

Sordità congenita e genetica

Coinvolto per motivi familiari nel problema "sordità congenita neuro-sensoriale", ho avuto modo recentemente di contattare l'équipe del servizio di Genetica Medica dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di S. Giovanni Rotondo (FG), guidata dai dottori P. Gasparini e L. Zelante, a proposito delle loro ricerche su connexina 26 e sordità.

Prendendo quindi spunto da queste ultime acquisizioni sulla genetica della sordità, e da uno studio da voi segnalato sulla rubrica "Novità in pediatria" (*Medico e Bambino* 10, 672, 1996)¹ che dimostrava come in un'elevata percentuale di bambini affetti da deficit uditivo neuro-sensoriale era possibile risalire a una causa genetica (di tipo per lo più autosomico recessivo), ho deciso di scrivervi, perché ritengo che queste informazioni debbano far parte delle conoscenze del pediatra, nell'ottica di promuovere la prevenzione e il controllo delle malattie genetiche.

Le connexine sono proteine che contribuiscono a una normale strutturazione delle giunzioni intracellulari (*gap junction*) e di conseguenza permettono un corretto trasferimento di piccole molecole e ioni fra cellule. Ogni cellula contribuisce alla composizione di metà della giunzione tramite l'assemblaggio di esameri di proteine, le connexine².

Ci sono più di 11 differenti tipi di connexine, ognuna con specificità tissutali³. Le *gap junction* sono comuni nelle cellule epiteliali, gliali e della muscolatura cardiaca e liscia. Già una ventina di anni fa si era ipotizzato un loro coinvolgimento nella funzione cocleare⁴, ma solo recentemente è stato possibile dimostrare il loro ruolo nel regolare il ricircolo del potassio endolinfatico durante la trasduzione sonora⁵.

Studi recenti, inoltre, stanno ampliando le conoscenze su questo gruppo di proteine e sui geni che le codificano, tanto da dimostrare un loro coinvolgimento oltre che nelle sordità neuro-sensoriali non sindromiche^{6,8} anche in patologie neurologiche (la connexina 32 nella neuropatia di Charcot-Marie-Tooth)⁹ e in gravi cardiopatie congenite (la connexina 43)¹⁰, come da *Medico e Bambino* già segnalato sulla Pagina gialla.

La sordità neuro-sensoriale colpisce un bambino su 1000 e, nella maggior parte dei casi, compare in maniera sporadica o ereditata per trasmissione autosomica recessiva¹¹. Questo suggerisce che molte persone nella popolazione generale sono portatrici asintomatiche di mutazioni di uno o più geni che codificano per proteine coinvolte nella funzione uditiva.

Sono stati identificati a tutt'oggi numerosi loci responsabili di sordità neuro-sen-

soriali autosomiche recessive¹², ma tra questi quello che suscita maggior interesse è legato al gene GJB2 posto sul cromosoma 13, che codifica per la connexina 26. Numerose mutazioni di questo gene sono state identificate (delezioni, inserzioni, mutazioni non senso), ma la più frequente è la delezione della guanina in posizione 35 (35delG)^{6,8} che determina la sintesi di una proteina tronca, di soli 12 aminoacidi.

L'elevata frequenza di questa mutazione rispetto ad altre (l'85% delle mutazioni del GJB2 sono 35delG), in particolare nella popolazione italiana⁸, implica che su una prevalenza di 1/1000 casi di sordità nella popolazione generale, più di 1/3100 dovrebbe essere la prevalenza degli omozigoti per la 35delG, con un tasso di portatori di 1 a 28 circa⁸.

Questa caratteristica selezione genetica dei portatori di questa mutazione non ha ancora una spiegazione, ma ha l'enorme conseguenza di permettere una diagnosi anche dello stato di eterozigote, e di facilitare il *counselling* genetico per le sordità congenite recessive e sporadiche, con implicazioni pratiche sia per l'eventuale protesizzazione precoce sia per i potenziali vantaggi relativi a una futuribile terapia genica.

Con la speranza di aver stimolato l'interesse per un tema sicuramente nuovo – anche se devo ammettere, con un pizzico di rammarico, di aver iniziato tutta questa ricerca dalla lettura di un articolo su un rotocalco settimanale (di cui faccio colpevole omissione nella bibliografia!) – saluto cordialmente e ringrazio per la qualità della rivista sempre più bella e interessante.

