

Pediatria, migrazione, soluzioni

Abbiamo appreso dagli organi di informazione che l'Assessore Regionale alla Sanità, On. Giuseppe Torchia, per porre rimedio alla migrazione pediatrica verso il Nord annuncia l'istituzione, in Calabria, del "Gaslini 2". Ancora oggi una quota considerevole di piccoli malati calabresi si ricoverano in ospedali del Nord e del Centro Italia per cercare assistenza adeguata. La nota informa che il costo economico per la nostra regione si aggira sui 23 miliardi annui (sui 200 miliardi del costo dell'emigrazione sanitaria complessiva). A questo, aggiunge opportunamente l'Assessore, si debbono sommare i costi economico-sociali e i disagi che i trasferimenti comportano.

L'entità del fenomeno è quindi rilevante: è giusto pensare a una soluzione. La proposta regionale è creare un "Gaslini 2", cioè un distacco di pediatri specialistici provenienti dal più rinomato ospedale pediatrico italiano: il Gaslini di Genova.

Su questo tema, sulle pagine di *Medico e Bambino*, si è già espresso in un editoriale, super partes, il Presidente dell'ACP, dottor Giorgio Tamburlini. Non mi sembra fuori luogo questo ritorno sull'argomento da parte di una persona che vede la sanità del Sud da un Ospedale del Sud.

L'entità del fenomeno viene definita nella sua dimensione esclusivamente dalla cifra del costo economico, ma non vengono fornite cifre disaggregate analitiche che ci aiutino a definire i termini del problema. Infatti le domande a cui necessariamente occorre dare risposte sono:

1. Quanti bambini partono.
2. Per quali malattie o problemi.
3. Verso quali centri italiani.
4. Con quali motivazioni (mancanza di centro attrezzato, insoddisfazione, sfiducia ecc.).
5. Con quali modalità d'invio (ospedale, medico curante, parenti emigrati, vicini di casa ecc.).
6. Qual è il trend del fenomeno.

Solo le risposte a queste domande ci daranno la guida per trovare soluzioni razionali e adeguate. Noi abbiamo a disposizione dati molto analitici, raccolti con perfetta correttezza metodologica, ma sono dati... datati. Si riferiscono a una indagine molto impegnativa svolta dall'Associazione Culturale Pediatri su tutto il territorio nazionale, riferentesi però all'anno 1982, indagine che ha avuto il suo momento pubblico di illustrazione nel convegno di Napoli *Migrazione pediatrica Sud-Nord* del 1984.

Questa indagine, ripeto ineccepibile per correttezza scientifica, può ugualmente tornare utile sia per tenere presente la griglia metodologica, sia come termine di confronto per il monitoraggio del fenomeno a distanza di 15 anni.

Esiste una *migrazione per "carenza di strutture adeguate"* sul territorio regionale. Tale quota, nell'indagine citata, veniva valutata a circa il 40% della migrazione complessiva. È la fetta che ci interessa e della cui soluzione stiamo parlando. Ma è giusto ripulire il campo e, per meglio definirlo, dobbiamo accennare alle altre cause di migrazione.

Esiste la *migrazione per "trascinato"*: si va al Nord per la malattia complessa, ma poi anche per problemi che potrebbero essere risolti in loco (bisogna agire sulla prima causa per limare questa).

C'è una *migrazione da "imbonizione"*: si va al centro prestigioso per l'impostazione del programma terapeutico e si viene richiamati periodicamente anche per controlli che comodamente e con sicurezza potrebbero essere eseguiti nei centri di provenienza.

C'è una *migrazione "della speranza"*: non solo non limabile, ma da rispettare, per malattie e prognosi dichiaratamente infauste.

C'è infine la *migrazione per malattie complesse e rare*, che comportano altissima specializzazione. Anche questa è una migrazione da rispettare (ancorché dolorosa): in tali casi la concentrazione in pochi centri permette l'accumulo di esperienze da cui indispensabilmente nasce la qualificazione degli operatori. Questo, per la verità, è argomento molto caro ai medici e poco accettato dal personale politico-amministrativo, ma bisogna convenire che parcellizzare, frantumare la casistica non è utile a nessuno. Diventa poco remunerativo per la struttura che dovrà sopportare prezzi per attrezzature costose che sarebbero sottoutilizzate. Per i medici che vi lavorano che impiegherebbero più tempo per accumulare la necessaria esperienza. E infine per lo stesso ammalato che troverà, in funzione di questo, una qualificazione difficilmente adeguata.

La seconda parte della mia lettera si rivolge alle soluzioni.

Allora, nell'84, si era individuata la necessità di un centro per ogni regione di cardiologia, nefro-urologia e dialisi, onco-ematologia, gastroenterologia, malattie metaboliche e genetiche, endocrinologia, immunologia, chirurgia, ORL, oculistica, ortopedia. Oggi questo elenco sembra eccessivo; probabilmente molti di questi centri, a dimensione regionale, sarebbero sottoutilizzati. Tutta-

via, sia pure quantitativamente ridimensionate, queste carenze qualitative restano da considerare per uno schema di partenza.

