

Incentivi (monetari) per la salute: funziona. Il modello dominante per migliorare la salute pubblica è quello di migliorare la qualità dei servizi e di educare la popolazione a utilizzarli. Seppure questa strategia appaia a priori ragionevole, si può dire con certezza che "non funziona". O, almeno, non funziona per gli strati più svantaggiati della popolazione o per quei popoli che nel loro complesso sono i più poveri del mondo. Nel senso che proprio coloro che dei servizi (che controllano la gravidanza, che monitorizzano lo stato di salute dei bambini, che erogano le vaccinazioni ecc.) hanno più bisogno finiscono con utilizzarli di meno. E così, come è stato recentemente sottolineato (Bryce J, et al. *Lancet* 2003;362:159-64), "...le sale di attesa deserte dei centri di salute territoriali sono diventate un potente simbolo del fallimento dei sistemi sanitari in molti Paesi in via di sviluppo". In molti Paesi dell'America Latina è in atto una sperimentazione di modelli di intervento finalizzati all'implementazione dell'uso dei servizi sanitari da parte della popolazione bisognosa, in particolare attraverso l'erogazione diretta alle famiglie di incentivi economici condizionati all'adesione al piano di controlli di salute. Nel primo numero di dicembre 2004 del *Lancet* (Morris S. *Lancet* 2004; 364:2030-7) viene riportata l'esperienza dell'Honduras dove l'erogazione diretta alle famiglie di incentivi economici "condizionati" si è dimostrata significativamente più efficace dell'implementazione delle risorse dei centri di salute nell'aumentare l'adesione al programma di controllo della gravidanza e quindi dello stato di salute, nutrizione e crescita del bambino, senza aumento della spesa globale. Esperienze simili, ancora non pubblicate formalmente (ma presenti on-line in Internet, www.worldbank.org/sp/safetynets; www.ifpri.org; www.iadb.org/res/publications/pubfiles/publ-Vol1e.pdf), sono riportate in Nicaragua e in Colombia dove l'incentivo condizionato dato direttamente alle famiglie si è dimostrato significativamente vantaggioso, rispetto all'erogazione di risorse ai servizi sanitari, nel migliorare il controllo della malnutrizione dei primi anni di vita. In Messico esiste un programma (*Programa de Educación y Salud*, PROGRESA) che copre ora 4,5 milioni di famiglie povere oggetto dell'incentivo condizionato ("conditional cash transfer") e che ha migliorato del 20% l'accesso delle stesse ai servizi sanitari

(Rivera JA, et al. *JAMA* 2004;291:2563-70). I programmi di incentivo condizionato, per quanto non possano essere considerati "la soluzione del problema", sembrano comunque una prospettiva concreta per migliorare la salute dei Paesi poveri e, al momento, costituiscono uno dei pochi interventi sanitari, la cui efficacia è stata da subito (e continua a essere) valutata con il metodo scientifico degli studi randomizzati controllati. Cerchiamo di imparare almeno questo.

Ultrasuoni in gravidanza e crescita del bambino: assoluzione a distanza.

Nel recente passato (Newnham JP, *Lancet* 1993;342:887-91; Evans, et al. *Lancet* 1996;348:482) era stata data evidenza che, mentre il ricorso a ecografie multiple tra le 18 e 38 settimane di gravidanza rispetto a un singolo controllo alle 18 settimane e/o su indicazione clinica non producevano alcun vantaggio rispetto all'esito della gravidanza, l'esposizione a ripetute ecografie poteva avere invece qualche effetto negativo sulla crescita del feto, pur in assenza di altre manifestazioni cliniche. Lo stesso gruppo (Newnham et al. *Lancet* 2004;364: 2038-44) ci tranquillizza ora sull'esito a distanza: nessuna differenza in quanto a crescita e abilità psicomotorie all'età di 8 anni in relazione al numero di ecografie che la mamma aveva eseguito in gravidanza. Bene, siamo tranquilli. Ma qualche ecografia "di controllo" i nostri amici ostetrici potrebbero risparmiarla lo stesso.

Alta statura, estrogeni e fertilità. Il trattamento con estrogeni viene utilizzato da molti anni per ridurre la statura definitiva nelle ragazze con previsione di statura molto elevata (gli estrogeni accelerano la saldatura delle cartilagini di accrescimento). Un largo studio retrospettivo di coorte australiano (Venn A, et al. *Lancet* 2004; 364:1513-18) documenta ora che le donne trattate con estrogeni durante la pubertà al fine di ridurre l'altezza adulta sono meno fertili del gruppo di donne di controllo. In particolare, tra le donne che avevano ricevuto gli estrogeni erano più numerose quelle che tentavano di rimanere incinte senza successo da più di 12 mesi e quelle che si erano sottoposte a trattamenti per la fertilità.