Fabio Forte, Matera

Bibliografia

1. Das VK: Aetiology of bilateral sensorineural hearing impairment in children: a 10 years study. *Arch Dis Child* 74, 8, 1996.
2. Beyer EC, Paul DL, Goodenough DA: Connexin family of gap junction proteins. *J Membr Biol* 116, 187, 1990.
3. Wolburg H, Rohlfmann A: Structure-function relationships in gap junction. *Int Rev Cytology* 157, 315, 1995.
4. Nadol JB jr, Mulroy MJ, Goodenough DA, Weiss TF: Tigh and gap junctions in a vertebrate inner ear. *Ann J Anat* 147, 281, 1976.
5. Kikuchi T, Kimura RS, Paul DL, Adams JC: Gap junctions in the rat cochlea: immunohistochemical and ultrastructural analysis. *Anat Embryol* 191, 101, 1995.
6. Zelante L, Gasparini P, Estivill X, et al: Connexin-26 mutations associated with the most common form of non-syndromic neurosensory autosomal recessive deafness (DFNB1) in Mediterraneans. *Human Mol Genet* 9, 1605, 1997.
7. Gasparini P, Estivill X, Volpini V, et al: Linkage of DKFNB1 to non-syndromic neurosensory autosomal recessive deafness in Mediterranean families. *Eur J Hum Genet* 5, 82, 1997.
8. Estivill X, Fortina P, Rabionet R, et al: Connexin-

26 mutations in sporadic and inherited sensorineural deafness. *Lancet* 351, 394, 1998.

9. Bergoffen J, Scherer SS, Wang S, et al: Connexin mutations in X-linked Charcot-Marie-Tooth disease. *Science* 262, 2039, 1993.

10. Brits-Cunningham SH, Shah MM, Zuppan CW, Fletcher WH: Mutations of connexin 43 gap junction gene in patients with heart malformations and defects of laterality. *N Engl J Med* 332, 1323, 1995.

11. Van Camp G, Williams PJ, Smith RJH: Nonsyndromic hearing impairment: unparallelled heterogeneity. *Am J Hum Genet* 69, 758, 1997.

12. Petit C: Genes responsible for human hereditary deafness: symphony of thousand. *Nat Genet* 14, 385, 1996.

Sulla terapia dell'otite

Ho letto con molto interesse e compiacimento lo scritto dell'amico Federico Marchetti in tema di terapia antibiotica, sì o no, nell'otite media acuta (OMA), condividendo l'impostazione, i passaggi e le conclusioni del suo lavoro (*Medico e Bambino* 7/98).

Non mi sembra, però, corretto il consiglio di trattare con sole due dosi (in realtà l'autore scrive: «40-50 mg/kg/die in 2-3 somministrazioni») una OMA, e specialmente se la terapia viene suggerita per i soli casi a "prognosi negativa".

Per quel che ne so non esistono lavori che abbiano dimostrato la pari efficacia delle due al posto delle classiche tre somministrazioni. Le due dosi sono possibili nella faringotonsillite da streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBE-A), ma la farmacocinetica degli antibiotici nell'orecchio medio non è quella della tonsilla¹ e, specialmente, lo SBE-A non è lo *Streptococcus pneumoniae* (SP). Ovviamente mi riferisco a lavori che abbiano studiato specificamente il problema dell'eradicazione del germe nell'orecchio medio con il sistema della doppia coltura prima e dopo antibiotico (*in vivo sensitivity test*)².

Questo aspetto mi sembra particolarmente importante non tanto per la cura dell'OMA (che guarisce anche da sola) quanto per frenare il pericoloso aumento dei ceppi di SP penicillino-resistenti. Le poche dosi/die (in questo senso una delle più malefiche caratteristiche delle cefalosporine orali in monosomministrazione) comportano che le concentrazioni dell'antibiotico nella sede dell'infezione rimangono basse per molte ore al giorno, e questo produce con la eradicazione dei ceppi più sensibili la selezione di quelli più resistenti^{3,4}.

È stato dimostrato che una buona terapia antibiotica nell'OMA deve poter garantire concentrazioni dell'antibiotico nell'esudato endotimpanico superiori alla MIC (concentrazione minima inibente) per almeno il 40-50% del tempo⁵. Sulla base di questi studi e di queste considerazioni la

dose di amoxicillina necessaria per coprire la maggior parte dei pneumococchi a resistenza intermedia dovrebbe essere di 75 mg/kg da somministrare in tre dosi di 25 mg ciascuna⁶. È stato calcolato che, per ottenere gli stessi risultati con sole due somministrazioni al giorno, dovremmo utilizzare dosaggi più elevati (90 mg/kg)⁷.