Le scelte possibili sono:

- Concentrare queste competenze e queste strutture in un unico centro regionale, affidandone la gestione a personale qualificato e a una struttura rinomata quale è il Gaslini. Questa è la soluzione adottata dall'Assessore competente.
- Individuare negli Ospedali della Regione competenze già avviate, perfezionarle attraverso l'invio di sanitari in strutture qualificate, con permanenze di studio, e far crescere in loco (non solo nella singola specialità, ma anche nel contesto di tutto l'Ospedale) qualificazione, esperienza, cultura. Sarà necessario mantenere la continuità di rapporti con il Centro dove ci si è perfezionati.

Questa seconda soluzione comporta tempi di realizzazione più lunghi, ma certamente assicura risultati più duraturi, più radicati, più complessivi e più progressivi.

Infine, esistono competenze e qualificazioni che possono essere centralizzate in un unico centro regionale, ne esistono altre (e questo a prescindere dal problema emigrazione) che devono essere collocate a rete. Faccio due esempi.

È impellente la necessità di affrontare adeguatamente il problema delle emergenze pediatriche, cioè di quelle affezioni, quelle patologie, che hanno tempi critici di intervento, cioè un breve lasso di tempo fra insorgenza della patologia e possibilità di intervenire in maniera decisiva per modificare la prognosi (insufficienze respiratorie acute, gravi intossicazioni, drammi metabolici, stati di male epilettico ecc.). In questi casi il paziente deve poter giungere massimo entro 1 ora al centro di intervento. Questo vuol dire che è assolutamente necessario istituire un posto di Terapia Intensiva Pediatrica (con coesistenza di personale e competenze pediatriche e neonatologiche) in ognuno dei 3 Ospedali Regionali.

Per quanto riguarda rilevanza epidemiologica e ritmo di accesso alle strutture (per interventi riabilitativi) nella già citata inchiesta ai primi 2 posti per frequenza di migrazione vi sono patologie di competenza della Neuropsichiatria Infantile: ritardo mentale e convulsioni. Queste due voci rappresentano da sole circa il 25% di tutte le cause pediatriche di migrazione. Per questi problemi la soluzione ottimale è la creazione e la crescita di un reparto di Neuropsichiatria Infantile in tutti e 3 gli Ospedali Regionali.

E ancora, se per alcune specialità e

competenze può essere vantaggiosa la concentrazione in un unico ambiente pediatrico, per altre è più conveniente e più produttiva l'associazione con la corrispondente competenza per la patologia degli adulti, e mi riferisco in particolare a tre specialità: Oncologia, Neurochirurgia e Cardiocirurgia.

Le ultime considerazioni.

Cos'è cambiato nella realtà pediatrica calabrese in questi ultimi anni? Cosa sta cambiando sotto i nostri occhi che possa modificare lo stato di cose?

Alcune competenze specialistiche si stanno affermando; alcune vocazioni si stanno individuando. Strutture indispensabili sono state inaugurate in questi giorni, pensiamo ai reparti di Radioterapia di Cosenza e Reggio.

È cambiata la situazione gestionale-amministrativa: l'evoluzione positiva derivante dall'aziendalizzazione degli ospedali e dalla valutazione dei risultati attraverso i DRG tenderà a colmare vuoti assistenziali.

Vi è infine il timore che, sia pure inconsciamente e con le migliori intenzioni, si tenda a esorcizzare il problema. È stata istituita (15 anni fa!) la Clinica Pediatrica Universitaria della Calabria, anche (o soprattutto?) per sconfiggere il problema della migrazione pediatrica. Il rimedio non ha funzionato. Dobbiamo domandarci: perché? Perché non è stato permesso al più adatto dei rimedi di funzionare? Perché non si sono fornite le risorse necessarie? Se non si risponde prima a queste domande, continua a pesare la preoccupazione che anche il "Gaslini 2" possa portare agli stessi risultati.

**Pasquale Alcaro
Soverato (CZ)**

Anche questo problema, così personale e così doloroso, e insieme così collettivo, della emigrazione sanitaria si inquadra oggi, pericolosamente, nella nuova logica di "soldi e sanità". L'emigrazione pediatrica (oggi chiamata "indice di fuga") costa alla Regione dalla quale i pazienti prendono il volo; quindi vale la pena di investire in sanità per combattere l'esodo.

Non disturba il fatto che una motivazione economica spinga i responsabili della gestione della sanità a fare quello che forse non hanno fatto prima (era in fondo questo che la riforma neoliberalistica, almeno a parole, si proponeva: incentivare economicamente meccanismi virtuosi); disturba semmai il fatto che questo tipo di investimento, in passato, è già stato fatto, anche se disordinatamente e fuori da un disegno programmatico: la politica dei letti, la politica degli ospedali, la politica delle strutture. Ma queste

cose non sembrano aver risposto a un più profondo bisogno di salute, e di fiducia delle famiglie del Sud.

Il Gaslini 2 porterà (porterebbe) in Calabria nuove competenze. Ma sarà vero? La Liguria sarà capace di esportare queste competenze? riuscirà nell'impresa (forse mai voluta e certamente non riuscita) di Napoli quando ha esportato scampoli della sua Facoltà a Catanzaro? e lo farà esportando pediatri liguri? o dirigenti? e con loro, forse, metodologia e qualità? esporterà insomma cose concrete o cose astratte? o esporterà soltanto il suo (legittimo) bisogno di malati da curare?