Terapia endoscopica della malattia da reflusso gastroesofageo. Sarà vero? Il rigurgito del contenuto gastrico

nell'esofago è un processo fisiologico del lattante. È vero, peraltro, che questo evento può associarsi, assolutamente di rado nel bambino normale e molto frequentemente nel bambino cerebroleso, a complicazioni come la cattiva crescita, l'*ab ingestis*, l'esofagite con anemia e/o la metaplasma intestinale della mucosa esofagea (esofago di Barrett), configurando quella che viene definita la malattia da reflusso gastroesofageo. Nella maggior parte dei casi di malattia da reflusso gastroesofageo del lattante le cose finiscono bene, comunque con una guarigione completa col solo trattamento farmacologico entro i 18 mesi (vedi anche Shepherd RW, et al. *Clin Pediatr* 1987; 26:55-60). L'intervento chirurgico spetta solo a una minoranza dei casi, e ancora una volta si tratta quasi esclusivamente di bambini cerebrolesi. L'intervento di scelta è la fundoplicatio alla Nissen, ora eseguita nei centri di maggior esperienza con tecnica laparoscopica. Recentemente è stata proposta e sperimentata negli adulti con malattia da reflusso gastroesofageo una tecnica ancora più semplice e meno invasiva, basata sulla creazione di pliche della mucosa gastrica al di sotto dello sfintere esofageo inferiore per via endoscopica. Un intervento poco più che ambulatoriale che peraltro non sembra avere, almeno negli adulti, un successo persistente nel medio termine. Uno studio non controllato (Thomson M, et al. *GUT* 2004;53:1745-50) di chirurghi pediatri inglesi suggerisce che nel bambino le cose possano andare meglio, soprattutto creando una piega in più (tre anziché due) ed eseguendo l'esame in sedazione profonda (cui, nei fatti, ricorriamo per ogni esofagogastroscoopia nel bambino). Il trattamento endoscopico del reflusso gastroesofageo è stato eseguito in 17 bambini di età compresa tra 6 e 17 anni. Il successo clinico (normalizzazione della pH-metria, scomparsa dei sintomi, sospensione di ogni farmaco) è sembrato stabile a distanza di un anno in 14 dei 17 bambini operati. È una faccenda che suscita interesse per la scarsa invasività e la riferita efficacia della metodica. E l'interesse non è solo specialistico se pensiamo alla rilevanza del problema per i tanti bambini cerebrolesi che seguiamo (o di cui ci dimentichiamo) e che sono tormentati dal problema dell'esofagite da reflusso. Ma, lo ripetiamo anche assieme all'editore della rivista, occorre uno studio controllato che

confronti l'efficacia della metodica endoscopica con quella della fundoplicatio laparoscopica.

Abbasso il ciuccio. Viva il ciuccio. Alla ricerca del buon senso. In uno studio metodologicamente impeccabile un gruppo italiano (un pediatra di famiglia, un odontoiatra pediatra, un epidemiologo e un professore di stomatologia) (Viaggiano D, et al. *Arch Dis Child* 2004;89:1121-3) documenta come l'uso del succhiotto ("suzione non nutritiva") più del tipo di alimentazione (al seno o al poppatoio) condizioni la comparsa del morso aperto e del morso crociato nella dentizione decidua. In tutto ciò l'allattamento al seno sembra comunque ridurre il rischio di morso crociato. Ok, ok, dobbiamo provare un po' di antipatia per il succhiotto, che oltretutto sembra disincentivare l'allattamento al seno ma, ci ricorda in maniera vivace e simpatica la dottoressa Bu'Lock nel suo editoriale: buon senso ragazzi! La dottoressa Bu'Lock parla prima di tutto da mamma che si dichiara più debole e meno brava di quelle che hanno dato disponibilità sempre e solo della tetta ai loro bambini. Ha allattato al seno 10 mesi e racconta una larga serie di situazioni in cui il succhiotto le ha consentito di superare situazioni difficili e sentirsi "una persona normale". La dottoressa Bu'Lock parla poi come epidemiologa: quello che le interessa, dice, è che la dentatura definitiva dei suoi figli (come di tanti altri che hanno usufruito della suzione non nutritiva) non sia stata intaccata. E ancora la dottoressa Bu'Lock ci ricorda quanto sia importante il succhiotto per il neonatino ventilato e alimentato per sondino, giusto per abituarsi a succhiare. Infine, parla da cardiologa senza trattenere la rabbia verso i neonatologi che vietano l'uso del succhiotto per sedare un bambino che deve fare un esame, per esempio una ecocardiografia in tempo reale nel sospetto di una grave cardiopatia. Anche la dottoressa Bu'Lock forse esagera e porta esempi limite sui quali spero proprio che non dovremo mai discutere con nessuno dei nostri colleghi. O mi sbaglio?