Probabilmente tutte queste sono disquisizioni teoriche con scarsa ricaduta pratica: non ho dubbi infatti che chi usasse anche ai dosaggi usuali (40-50 mg/kg) le due, anziché le tre dosi/die, non riuscirebbe comunque mai a cogliere differenze di efficacia tra i due schemi di terapia. In questa condizione, infatti, a causa dell'altissima percentuale di guarigione spontanea, c'è bisogno di confrontare almeno un migliaio di casi anche solo per misurare la differenza tra un antibiotico e il placebo con il solo giudizio clinico⁸.

Ma, se il discorso viene fatto non in termini di quanti guariscono e quanti non guariscono, bensì in chiave di produzione di ceppi di SP resistenti, allora il problema non è forse più così indifferente. Proprio nei bambini con otite è stato dimostrato che i dosaggi ridotti (per esempio amoxicillina a meno di 50 mg/kg/die) e i tempi lunghi di terapia (più di 5 gg) favoriscono la persistenza nel faringe di pneumococchi resistenti⁹.

In linea con i suggerimenti degli autori di questo lavoro, e in base a quanto prima detto, sarei anch'io dell'idea (e così mi comporto) di trattare le otiti con dosi più elevate (amoxicillina 50-75 mg/kg) ma per meno giorni (massimo 4-5), e comunque, sempre, utilizzando le tre somministrazioni/die.

Giorgio Longo

Bibliografia

1. Ginsburg CM, et al: Pharmacology of oral antibiotics used for treatment of otitis media and tonsillopharyngitis in infants and children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1, 5, 37-43, 1998.
2. Klein JO: Microbiologic efficacy of antibacterial drugs for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 12, 973, 1993.
3. Finch RG: Penicillin-resistant pneumococci. *Lancet* 345, 457, 1995.
4. Low DE, Scheld WM: Strategies for stemming the tide of antimicrobial resistance. *JAMA* 279, 394-395, 1988.
5. Craig WA, et al: Pharmacokinetics and pharmacodynamics of antibiotics in otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 15, 944-8, 1996.
6. Canafax DM, et al: Amoxicillin middle ear fluid penetration and pharmacokinetics in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 17, 149-56, 1988.
7. Seikel K, et al: Middle ear fluid concentrations of amoxicillin after large dosages in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 16, 710-11, 1997.
8. Marchant CD, et al: Measuring the compar-

ative efficacy of antibacterial agents for acute otitis media: the "Pollyanna phenomenon". *J Pediatr* 120, 72-7, 1992.

9. Guillemot D, et al: Low dosage and long treatment duration of beta-lactam: risk factors for carriage of penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *JAMA* 279, 365-70, 1988.

Una brutta storia

Ho appreso di un'interpellanza parlamentare che l'on. Mario Tassone ha rivolto al Ministro dell'Università sulla situazione della Facoltà di Medicina di Catanzaro. Me ne sono procurato il testo, e lo invio al vostro giornale, che potrebbe essere interessato all'argomento (riportato di seguito, ndr). Il mio commento è il seguente.

Il non avere in Calabria strutture valide di 3° livello è la causa del vuoto assistenziale più grave che i malati calabresi debbono sopportare. Il persistente flusso migratorio di pazienti calabresi verso altre Regioni ne è la più dolorosa conseguenza. Per quanto riguarda il settore pediatrico si sta cercando di ovviare con una convenzione tra la Regione Calabria e l'Istituto "G. Gaslini" per installare una "succursale" di tale Istituto a Nicotera. Non mi pare la soluzione migliore ma, a prescindere dalle considerazioni possibili, questa stessa convenzione è la dimostrazione che gli scopi per cui è sorta, tanti anni fa, la Facoltà di Medicina di Catanzaro sono lontani dall'essere stati raggiunti, e forse non sono mai stati perseguiti. Nessun bambino infatti è stato ricoverato presso la Clinica Pediatrica di Catanzaro perché non è mai stato attivato, dopo tanti anni, nessun posto letto. Spero che *Medico e Bambino*, *Quaderni ACP* e la SIP trovino il modo di dire la loro sull'argomento.