Certo, porterà concorrenza; e la concorrenza, in Sanità, porta (ormai spero che tutti lo abbiano capito) aumento di prestazioni e, in teoria, aumento di spesa. Dico in teoria perché, se i soldi, come sembra, restano quelli, se tutti aumentano il numero delle prestazioni, qualcun altro dovrà tentare di far calare il costo delle prestazioni, o comunque di calmierare (se ci riuscirà).

Certo, porterà anche ospedalizzazione: in controtendenza, in un momento in cui la Pediatria è il luogo della maggior spinta alla deospedalizzazione, contrastata solo dalla contropinta del pagamento a prestazione (i famosi DRG del diavolo).

Certo, porterà anche un impegno di spesa alquanto superiore a quei 30 miliardi annui che la Regione spende per l'emigrazione. Il che vuol dire che la Regione Calabria spera che quei 30-40 miliardi che mancano per pareggiare il bilancio di un piccolo Ospedale pediatrico le arrivino dall'emigrazione delle Regioni vicine; e/o (come forse sarebbe ragionevole, ma difficile) che l'apertura del nuovo centro venga compensata dalla chiusura di altre Divisioni o di altri Ospedali.

Personalmente penso che un Gaslini 2 al Sud potrebbe servire. Se sarà riempito da persone (del Sud?) che credano a un risveglio del Sud. Se sarà un Ente sovra-Regionale (perché solo così avrà un bacino adeguato), convenzionato, dunque, non solo con la Sanità calabrese, ma anche con quella della Basilicata, della Puglia e della Sicilia, e dunque col privilegio della extraterritorialità finanziaria (le Regioni convenzionate e finanziatrici non guadagneranno né perderanno danno per i bambini che si dovessero ricoverare in quella struttura). E specialmente se, messi il cuore (il portafoglio) in pace su questa convenzione inter-regionale, sarà capace di seppellire i principi stessi di quella aziendalizzazione egoista che lo avrà fatto nascere, e anziché occuparsi di ricoverare ad ogni costo, magari diffondendo depliant propagandistici, si dedicherà (come dovrebbe fare ogni Isti-

tuto Scientifico) piuttosto a implementare la cultura, l'efficienza, e l'interazione degli altri: di quella "periferia", fatta della rete (collaborativa) degli ospedali di ogni dimensione, dei pediatri di famiglia, della pediatria di Distretto, che costituisce il tessuto senza il quale non si può nemmeno pensare a una Sanità sana.

Temo che oggi questo pensiero sia utopico; ma non voglio smettere di credere nell'utopia. Solo, mi dispiacerebbe dare delle buone idee ad amministratori che poi realizzassero solo la parte convenzionale del progetto e non la parte di promozione professionale; che è la sola che potrebbe permettere una sopravvivenza del Super-Ente; al servizio, ma per ciò stesso non servile, né prepotente.

F.P.

Immunoglobuline ed epatite C

Nell'articolo del prof. Giorgio Bartolozzi "Uso di immunoglobuline e rischio di epatite C" (*Medico e Bambino* 6, 1997) si afferma che il rischio di contrarre un'epatite (o altro virus) con le Ig si ha anche con quelle somministrate per via intramuscolare, e vengono citate a questo proposito segnalazioni di casi pubblicati sul *Lancet*, ma nella bibliografia riportata nessun lavoro riguarda questa via di somministrazione.

Ora vi chiedo: siamo proprio sicuri che sia così? La cosa ha ovviamente un impatto pratico molto pesante; le Ig intramuscolari sono fatte con molta più disinvoltura e per indicazioni molto meno "nobili" di quelle endovena.

Ma in particolare mi vengono i brividi a ripensare che negli anni '70 ho prescritto, come probabilmente molti altri vecchi pediatri, centinaia di confezioni (profilassi delle malattie infettive, bambini con IRR, ferite in soggetti con vaccinazione antitetanica non certa ecc.).

La mia richiesta di chiarificazione e puntualizzazione di questo aspetto deriva anche dal fatto di avere letto su *The Medical Letter* del 1° marzo 1996 che mai è stato osservato un caso di trasmissione di infezione virale con le Ig intramuscolari, affermazione espressa in maniera esplicita e sottolineata.

Ma l'articolo di G. Bartolozzi mi ha rimesso in crisi. Siamo sicuri di quello che afferma?

Vincenzo Toiani, Salerno

Sì, siamo sicuri. È quasi impossibile che qualcuno, che in passato usava disin-

voltamente le gammaglobuline per via intramuscolare, preparate con garanzie molto inferiori a quelle che si seguono oggi, non abbia trasmesso delle epatiti. Le scarse dimostrazioni in proposito non dimostrano nulla: avete letto nell'articolo di Bartolozzi quanto sia stato difficile ottenerne la dimostrazione. E sarebbe ragionevole, anzi, la legge lo impone, che le gammaglobuline per via intramuscolare non si usino più con altrettanta disinvoltura.

Ma lasciamo la parola al Prof. Bartolozzi.

F.P.

Debbo confessare che anch'io, appena letta la notizia sulla possibilità di contrarre l'epatite C dopo l'uso di immunoglobuline per via venosa, ma eccezionalmente anche per via intramuscolare, sono stato colto dalla stessa sensazione di preoccupazione.