Gravidanze in adolescenza. La gravidanza di una adolescente può essere considerata un problema per i maggiori rischi cui madre e bambino vanno incontro e/o per la stigmatizzazione sociale dell'adolescente. Quello che forse non ci aspettavamo

è che le ragazze che hanno avuto una gravidanza in età molto precoce hanno un maggior rischio di mortalità da giovani adulte (Olausson P, et al. *Br J Obst Gyn* 2004;11:793-9). Lo studio riguarda 460.343 donne svedesi, nate tra il 1950 e il 1964, che avevano avuto almeno un figlio prima dei trenta anni. Di queste donne, 1269 sono decedute tra il 1990 e il 1995, e la mortalità è risultata fortemente correlata, in maniera inversa, all'età della prima gravidanza anche dopo correzione per fattori socioeconomici. Nei fatti, la mortalità è stata più del doppio (107 vs 42 per 100.000 anni/persone) nelle donne che avevano avuto la prima gravidanza a meno di 17 anni in confronto a quelle che avevano partorito per la prima volta dopo i 25 anni, anche dopo correzione per i fattori socioeconomici al momento della gravidanza. La mortalità precoce è risultata prevalentemente correlata con lo stile di vita. Cosa possiamo fare? Stare vicino alle adolescenti che partoriscono (dicono gli Autori) prima, durante e dopo la gravidanza. Bella novità.

Dove nasce la violenza: televisione e filastrocche. Nel Regno Unito, almeno il 10% dei crimini violenti sono agiti da bambini dell'età scolare. E qualcuno ha scritto che è colpa della televisione (*Surgeon General's Scientific Advisory Committee on Television and social behavior*. Washington DC: US Government Printing office, 1972). Sta di fatto che una recente metanalisi ha effettivamente confermato una relazione tra "esposizione" a trasmissioni violente e atti di violenza agiti (Andersen CA. *Science* 2002; 295:2377-9) e che è stato documentato che due ore di televisione al giorno espongono un bambino a 10.000 episodi di violenza per anno. Peraltro la televisione non è la sola a comunicare violenza al bambino. Pensate solo al libro di Harry Potter, un vero contenitore di esempi di soprano, aggressioni, sottomissioni, omicidi, menzogne, furti. E poi ci sono le filastrocche, quelle usate per consolare e per la ninnananna: le venticinque più usate in Inghilterra descrivono 20 episodi di violenza e nel 30% descrivono anche il risultato della violenza (come staccare una testa o buttare giù dal letto un familiare) o descrivono un abuso su un animale o comunque un atto fuorilegge (Davies P, et al. *Arch Dis Child* 2004;89:1103-5). Quello che viene documentato da questo studio origina-

le è ancora più sorprendente quando ci viene dimostrato che l'esposizione a scene di violenza per unità di tempo è assolutamente superiore nelle filastrocche che nelle trasmissioni televisive (52 contro 4 scene violente per ora di esposizione). Certo, la filastrocca è mediata dalla voce, dallo sguardo e dall'intelligenza di chi accudisce il bambino e forse (ma forse) induce meno fantasie e atti concreti di tipo violento. Ma, ci fanno riflettere gli Autori, la storia dell'educazione è fatta di "trasmissione" e di esemplificazioni della violenza e dobbiamo essere cauti nel dire, giudicare e scegliere cosa fare. Il mondo delle sole filastrocche era veramente meno violento del mondo della sola televisione?

"L'epatite E scorre come l'acqua". Siamo abituati (tutto sommato correttamente) a considerare l'epatite E un problema di altri. È noto infatti che questo tipo di epatite, che si contrae per via orale, di regola attraverso acque contaminate, e che si accompagna a un quadro clinico sostanzialmente indistinguibile da quello dell'epatite A (anoressia, ittero, epatomegalia dolente, vomito, febbre), interessa in maniera epidemica le popolazioni asiatiche e (anche se in minor misura) quelle del Nord Africa. Recenti epidemie sono state descritte in "zone di guerra", come in Sudan e in Iraq (ci mancava anche questa). Una recente messa a punto sull'argomento (Emerson SU, et al. *NEJM* 2004; 351;23:2367-8) mette in risalto alcuni punti interessanti, come quello di una prevalenza di sieropositività fino al 20% degli adulti (donatori di sangue) anche nei Paesi ricchi, come ad esempio gli USA. La malattia, dice l'editorialista, "scorre con (come) l'acqua" anche dalle nostre parti, ma forse con quadri clinici asintomatici o meno gravi. L'epatite E, al pari dell'epatite A, non cronicizza ma, nelle epidemie asiatiche e del Nord Africa in cui è stata descritta, è gravata di una mortalità dello 0.5-4%, che sale al 20% nelle donne gravide. E il decorso clinico stesso può essere lento con la persistenza di ittero colestatico per qualche settimana. Il fatto che dalle nostre parti l'infezione da virus dell'epatite E non costituisca un problema potrebbe essere dovuto alla diffusione di ceppi meno aggressivi o, più probabilmente, al miglior stato di salute di base e alle migliori condizioni igienico-sanitarie. Non lo sapevate?