Pasquale Alcaro

«Il sottoscritto chiede di interpellare il Ministro dell'Università e della ricerca scientifica, per sapere -

premesso che che:

□ la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Catanzaro esiste dal 1985, e da circa 12 anni è attivato il policlinico dove si offre l'assistenza sanitaria. Tale assistenza è curata da personale universitario (principalmente professori, ricercatori e altre figure) e personale ospedaliero, cioè personale del Servizio Sanitario Nazionale (medico, infermieristico e amministrativo). Il personale universitario, oltre alla didattica e ricerca, svolge attività di assistenza sanitaria (non tutto), per la quale percepisce dalla Regione Calabria un'indennità prevista dalla normativa vigente;

□ alcuni docenti non residenti svolgereb-

bero l'attività assistenziale solo in alcuni giorni del mese, mentre altri vengono a Catanzaro il martedì pomeriggio e ritornano nei luoghi di residenza il giovedì o il venerdì, pertanto sono presenti 2-3 giorni alla settimana. Pertanto si verifica, a quel che risulta all'interrogante, anche che ricercatori, vincitori di concorso, non sarebbero mai venuti in Facoltà a Catanzaro, senza che chi ha la responsabilità del controllo ne abbia mai rilevato l'assenza. Alcuni docenti esercitano il servizio di reperibilità per l'area chirurgica risiedendo in luoghi distanti da Catanzaro (Napoli e altre sedi), quando la norma prevede che il reperibile entro mezz'ora dalla chiamata dovrebbe arrivare in ospedale, cosa in questo caso impossibile: un episodio è stato anche accertato dai carabinieri alcuni anni fa;

□ il consiglio di Facoltà recentemente avrebbe approvato una convenzione con alcune cliniche private calabresi, in base alla quale gli specializzandi di alcune branche che hanno il diritto-dovere di esercitare l'attività pratica, dovranno espletare tale attività presso appunto le suddette cliniche private. I rilievi sono due:

a) è strano che il consiglio di Facoltà non abbia accesso la convenzione con gli ospedali pubblici come di norma;

b) è strano altresì che in alcune di queste cliniche private eserciterebbero l'attività professionale alcuni docenti universitari direttori delle scuole di specializzazione.

Tutto ciò evidenzerebbe un interesse, in quanto gli specializzandi, pagati dallo stato, contribuirebbero al funzionamento della clinica e pertanto al guadagno dei proprietari;

□ al concorso di ammissione alla scuola di specializzazione in medicina interna per l'anno 1997-1998 avrebbe partecipato e vinto un candidato il cui cugino era nella commissione esaminatrice;

□ molti fondi dei piani operativi polifunzionali (alcuni miliardi) dati dalla Regione Calabria e dalla Unione Europea a docenti universitari non sarebbero stati spesi;

- quali provvedimenti intenda adottare per accertare la reale situazione della Facoltà di Medicina di Catanzaro anche attraverso un'inchiesta ministeriale. Analoga richiesta è stata avanzata da tempo attraverso lo strumento del sindacato ispettivo al quale il Governo non ha inteso fino ad oggi dare una risposta benché fosse stato sollecitato in aula».

On. M. Tassone, Camera dei Deputati
Seduta del 17 settembre 1998

La lettera del dottor Alcaro si commenta da sola; e il commento di Medico e Bambino non può essere dissonante; il problema non è solo un problema del Sud, anche se al

Nord, per mille motivi, questo non si sarebbe verificato. In effetti le piccole Facoltà di Medicina del Nord fiorite negli ultimi anni, in situazioni di affollamento accademico infinitamente maggiore, come Udine, Brescia, Varese, sono diventate fin troppo attive e funzionanti.

Il fatto che l'Università stenti a crescere proprio dove ce n'è più bisogno è comprensibile; ma è un segno del difetto vocazionale dell'Università, del suo scarso spirito di servizio. Rimandiamo all'editoriale per una risposta più completa.

F.P.

Lo stato dell'assistenza pediatrica

Ho inviato a suo tempo a *Quaderni ACP* un mio lungo commento sull'analisi dell'Assistenza Pediatrica che l'ACP aveva inviato alla Presidenza del Consiglio. Colgo ora l'occasione della pubblicazione delle linee programmatiche per l'assistenza pediatrica, linee che sostanzialmente dividono, per inviare anche a *Medico e Bambino* una più sintetica nota sullo stato delle cose, stato che mi sembra preoccupante, più ancora di quanto risulti dall'analisi fatta dall'ACP.