Ma veniamo al punto: della lettera del dottor Toiani sono da commentare essenzialmente una domanda e un'affermazione. Cominciamo con la domanda: esiste letteratura sulla comparsa di epatite C (non-A non-B) dopo uso di immunoglobuline (Ig) per via intramuscolare? o comunque il virus C si ritrova nelle immunoglobuline (Ig) e in particolare in quelle per via intramuscolare?

In una pubblicazione di ricercatori austriaci (Ch. Kirchebner, E. Solder, D. Schonitzer - Rhesusprophylaxe und Virus-sicherheit - Infusionsther Transfusionsmed 21, 281-3, 1994), reperibile con una certa difficoltà, viene ricordato che nella Germania dell'Est si sono verificati casi sporadici di epatite non-A non-B dopo somministrazione di Ig per via intramuscolare per la profilassi dell'immunizzazione verso l'antigene D del sistema Rh, negli anni 1978-79. A questo proposito vengono citate due altre pubblicazioni (F. Renger, GK. Hunkel, H. Porst et al: Non-A non-B Hepatitis (NANBH) bei jungen Sauglingen con parenteral bei Anti D-Prophylaxe infizierten Müttern. Wissensch Zeitschr Humboldt, Univ Berlin. Math Nat Rundsch 20, 575-77, 1980; Wiese M.: Non-A non-B Hepatitis (Virus hepatitis C). 1st ed., Stuttgart, Gustav Fischer, 1991, pp 136-9), per me impossibili da ritrovare. Si tratta in pratica di una casistica di epatite C analoga a quella irlandese, solo che in quella tedesca le Ig sono state somministrate anche per via intramuscolare e non solo per via venosa come nell'epidemia di Cork, in donne per la profilassi della malattia emolitica del neonato da fattore Rh D.

Anche se nella letteratura recente c'è un coro di affermazioni sull'impossibilità

della trasmissione dell'epatite C mediante la somministrazione d'immunoglobuline per via intramuscolare, non è raro incontrare pubblicazioni, che ricordano che l'HCV RNA può essere ritrovato nelle preparazioni d'Ig sia per via endovenosa che intramuscolare. Cito fra le altre una pubblicazione (M.Y.W. Yu, B.L. Mason, D.L. Tankersley: Detection and characterization of hepatitis C virus RNA in immune globulins. Transfusion 34, 596-602, 1994), nella quale sono stati esaminati 69 lotti di Ig, forniti da 7 aziende farmaceutiche, incluse 44 preparazioni per via endovenosa e 25 per via intramuscolare. Oltre a queste sono state esaminate anche 8 preparazioni sperimentali. Più della metà dei lotti delle Ig per intramuscolo del commercio risultarono HCV RNA positive. Tutte erano positive per gli anticorpi anti-RNA. "L'HCV RNA presente nelle Ig ha molti dei requisiti caratteristici del virus stesso", scrivono gli Autori. I livelli di HCV RNA dipendevano dal tipo di siero di partenza e dai sistemi di preparazione.

Ma, nonostante la presenza di HCV RNA, in quantità da 2 a 500 U per g di Ig, le preparazioni di Ig, sia per endovena che per intramuscolo, non hanno causato nel ricevente infezione da HCV.

Allora da cosa deriva la sicurezza storica delle Ig nei confronti della trasmissione dell'epatite? A parte un'accurata scelta dei sieri di partenza e dei più moderni metodi di frazionamento, sembra che la presenza di anticorpi protettivi, presenti nelle Ig, contribuisca a impedire la trasmissione.

Ovviamente impostato così il problema, la possibilità di trasmissione dell'HCV con le immunoglobuline dipende da un lato dalla concentrazione di HCV nel siero del donatore o meglio dei donatori (di qui la necessità di preferire sieri HCV negativi) e dall'altro dalla concentrazione di anticorpi, diretti contro l'HCV. I metodi di frazionamento e di neutralizzazione rappresentano un'ulteriore variabile.

Una maggiore sicurezza la potremo ottenere quando la preparazione di Ig verrà fatta solo a partire da sieri negativi per anti-HCV e HCV RNA, come qualche Azienda farmaceutica ha già iniziato a fare (Istituto Sieroterapico Berna).

La lettera del dottor Toiani contiene anche un'affermazione: con le Ig prodotte in USA, in particolare quelle per uso intramuscolare, non sono mai state osservate infezioni da HIV, da epatite A, B o C (Medical Letter, 1 marzo 1996): basta questo per pensare che tutte le immunoglobuline oggi in commercio in Italia sono altrettanto sicure?

Affermazioni come quella riportata

dal Medical Letter sulla sicurezza delle Ig preparate negli Stati Uniti sono comuni: anche nell'ultimo Libro Rosso del luglio 1997 (pagina 261) ve ne è una simile. Ma queste affermazioni riguardano solo le IgG preparate negli Stati Uniti e, devo aggiungere, non costituiscono una prova provata del mancato rischio di trasmissione. Va ricordato d'altra parte che vi sono stati casi di epatite da HCV anche negli Stati Uniti, in seguito alla somministrazione di Ig per via endovenosa (Gammagard e Polygam della ditta Baxter), importate dal Canada e dal Regno Unito e passate attraverso i filtri della Sanità americana.

Ma allora cosa concludere da un punto di vista pratico?

