78% le ospedalizzazioni dei prematuri con broncodisplasia e del 39% quella dei prematuri senza broncodisplasia, senza effetti collaterali. Un secondo, più largo studio collaborativo (IMPact/2), randomizzato, in doppio cieco, coinvolgerà 139 centri in USA, Canada, Gran Bretagna, con 1502 bambini prematuri sani o affetti da broncodisplasia polmonare.

Nel giugno del '98 la FDA ne ha approvata l'immissione in commercio negli USA. Nell'agosto del '98 la proposta di commercializzazione è stata sottoposta alla EMEA (procedura centralizzata). La data di approvazione prevista è il novembre '99; nel marzo 2000 ne è prevista l'entrata in commercio in Italia.

ferenziale dell'olio d'oliva, mi ha lasciato un po' perplesso, in quanto appare dall'articolo che 1 g di acidi grassi essenziali è contenuto in 10 g di olio d'oliva, mentre l'olio di mais ne conterrebbe cinque volte tanto: da questo se ne dovrebbe dedurre la maggior utilità dell'uso di quest'ultimo (a prescindere ovviamente dal gusto e dal fatto che l'Italia è una nazione buona produttrice di olio d'oliva).

Ricordo di aver letto molti, molti anni fa un articolo di cui ora non ricordo gli estremi, ma che mi sembra fosse pubblicato su *Helvetica Paediatrica Acta*. Una ricerca congiunta di Paesi nordici (Danimarca, Svezia, Norvegia), centrata sull'uso comparativo di olio di oliva e olio di mais nei primi due anni di vita, portava a concludere che i soggetti che avevano assunto olio d'oliva, controllati a 10 anni di età, avevano valori di grassi ematici significativamente più alti di coloro che avevano assunto nello stesso periodo olio di mais, quasi ci fosse una specie di attivazione di processi (immunologici?) che portavano a questa differenza di concentrazione. Non vorrei che alla base di questi risultati, invece, ci fosse il fatto che l'olio di mais contiene una quantità notevolmente superiore di acidi grassi essenziali, che potrebbero avere una capacità di chiarificare il contenuto ematico. Il commento del vostro articolo sull'uso molto diffuso fino a 30-40 anni fa dell'olio di fegato di merluzzo come "ricostituente" e "antinfiammatorio", uso terminologicamente inconsistente e allora scientificamente senza basi, mi fa pensare che in fondo l'uso di questo prodotto potesse essere un cofattore inibente l'insorgenza di forme di allergopatia oggi tanto diffuse.

Sarebbe interessante una revisione storica sulla rivista alla luce dei dati attuali sugli acidi grassi essenziali.

Giuseppe Castelli, Pediatra, Bergamo

*La richiesta di un articolo di aggiornamento completo ed esaustivo è giusta; dobbiamo cercare un autore che sia davvero esperto, e cercheremo di farlo entro l'anno. L'olio di mais ha certamente dei pregi (il meglio è oliva più mais); ma non di soli acidi grassi essenziali vive l'uomo, e occorrono anche grassi non essenziali, e la quota degli essenziali, con l'olio d'oliva, è coperta; e il meglio è nemico del bene e così via. L'aggiunta del pesce copre un bisogno meno essenziale, quello degli acidi a lunga catena anti-flogistici, specie di omega-3. È certo che il pesce grasso (o il grasso di pesce) dimezza le manifestazioni asmatiche, almeno nel bambino; non so e non arrivo a credere che la perdita di questa abitudine medico-popolare preventivo-terapeutica sia arrivata a modificare così profondamente l'epidemiologia dell'asma; credo tuttavia (anzi, la lette-*

*ratura ce lo dice con sicurezza) che una sua ripresa, nei bambini asmatico-catarrali, potrebbe servire realmente come misura preventiva utile a livello personale.*

F.P.

## Sindrome cinese

Sottopongo alla vostra attenzione questa breve storia, accaduta durante l'ultima notte di guardia in reparto, con l'unica intenzione di suscitare qualche sorriso. Ringrazio tutti quanti collaborano alla rivista per la competenza e la sollecitudine che dimostrano nel rispondere ai nostri dubbi quotidiani.

Michele ha gli occhi a mandorla e i capelli neri di velluto lucido. I suoi cortesissimi genitori lavorano come camerieri al ristorante cinese della città. È tardi e io sono di guardia in reparto, come quasi sempre, il venerdì notte. Michele ha la febbre alta, «molto alta», da cinque giorni. Quanto? «Molto», ripete la madre che non l'ha mai misurata; ha anche tanta tosse, la «diallea» e da oggi dorme sempre. Si è alimentato? «Solo thè zuccherato», risponde la madre. Il padre sorride sempre e annuisce: parla solo cinese, è da poco in Italia.

Mi accingo a visitare il piccolo: è abbastanza forte e robusto per i suoi 18 mesi. Mi guarda con quegli occhi a "fessura" e rifiuta senza troppi complimenti la soluzione reidratante che gli offriamo da bere. Sollevo il maglione per auscultare il torace e impallidisco. Il piccolo presenta piccole peccchie puntiformi sparse sul torace, e qualcuna anche sulla fascia dorsale delle gambe. Penso che mi aspetterà una notte memorabile; mi preparo a fare le manovre semeiologiche di Lasègue, Kernig... e domando preoccupata alla madre quanto tempo prima sono comparse le macchie rosse. Michele ci guarda tranquillo ma un po' stizzito, non vuole bere. La signora cinese sorride tranquilla: «Plego, dottolessa, io ho fatto buchi al bambino sulla pelle». Eh? Come? «Con ago, dottolessa». Mi acciglio, domando ancora perché ha fatto questo al suo bambino. Sorride disarmante, dolce: «Antica usanza cinese, devo fare uscire sangue nelo». «Nelo?» Nelo, cioè nero.

Ripenso un attimo alle poche cose lette riguardo alla medicina cinese. Ricordo che la malattia è il prevalere del Male sul Bene, dello Yang sullo Ying, e concludo che la signora non aveva cattive intenzioni. Prendo il piccolo in braccio e gli sussurro: «Coraggio, qui curiamo all'italiana!», e dai suoi occhietti ammiccanti mi sembra di capire che, tutto sommato, è più contento così.

Loredana Marrapodi, Pediatra  
Montecatini Terme (PT)