Spesa ospedaliera. Cifra chiave del bilancio Sanità (61% dell'intera spesa sanitaria; 58.812 miliardi nel '95, +7,6% annuo nell'ultimo decennio), è sempre più lontana dalla media OCSE e da quel 50% che è considerato il limite invalicabile.

Questione ospedali. Dall'affermazione del recente dossier sugli Ospedali dell'ex Ministro Guzzanti («Gli ospedali sono vecchi e inefficienti, più della metà non sono accreditabili, perché mancanti dei requisiti minimi») a quella dell'attuale Ministro Bindi («Gli ospedali delle maggiori città italiane sono al di sotto degli standard europei»), alle pagine del *Corriere della Sera* («Il Policlinico "Umberto I" di Roma, il Titanic della Sanità, senza garze e lenzuola ma con 503 professori universitari, 380 primari - uno ogni 6 posti letto - di cui una ventina di Pediatria, a spartirsi 73 posti letto») lasciano intendere che il problema è sotto tiro (ma non sotto controllo). Solo per metterli a norma occorrono 22.500 miliardi. Solo de-ospedalizzando si possono rimediare le risorse necessarie; solo un territorio forte può, alleggerendo gli ospedali, recuperarli all'efficienza.

L'aumento dei ricoveri. Dalla Relazione del Governo del 1996 sullo Stato Sanitario del Paese si ricava che «il Paese è fittamente coperto da una diffusa rete di Istituti di Ricovero... con un rapporto posti letto/popolazione molto elevato, con molte degenze senza dubbio improprie... un uso dell'O-

spedale non in linea con le moderne tendenze... legato in primo luogo alla tendenza dei medici ospedalieri, specialisti o non, a intrattenere rapporti diretti coi pazienti senza la utile collaborazione del medico di base».

Sul tasso di ospedalizzazione pediatrica, in un documento prodotto per il Ministero nel 1982, si legge: «Dal 1965 al 1974 il numero dei ricoveri pediatrici è cresciuto del 125%, passando da 285.000 a 636.000... mentre la patologia infantile si riduce per frequenza e gravità» tanto da portare alla conclusione di «posti letto superflui e ricoveri più o meno consapevolmente gonfiati». Dal 1980 al 1991 il tasso di ospedalizzazione pediatrico sale da 98% a 126%, con un aumento del 28% (mentre il numero dei bambini, con proporzione paradossalmente inversa, cala del 26%) e con una sperequazione incomprensibile tra Nord (dove il tasso di ospedalizzazione ha raggiunto il 162%) e Centro-Sud (107%).

Con l'arrivo dei DRG, cioè del sistema di pagamento in funzione della diagnosi, nel 1995 l'ospedalizzazione riceve un'accelerazione ulteriore (+ 20% in 12 mesi). In quest'ultima estate E. Guzzanti dichiara che «al momento attuale (luglio '98) si registra un incremento dei ricoveri generali del 91% rispetto all'anno precedente, con ricoveri opportunistici o ripetuti di persone che non ne avevano necessità, con rientri in Ospedale programmati alla dimissione per determinare due RG al posto di uno». L'ISTAT stima che «gli hinterland delle UO pediatriche sono così bassi (in media 15.000 bambini, contro i 40.000-100.000 degli standard internazionali) da essere automatici catalizzatori dei rialzi del tasso di ospedalizzazione, conditio sine qua non per evitare che le pediatrie vengano chiuse». I ricoveri dei neonati in Lombardia sono cresciuti in toto del 100%, e per il solo DRG 389, il più facile da abusare, del 167%. In Veneto si trovano sedi che con 600 parti hanno ricoverato nel '97 più del 50% dei nati.

Appropriatezza dei ricoveri. In USA i ricoveri evitabili sono stati valutati al 28%; questo indica una certa inevitabilità del ricovero improprio in Pediatria; solo che in Italia le UO pediatriche autovalutano il proprio tasso di inapproprietezza al 15,5%, mentre gli organi di controllo lo collocano al 46,6%, sottolineando che per il 92% si tratta di ricoveri decisi direttamente dal medico ospedaliero.