Tutti gli emoderivati presentano un minimo rischio di trasportare alcuni virus: per questa ragione vanno scelti donatori sicuri, vanno migliorati i sistemi di frazionamento delle Ig e, da parte nostra, bisogna imparare a ricorrere a queste preparazioni, solo quando vi sia un effettivo bisogno, abbandonando quella disinvoltura con la quale a volte nel passato le usavamo. In fondo le disposizioni sul Consenso informato da richiedere prima della somministrazione di un emoderivato servono proprio a responsabilizzare paziente e medico.

Giorgio Bartolozzi

1. L'Abstract della pubblicazione si ritrova in Medline Silver Platter, 1994; tuttavia, per chi fosse interessato, posso inviare la fotocopia del lavoro originale.

2. I succitati dottori lavorano nel "Laboratory of Plasma Derivatives, Division of Hematology, Center for Biologics Evaluation and Research, Food and Drug Administration", Bethesda, Maryland.

Sulla Nuova Tabella XVIII

Abbiamo letto con incredulo stupore l'editoriale sulla Nuova Tabella XVIII (Medico e Bambino di giugno '97).

Siamo due "tabellate", iscritte alla Facoltà di Medicina nell'anno 1988/89, primo anno di applicazione della tanto apprezzata (dal prof. L. Greco) Tab. XVIII.

Non sappiamo cosa sia successo nell'Università di Napoli, ma a Roma e a Trieste, dove abbiamo rispettivamente studiato, e in diverse altre Università, a quanto dicono nostri conoscenti "compagni di Tabella", l'entusiasmo è stato pari allo zero.

La Nuova Tabella è ben scritta e, sulla carta, innovativa. Ma nella pratica cosa è cambiato?

Per capirlo vorremmo analizzare, e smentire, alcune delle affermazioni contenute nell'Editoriale.

“Si lavora come in fabbrica dalle 8 alle 16”. Corsi obbligatori quindi; ma quale è il vantaggio? Il problema non è quanto tempo si passa in fabbrica, ma la qualità di questo “soggiorno forzato”. Apprendiamo? Produciamo? Diventiamo medici migliori? Capirete, da quanto segue, che la risposta non è esattamente quella che il prof. Greco si aspetta.

“Si frantuma l'insegnamento di una specifica disciplina. Finisce la cattedra”. Neanche per sogno! Le vecchie, ampollose cattedre rimangono, la differenza è che se ne aggiungono delle nuove, una costellazione incredibile di piccoli insegnamenti, usciti dal nulla, con l'apparente unico scopo reale di creare nuove cattedre. I nuovi argomenti affrontati sono invariabilmente superspecialistici e di interesse pratico pressoché nullo.

“E gli studenti? Siamo sommersi, in generale, da consensi.” Probabilmente viviamo in Mondi paralleli (che notoriamente non si incrociano); noi non abbiamo sentito consensi da nessuno studente in nessuna delle tante occasioni di riunione nazionale.

“Gli studenti sono culturalmente vivaci e incuriositi”. Chiaramente non vogliamo affermare il contrario, dandoci degli imbecilli da soli, la Nuova Tabella XVIII ci ha un po' ottennebrati, ma non fino a questo punto. Ma con qualunque studente ex tabellato parlerete, vi renderete conto di come tutti rimpiangano il periodo pre-universitario, ricco di interessi (libri, cinema, attività extrascolastiche le più svariate). Arrivati all'Università, con i tempi per la didattica previsti dalla Nuova Tabella, il numero ridicolmente alto degli esami (54), le ore di tirocinio obbligatorio, qualunque interesse “culturale” poteva venir mantenuto solo diventando degli “universitari-fuori-legge” (cosa fortunatamente sempre o quasi possibile).

Il quadro fin qui descritto non rende merito ai, seppur rari, docenti che, bravi prima dell'introduzione della nuova legge, lo sono rimasti nonostante l'applicazione formale della stessa.

E ora le proposte: il problema universitario non è quante ore si stia in Ospedale o in Facoltà, ma come ci si stia. La qualità dell'insegnamento non dipende da una legge, ma dal livello dei docenti, che in Italia, a differenza di quanto accade in altri Paesi (vedi Canada), non è mai possibile verificare: se uno è Prof. Universitario si assume che per definizione sia bravo. E gli studenti non possono esprimere il loro parere a riguardo: sarebbe civile che fossero periodica-

mente valutate le conoscenze, il livello di aggiornamento, le capacità didattiche di quelli che ci devono formare. Prima di obbligare gli studenti a fare tirocinio pratico nei diversi reparti ospedalieri, bisogna spiegare ai medici degli stessi reparti che devono fare da tutori agli studenti e come farlo. Anche la medicina è un mestiere, e come tale si impara studiando, certamente, ma anche facendo un apprendistato, cioè avendo una guida sapiente e con esperienza.

Per finire, mi sembra che non siamo, come dice Greco, più vivaci, forse siamo solo più arrabbiati, e più desiderosi di avere quello che sempre più ci manca: degli insegnanti qualificati e volenterosi.

Simona Di Mario
(ex Tabellata di Roma)
Tea Burmaz
(ex Tabellata di Trieste)

Le due battaglie e vendicative ex Tabellate non ricordano (non possono ricordare) i corsi di Medicina di prima della Nuova Tabella XVIII (1989); ma Luigi Greco li ricorda, e glielo aveva raccontato, all'inizio dell'editoriale così cattiveriosamente contestato («La didattica per me e per tutti, erano gli esami. L'apprendimento era il libro, non altro. In più l'internato, con levatacce alle 6 del mattino per essere alla visita di un Illustre Clinico; e poi la giornata spesa in laboratorio a rincorrere la Scienza. Tutto il resto: gli esami, i più tradizionali, talora i più biecamente soggettivi. Mi accorsi di essere anche un privilegiato: 40-50 studenti su 600 facevano un iter come il mio con l'internato; gli altri erano affidati a se stessi. Era un vero esameificio»). O non lo avete letto? o non ci credete che fosse così? Era così, era così; almeno da quando mi sono laureato io, cioè dalla fine degli anni '40, e per tutto il tempo che ho vissuto nell'Università (in pratica, la mia vita). Devo dire, a parziale correzione, che ho vissuto un momento di didattica felice (che ancora costituisce la spina dorsale del mio essere insegnante), negli anni successivi al mio arrivo a Trieste, quando questa Facoltà era ancora giovanissima, e gli studenti erano ancora pochi ed entusiasti. Poi anche la nostra Università, a poco a poco, e anch'io, naturalmente, è invecchiata; gli studenti sono diventati una muta innumerevole e famelica di promozione, e tutto è annegato nella complicità reciproca dei professori annoiati dall'insegnamento e dei ragazzi indifferenti verso l'apprendimento. Il ricordo di questo periodo breve (5 anni? 10 anni?) e felice dimostra che è in parte giusto quanto dicono le due assatanate: e cioè che la qualità dell'insegna-

mento non dipende dalla legge ma dal livello dei docenti. Però no, non dal livello, mie giovani Erinni, ma dalla motivazione: dalla motivazione di entrambi, che si accende reciprocamente e reciprocamente si spegne, quella di professori e quella dei ragazzi. È vero che una legge non basta a dare una motivazione; ma una legge, un disegno (e la Nuova Tabella XVIII non è stata una legge, ma il prodotto del lavoro appassionato e difficile di un gruppo di docenti “illuminati”), un'innovazione comunque profonda, può giovare a ricostruire un ambiente, un rapporto, che forse non c'era mai stato, ma che se c'era stato si era perduto miserabilmente. Altrimenti cosa si fa? Accettiamo che vada avanti così?

La Nuova Tabella XVIII (1989) non è andata abbastanza bene; non ha cambiato abbastanza; ha chiesto troppo agli studenti e troppo poco ai professori. Come dicono le due suffragette, «i tempi per la didattica sono eccessivi,... il numero degli esami è ridicolmente alto,... le vecchie ampollose cattedre rimangono, la differenza è che se ne aggiungono delle nuove,... non è mai possibile verificare la qualità dei docenti,... le competenze didattiche non vengono riverificate,... su questo gli studenti non possono esprimere il loro parere».

E tuttavia, condivido il parere di Luigi che, certo facilitata dall'aborrito numero chiuso, la Nuova Tabella XVIII (1989) ha cambiato molto.

Questi nuovi forzati, questi «Tabellati, sanno leggere e scrivere,... chiedono,... partecipano,... non si laureano più per posta». Sanno molto di più dei loro predecessori. Forse non imparano a fare i medici: ma imparano a lavorare, a faticare “come in fabbrica”. Certo che «rimpiangono il periodo pre-universitario, ricco di interessi (libri, cinema, le attività scolastiche più svariate)». Forse lo rimpiango anch'io, come la mia infanzia lontana; ma l'infanzia è lontana, lo studio è lavoro (“come in fabbrica”); chi studia è comunque un privilegiato, anche se va meno al cinema; senza studiare non si impara; il suo studio è l'impegno della sua famiglia e l'impegno del suo Paese; studia anche per quelli che non studiano.

Comunque, è proprio per andare oltre ai limiti della Tabella XVIII, per superare quei limiti che le Tabellate hanno indicato e che Luigi condivide («vi è ancora un forte bias verso il docente, i programmi tendono a salvare le singole discipline»); per ridurre e rendere più tollerabile, meno alienante, il carico di lavoro, per un insegnamento “student-centered”, per una maggiore libertà di scelta personale all'interno di un percorso comunque obbligato, per un (possibile?)

maggiore e più gratificante impegno del docente a sostegno delle scelte vocazionali dello studente, nasce la Nuova-Nuova Tabella XVIII (1996); che effettivamente, ad una lettura superficiale dell'editoriale (non dell'articolo che l'editoriale si limitava ad accompagnare) si potrebbe confondere con la Nuova Tabella XVIII (1996), anche perché Nuova-Nuova, quest'ultima del '96, la chiamo solo io, per far sì che anche le due Erinni mi intendano. E come la prima, anche la seconda Nuova-Nuova Tabella trova tutte le difficoltà immaginabili. Da parte del corpo docente, comprensibilmente; ma anche da parte degli studenti. Tanto è vero che la proposta della Facoltà di Trieste di far partire da subito, dal 1997, la

Nuova-Nuova contemporaneamente, per tutti i 6 anni, è stata respinta, per diffidenza, inerzia, bastiancontrarismo, da quella stessa categoria di studenti che, al tempo delle due nostre giovani, battaglie, vendicative, assatanate, cattiveriose, ex Tabellate, Erinni, suffragette, non aveva condiviso allora le innovazioni della prima Nuova Tabella XVIII (1989) che oggi la preferisce alla nuova. E naturalmente, i professori non se lo sono fatto dire due volte; si erano appena abituati al nuovo corso; guai a cambiare.