Nel 1997 i dati ufficiali segnalano un sistema Ospedali impazzito che produce l'incredibile record di 247 ricoveri per 1000 abitanti, con uno sbilancio economico che passa da 1000 miliardi per il 1995 ai 1000 miliardi ormai certi per il 1998.

Cure primarie. Alle soglie del 2000 le cure primarie continuano ad essere affidate a

una organizzazione di solisti, medici e pediatri di famiglia, a ogni angolo di strada con ambulatori singoli, protagonisti di una attività in *franchising*, in competizione tra loro, ricattabili da genitori e pazienti, obbligati a operazioni di *nursing*, come le visite domiciliari di dubbia utilità, pena denunce e revoche, in un sistema premiante solo per chi avvalora qualunque richiesta, compresi farmaci e certificati di comodo, dove la compiacenza e la (presunta) comodità del servizio vengono preferite alla qualità della prestazione, e dove la richiesta di prestazioni è diventata «incontrollata e incontrollabile» da parte di «pazienti che hanno scambiato la Sanità per un Supermercato in cui ognuno può prendere tutto quello che vuole» (Bindi). Sarebbe invece necessaria una organizzazione collettiva (volontaria? anche volontaria, ma favorita, non ostacolata dal Sistema), che consenta una vera continuità assistenziale (poiché nessun singolo Pediatra convenzionato può essere ubiquitario nel tempo e nello spazio), un allargamento dell'esperienza e degli orizzonti professionali (650 assistiti in media per pediatra sono troppo pochi per un fisiologico rinnovo del *know-how*), e che possa al tempo stesso essere una verifica di qualità (auto-audit ma anche controllo aziendale), una forza contrattuale in grado di difendere la qualità professionale e di calmierare (con la forza del consenso condiviso contro il ricatto quotidiano) l'abuso delle richieste, una dimensione economica che consenta di mettere a punto quel minimo di sostegno organizzativo e di attrezzatura diagnostica quel tanto che basti per poter esercitare con dignità ed efficacia, dal diploma fino alla pensione.

In conclusione. La Pediatria appare un'azienda in crisi per mancanza di materia prima, i bambini, e per caduta del fatturato più costoso, la morbidità grave. Come accade alle aziende di Stato, i costi sono difficilmente comprimibili, per l'esistenza di una folla di operatori già assunti e in esubero. L'infinito aumento dei bisogni di salute è effimero (i genitori che tremano a ogni stormir di fronde), in parte indotto. Per far fronte a questi bisogni esiste una massa di lavoro, i Pediatri convenzionati, più che sufficiente, ancorché disorganizzata. Questo appartiene allo spazio delle Cure Primarie. Se questo spazio si organizzasse meglio, ben poco resterebbe allo spazio delle Cure Ospedaliere, che tuttavia, alleggerito del carico inutile, potrebbe migliorare di molto la sua efficienza. In ritardo sui rimedi, il Governo indica le soluzioni sul Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: «Razionalizzare l'ospedalizzazione nell'età pediatrica... valorizzando la pediatria di famiglia». Non ci sono alternative.

Giorgio Meneghelli

La lettera mette a fuoco, con citazioni precise, la crisi strutturale della Pediatria. Come ogni crisi, anche questa mette in moto meccanismi di concorrenza interna: muoio io o muori tu? In realtà si deve cercare un modello più alto, una migliore e più redditizia modalità di produzione (di lavoro). E questo richiede una profonda revisione di entrambi gli spazi, quello delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere, col minore sacrificio possibile (non può essere considerato sacrificio il mutare abitudini, quando queste sono dequalificanti e umilianti). Cercherò di rispondere un po' più approfonditamente al dottor Meneghelli, nell'editoriale.

F.P.

Statistiche: errata corrige

Ho letto con interesse su *Medico e Bambino* 9/98 l'aggiornamento di Statisti-

ca demografica e sanitaria, che illustra dati ripresi dal professor Bartolozzi dall'*Annuario ISTAT 1997*. Questi dati, con un grossolano errore che riguarda le province di Trento e Bolzano, sono stati presentati anche dal dottor Orzalesi nel Convegno regionale calabro del 19 dicembre scorso. L'errore, ripreso alla Tavola 2.11 dell'*Annuario ISTAT*, compare alla Tabella VIII del lavoro del professor Bartolozzi, ed era stato tempestivamente segnalato in data 10 giugno 1998. La dottoressa Burrata dell'ISTAT, in data 7 luglio 1998, mi ha inviato la versione corretta, con dati esatti sui quozienti di mortalità perinatale e infantile 1994 nella regione Trentino-Alto Adige.