Perché, cara Simona e cara Tea, i professori sono dei conservatori, ma gli studenti sono, se possibile, ancora più conservatori dei professori. Dicono di volere un mondo migliore (e invece voglio-

no solo andare al cine, e avere un libretto facile); non condividono entusiasmi; non gli piace il rischio del nuovo; non gli importa di partecipare; gli basta solo di poter protestare.

In ogni modo, e pregandovi di scusarmi per gli affettuosi epiteti, vi ringrazio con tutto il cuore di aver preso la parola, sia pure dissentendo, su un tema così importante, anzi così centrale, che è nel vostro passato, ma che riguarda il vostro stesso futuro e il futuro della Sanità del Paese: la formazione. Un tema che invece, lo deduco dagli altri silenzi (dal silenzio degli altri), trova tra i medici un ascolto troppo distratto.

F.P.

<http://www.confrontinpediatria.com>

<http://www.medicoebambino.com>

Si apre un nuovo sito in Internet per la Pediatria. È frutto della collaborazione tra una rivista di Pediatria, *Medico e Bambino*, e le divisioni di Pediatria medica e chirurgica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste. Vengono messe al servizio dei pediatri ospedalieri, dei pediatri di famiglia, dei pediatri di comunità e delle famiglie, **on line**, le competenze mediche dell'Istituto e gli archivi e la struttura editoriale della Rivista.

Sul sito si potranno ritrovare:

a) I progressi di conoscenza e applicativi delle diverse specialità pediatriche, dalla immunologia alla cardiologia, dall'ortopedia alla otorinolaringoiatria, alla neuropsichiatria, e via dicendo, aggiornati trimestralmente e aperti all'interazione (sostanzialmente una versione interattiva di Novità, Digest, Pagina gialla).

NB: la rubrica avrà carattere divulgativo, mirata al pediatra generalista, ovviamente senza alcuna pretesa di completezza.

b) Una risposta a livello consultivo, colloquiale e interattivo su problemi di diagnosi e di gestione di pazienti difficili; i principali contenuti e l'indice analitico della rivista *Medico e Bambino* (per i medici).

c) Una risposta a quesiti generali sull'allevamento, sulle vaccinazioni, su richieste di orientamento o di chiarimento (per le famiglie).

d) Indicazioni di letture per bambini, ragazzi, adolescenti, commentate e aperte a commenti del pubblico dei lettori (per le famiglie).

Da gennaio i punti **a** e **b** saranno già attivi.



STEROIDI INALANTI E CATARATTA

USE OF INHALED CORTICOSTEROIDS AND THE RISK OF CATARACTS

CUMMING RG, MITCHELL P, LEEDER SR
NEJM 337, 8, 1997

È noto che i corticosteroidi per via sistemica sono un fattore di rischio per cataratta, a tutte le età; una recente ricerca dimostra che anche gli steroidi per via inalatoria costituiscono un fattore di rischio.

La ricerca in questione è stata fatta invitando tutti i residenti dai 50 anni in su a farsi visitare in un servizio di oculistica; 3654 su 4433 si sono presentati; di questi 1609 avevano o erano stati operati di cataratta.

Trecentosessantatré avevano ricevuto o ricevevano terapia corticosteroidica per via inalatoria: il rischio relativo in questi soggetti, rispetto a quelli che non avevano ricevuto terapia inalatoria, è risultato di 1,5 per la cataratta nucleare e di 1,9 per la cataratta posteriore, mentre non c'è stata evidenza di maggior rischio per la cataratta corticale.

Il rischio di cataratta è dose-dipendente; i soggetti che avevano ricevuto più di 2000 mg di steroidi avevano un rischio relativo di 5,5 volte rispetto alla popolazione normale.

La terapia steroidea inalatoria ha cambiato la storia naturale dell'asma, ha cancellato i disturbi della rinosinopia allergica, ha abbattuto i costi economici della gestione della malattia, ha contribuito ad abbassarne consistentemente la mortalità, ha modificato la qualità esistenziale dei pazienti. Questo ha prodotto, probabilmente, un eccesso di confidenza col farmaco.

Gli effetti avversi della terapia inalatoria con corticosteroidi sul ricambio del calcio, sull'interferenza dell'asse ipotalamo-surrene, sulla crescita, sono conosciuti da tempo, forse più nei bambini che negli adulti; non riguardano tuttavia effetti clinicamente misurabili, ma solo effetti biologici rilevabili a livello di ricerca biologica, e solo per dosi di corticosteroidi al limite superiore dell'utilità clinica. Questo sulla cataratta è il primo esempio di un rischio reale, riconoscibile, monitorizzabile, evitabile. Gli effetti sono certamente da attribuire alla sia pur piccola quota di steroidi che arriva in circolo e che esercita un effetto sistemico; quota che non è sostanzialmente cambiata con i nuovi steroidi inalanti.