In particolare, per provincia di Trento e Bolzano e regione Trentino-Alto Adige i dati di mortalità infantile (< 12 mesi) sono rispettivamente: 4,9 (anziché 2,3), 4,8 (anziché 5,6), e 4,8 (anziché 9,0). Così la mortalità perinatale passa per il Trentino dal 2,6 al 5,6 (appariva invece assurdamen-

te minore del tasso di natimortalità, che è di 2,7); per l'Alto Adige dal 7,3 al 6,3; per la regione dall'11,1 per mille al 6,0! L'ISTAT ha recentemente ripreso a pubblicare sul *Bollettino Mensile di Statistica* i dati di mortalità perinatale e infantile per province di evento e, molto più interessante, per province di residenza. Nelle Tabelle 3.9 e 3.10 compaiono i dati corretti per le province di Trento e Bolzano.

Colgo l'occasione per esprimere l'auspicio che tutti i responsabili dell'assistenza neonatale di un dato territorio tengano costantemente sotto controllo le rilevazioni ISTAT sulle morti nel primo anno di vita. Presso ogni sede regionale ISTAT dovrebbero essere disponibili le schede di morte fino a 12 mesi. In un bacino di circa 10.000 nascite avvengono ormai non più di 50-80 casi di morte all'anno. La maggior parte avvengono nei centri di terzo livello, e tutti questi casi sono ben noti: possibilmente tutti controllati per autopsia. È importante sottoporre ad audit tutti i casi di

Trieste, Stazione Marittima, 7-8 maggio 1999

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Venerdì 7 maggio

- 9.00 TAVOLA ROTONDA: INFEZIONI '99 modera F. Panizon
Malattia da graffio di gatto G. Maggiore
Bambini e AIDS M. De Martino
Vermi e parassiti L. Di Martino
- 10.30 L'EDITORIALE di Giorgio Tamburlini
- 10.50 SCHEDE: UNA MALATTIA, UN ANTIBIOTICO
conduce F. Marchetti
Infezione urinaria M. Pennesi
Osteite M. Candusso
Polmonite S. Martellosi
- 11.30 Coffee-break
- 12.00 LA PAGINA GIALLA
Commenti dalla letteratura A. Ventura
L'articolo dell'anno letto dall'Autore
- 13.00 Colazione di lavoro
- 14.30 SCAMPOLI modera F. Panizon
Lo strano caso di ... F. Massei
- 14.50 MEDICINA E SOCIETÀ: CHIAROSCURI SU
SANITÀ, MALASANITÀ, BUONASANITÀ
G. Tamburlini, N. D'Andrea, G. Milano, P. Longo, A. Bottan
- 16.15 Coffee-break
- 16.45 L'EDITORIALE di Dante Baronciani
- 17.00 DOMANDE E RISPOSTE IN DIRETTA
IN TEMA DI: CHIRURGIA PEDIATRICA
A. Messineo
- 18.00 G. Longo commenta una selezione di poster
- 18.45 Chiusura dei lavori

Sabato 8 maggio

- 9.00 LA RUBRICA ICONOGRAFICA F. Longo
modera F. Panizon
- 9.15 OLTRE LO SPECCHIO: Si può educare ad educare?
M. Russo, W. Grosso
- 10.30 Coffee-break
- 10.50 L'EDITORIALE di F. Panizon
- 11.10 TAVOLA ROTONDA: ALLERGIA ALLE PROTEINE
DEL LATTE: IERI, OGGI, DOMANI
F. Panizon, G. Iacono, A. Ventura
- 12.15 ASSEMBLEA DEGLI ABBONATI
La discussione sarà aperta con la presentazione dei risultati del sondaggio di gradimento delle singole rubriche. Il relativo questionario sarà distribuito la mattina del venerdì.
- 13.30 Fine dei lavori

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE

Si invitano i partecipanti a inviare contributi originali (sotto forma di abstract di una cartella) per la sezione poster. Il termine ultimo per la presentazione dei contributi è il 31 marzo 1999.