A sua volta, l'effetto dei glucocorticoidi sistemici sul cristallino è noto: esso è legato alla presenza di recettori ad alta affinità per il cortisolo nelle cellule dell'epitelio del cristallino, legame che produce un aumento del contenuto di glucosio di queste cellule, modificazioni del trasporto trans-membranale degli elettroliti, a diminuzione del glutatione, a legami glicoproteici. Lo studio è stato fatto nell'adulto, anzi nell'anziano, che costituisce sicuramente una popolazione più a rischio. Ma non c'è dubbio, proprio per la più lunga vita che ha davanti a sé, quindi per la maggior dose complessiva di farmaco che potrebbe dover assumere, che anche il bambino debba essere considerato a rischio. Ne discendono due conseguenze pratiche: la prima è il dovere (a cui non sembra si potrà sfuggire) di sottoporre tutti i pazienti, che ricevono cronicamente steroidi per via inalatoria, al controllo periodico (annuale?) da parte dell'oculista; la seconda, di cercare di trovare caso per caso la dose minima efficace, sentendosi meno "al sicuro" nell'uso di questo tipo di farmaco; terzo, forse, di riconsiderare, almeno alternativamente, l'uso dei cromoni che aveva (ragionevolmente) perso larga parte della sua fortuna negli ultimi anni.

L'unico pericolo è che la cortisonofobia sposti troppo la bilancia in sfavore di questo trattamento economico, potente, e magari tutto straordinariamente povero di effetti collaterali.

CAMPI MAGNETICI: NESSUNA PROVA DI UN AUMENTATO RISCHIO DI LEUCEMIA NEI BAMBINI

RESIDENTIAL EXPOSURE TO MAGNETIC FIELDS AND ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA IN CHILDREN

LINET MS, HATCH EE, KLEINERMAN RA ET AL
NEJM 337, 1, 1997

Uno studio caso-controllo è stato condotto su 629 bambini con leucemia acuta linfatica e su 619 controlli, circa l'esposizione a campi magnetici generati da linee elettriche ad alta tensione. Una registrazione dei campi magnetici è stata condotta in cieco per 24 ore nella stanza da letto del bambino appartenente al gruppo dei malati e dei controlli, e per tempi più brevi in altre stanze della casa attualmente abitata, ovvero delle case abitate in passato, e in particolare in quella abitata dalla madre durante tutta la gravidanza. Nessuna differenza è stata trovata tra i casi e i controlli per quel che riguarda la effettiva esposizione a campi magnetici.

La paura nei riguardi dei campi elettrici è iniziata nel 1979, a seguito di un lavoro (che ha fatto epoca, e che ha indotto un filone di ricerca, per la verità poco contributiva ma molto costosa) che dimostrava un rischio doppio di leucemia nei bambini che abitano in vicinanza delle linee ad alta tensione, ipotizzando un rapporto tra campi magnetici e patologia tumorale; i campi magnetici a bassissima frequenza, che penetrano, come "radiazioni non-ionizzanti", a priori non in grado di provocare alterazioni nel DNA degli organismi viventi. Sono 18 anni che questo aspetto del rischio ambientale è stato indagato; e sono 18 anni che, ogni tanto, sui giornali a larga tiratura l'argomento viene tirato fuori, per riaccendere fobie che stragiscono da altri, più pesanti, più soffocanti e meno controllabili problemi ambientali, senza che mai niente di consistente sia emerso. Certo, in questi anni anche le malignità del bambino sono aumentate, in maniera molto discreta ma misurabile, così come è aumentata (questa per la verità molto di più) l'incidenza dell'asma; e ci sono pochi dubbi che questi aumenti non siano legati a modificazioni ambientali. Certo, come insegna anche la ricerca su effetti difficilmente prevedibili del cortisone inalante sulla cataratta, è giusto tenere alto il livello d'attenzione. Ma non stiamo correndo dietro ai moscerini quanto la terra misurabilmente e spaventosamente sta modificandosi? C'è davvero bisogno di perseguire un improbabile e così indimostrato rischio, che ha resistito a 18 anni di indagine, quando osserviamo senza essere capaci di intervenire cambiamenti ben più massicci e apparentemente incontrollabili, ai quali il semplice buon senso, oltre che l'epidemiologia, non possono non attribuire un impatto sulla salute infinitamente maggiore?

Questi cambiamenti hanno assunto ormai una visibilità e una dannosità evidente (inquinamento da particolati, da ozono, da composti sulfurici, mancata protezione nei riguardi delle radiazioni ionizzanti per il buco dell'ozono, inquinamento delle falde acquifere, inquinamento dei mari, modificazioni climatiche, modificazioni delle correnti marine e dell'ecologia sia marina che terrestre, aumento dell'anofelismo e della malaria, aumento della desertificazione e della fame, raddoppio della percentuale di CO₂ nell'atmosfera). Sorprende che il mondo che si guarda allo specchio con tanta indifferenza scoprendo sul suo volto i segni della morte, forse è esagerato, ma certo i segni di gravi e riconoscibilissime malattie, non faccia alcuno sforzo, se non di parole, per correre ai ripari, e si preoccupi invece di minute fobie, perché a ciascuno sembra che solo quell'inconsistente pericolo lo riguardi e non i pericoli globali che comporta la modificazione ambientale.