SEGRETERIA SCIENTIFICA
Il Comitato Scientifico di *Medico e Bambino*:
Franco Panizon, Giorgio Longo, Paola Rodari,
Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Quickline Congressi
via S. Caterina 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 / 773737 - 363586
Fax 040 / 7606590
e-mail: quick@trieste.com

decesso in ospedali periferici. E poi ogni responsabile dovrebbe conoscere anche quanti bambini della sua provincia/regione sono deceduti al di fuori della sua provincia/regione, con le rispettive cause. Alla fine di ogni anno dovrebbe essere stilata una tabella riassuntiva che si presta a un audit complessivo sui nati e sui morti "residenti" nella provincia/regione.

Per la provincia di Trento sono disponibili, fin dal 1973, rilevazioni sempre più analitiche, caso per caso, non solo sui casi di mortalità, ma anche di handicap e di grave malformazione. Eccezionale la raccolta dei dati sull'assistenza ostetrico-neonatale a 360 gradi dal 1979 ("Il neonato Trentino"): oltre che sugli esiti a distanza sono rilevati dati su natalità, popolazione, gravidanza, parto, allattamento, costi, organizzazione.

Curare la rilevazione dei dati epidemiologici territoriali, fare valutazioni di base e valutazioni finali, con confronti a livello nazionale e internazionale è contemporaneamente etico e pratico. Pratico per misurare

l'efficienza; etico se si personalizzano i risultati, se si va al di là dei freddi numeri dei tassi di incidenza e si curano i singoli casi con audit caso per caso. Una cosa è registrare il 4 per mille di mortalità, altra cosa è disporre dell'elenco analitico di 20 neonati deceduti, con la loro storia e con il loro nome: Andrea, Maria, Antonio... L'audit su dati concreti migliora certamente il dialogo con ostetrici e territorio.

Dino Pedrotti, Trento

Per prima cosa ringrazio il dottor Dino Pedrotti per aver rilevato l'errore nella Tabella VII delle "Note di statistica demografica e sanitaria-1996" (Medico e Bambino 9/98). L'errore, come lui stesso dice, è attribuibile alla pubblicazione ISTAT, alla quale ho fatto riferimento nel preparare la tabella. Tuttavia le denominazioni da me usate di Trentino e Alto Adige non sono corrette, molto meglio parlare di dati regionali (Trentino-Alto Adige), suddivisi nelle due province di Bolzano e Trento, come giustamente

fa il dottor Pedrotti (e, d'altra parte, come riporta anche la Tabella ISTAT). Devo riconoscere inoltre che una riflessione più approfondita dei dati mi avrebbe permesso di rilevare che il tasso di mortalità perinatale per la provincia di Trento era troppo basso (2, 6), assurdamente minore, come dice il dottor Pedrotti, in confronto al tasso di natimortalità del 2,7.

Quindi grazie di nuovo.

Sono anche lieto di trovare nel dottor Pedrotti un attento cultore dei dati epidemiologici locali e nazionali, come utili guide per valutazioni di tendenza e per graduare interventi di natura sanitaria e assistenziale. Importante anche l'invito a passare dalle fredde cifre statistiche (la "mortalità del 4 per mille") alla storia personale dei singoli soggetti deceduti, ognuno con il suo nome, con la propria famiglia e con le proprie vicende e difficoltà ad adattarsi alla vita extrauterina.

Giorgio Bartolozzi

NORME REDAZIONALI

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore; tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, sono sicuramente molto graditi. Le lettere vengono tutte accettate.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice: **Medico e Bambino, via S. Caterina 3, 34122 Trieste. Tel 040 / 3728911 - Fax 040 / 7606590**

È possibile l'invio anche per e-mail: redazione@medicobambino.com

CARATTERISTICHE DEGLI ARTICOLI

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). È fondamentale, inoltre, inviare un breve sommario in italiano (600/800 caratteri). Occorre indicare anche i nomi di battesimo degli Autori. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

ACCETTAZIONE DEGLI ARTICOLI

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. Sia i tempi di risposta che i tempi di pubblicazione possono però essere lunghi. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposte all'Autore.

LETTERE

□ Tutte le lettere vengono pubblicate, quanto prima possibile. Le loro dimensioni non devono superare le 3000 battute (una cartella); in caso contrario, alcuni tagli, rispettosi del contenuto, possono rivelarsi necessari.

FILE, SUPPORTI E RETE

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta, dal momento che Internet "digerisce" con difficoltà immagini ad alta risoluzione (quindi molto ingombranti in termini di Kbyte).