

Italiani all'estero. Alessio Fasano, un ex ricercatore della Clinica Pediatrica dell'Università di Catanzaro, dirige ora (ancora molto giovane) la Divisione di Gastroenterologia e Nutrizione dell'Università del Maryland a Baltimora. Si è affermato nell'ambito della ricerca scientifica specie con i suoi studi su tossine e meccanismi di patogenicità di enterobatteri. L'ultima ricerca, che ha in parte portato a termine (ma che attende conferma sull'uomo), merita però un'attenzione particolare. Alessio ha infatti pensato di utilizzare l'effetto della tossina da lui studiata (ZOT = zonula occludens toxin, attiva sulle giunzioni strette intercellulari e capace di aumentare la permeabilità intestinale alle macromolecole) per consentire l'assorbimento per os di proteine con potenziale utilità terapeutica, ora somministrabili solo per via endovenosa: l'insulina e le gammaglobuline. In un largo e brillante esperimento sul topo ha documentato che la somministrazione associata di ZOT e insulina permette l'assorbimento di entrambe (72% e 52% rispettivamente). Ciò che più entusiasma è che l'insulina somministrata per os assieme alla ZOT è in grado di curare il diabete dei topi BB/Wor con la stessa efficacia dell'insulina somministrata per via parenterale (*Atti del Congresso della Società europea di Gastroenterologia e Nutrizione Pediatrica* - ESPGAN, Salonicco, maggio 1997).

Di nuovo la malaria autoctona? Dall'inizio degli anni '50 non si è verificata più in Italia la trasmissione endemica della malaria, attraverso le anofeline. Da allora ogni anno, tuttavia, si ha un numero crescente di casi di malaria, di cui solo nel 1995 ben 729 (*Annuario Statistico Italiano* 1996): sembrerebbe quasi che la Lombardia, con i suoi 202 casi, si fosse trasformata in una regione paludosa, ricca di anofeline e di plasmodi. Ma, lo sappiamo tutti, non si tratta di casi di malaria autoctona, si tratta invece di malarie da importazione, per viaggi intrapresi in territori ad alta endemia malarica o si tratta di emigranti: la prevenzione farmacologica, e anche questo lo sappiamo tutti, non è sempre efficace o per la ricchezza dell'*inoculum* o per l'acquisita resistenza del plasmodio. In Italia sono circolanti in molte zone, nel gressetano in prima fila, molte specie di anofeline, fortunatamente vuote per ora di plasmodi: purtroppo co-

nosciamo già la malaria da aeroporto e da valigia e siamo in attesa di qualche caso di malaria autoctona. In USA questo è già avvenuto: sono già state descritte 57 piccole e localizzate epidemie di malaria; l'ultimo caso è recentissimo e riguarda un uomo di 53 anni, residente in Georgia, affetto da malaria da *Plasmodium vivax*. Non aveva mai visitato zone malariche (*MMWR* 46, 264-7, 1997). Ricordiamoci d'inserire la ricerca del plasmodio della malaria nella diagnosi differenziale della Febbre di Origine Sconosciuta (FOS).

Rosolia ed embriopatia rubeolica. In Italia solo da qualche anno alcune regioni hanno adottato le moderne indicazioni sulla vaccinazione contro la rosolia: vaccinare contro la rosolia, maschi e femmine, insieme a morbillo e parotite, sia al 15° mese che nel 12° anno. La politica vaccinale seguita fino ad oggi (solo femmine, in un'unica dose al 12° anno) è risultata fallimentare: 20-40.000 casi di rosolia notificati ogni anno e poco meno di 100 casi di embriopatia rubeolica negli ultimi anni. Cosa succede in USA, dove è stata da sempre seguita la strategia vaccinale, che solo da qualche anno è stata introdotta in alcune regioni italiane? Nell'ultimo *MMWR* (46, 350-54, 1997) sono riportati i dati USA 1994-97. L'incidenza della rosolia è scesa al di sotto dei 500 casi/anno (su una popolazione pediatrica 8 volte quella italiana), con una sola puntata epidemica nel 1991 (1500). Il numero di casi di embriopatia rubeolica è di 2-5 per anno, con una punta di 32 nel 1991, in occasione dell'ondata epidemica: in circa la metà dei casi si è trattato di madri non sottoposte alla vaccinazione (*JAMA* 267, 2616-20, 1992). Quanto riportato in USA dimostra, senza ombra di dubbio, che la nuova politica vaccinale, che è auspicabile venga estesa a tutte le regioni italiane, è al momento attuale la sola che assicuri una riduzione nel numero di casi di rosolia nella popolazione e di conseguenza una riduzione nel numero di neonati affetti da embriopatia rubeolica. Fortunatamente il ceppo di virus della rosolia (RA 27/3), introdotto in tutti i vaccini tripli in commercio, è altamente immunogenico e scarsamente reattogenico: non necessita di reinfezioni esogene perché venga mantenuto negli anni un buon livello di difese immunitarie.

Osservare e predire. Uno studio multicentrico europeo (sostenuto in particolare da un gruppo di neuropsichiatri infantili italiani) ha dimostrato che l'osservazione è superiore all'ecografia per predire il futuro neurologico di lattanti con storia di danno cerebrale perinatale (*Lancet* 349, 1361, 1997). Il punto di riferimento dell'osservazione sono i movimenti spontanei del lattante delle prime settimane (rotatori, piuttosto a largo raggio, vagamente somiglianti a stiracchiamenti degli arti e del collo, detti "writing") che, in una situazione di sviluppo normale, devono essere progressivamente sostituiti da movimenti più fini, continui, a raggio stretto ("fidgety"). Questi ultimi sono movimenti che il lattante normale, tra le 8 e le 16 settimane, esegue in continuazione solo nello stato di veglia tranquilla ma che interrompe se piange, evacua o minge o si concentra su altre attività. L'assenza della "fidgety" è il segno prognostico peggiore e correla (98%) con una prognosi neurologica severa. Viceversa, la presenza di una "fidgety" normale assicura una buona prognosi (96%) anche nei casi in cui l'ecografia mostra danni maggiori, ad esempio cisti (sensibilità e specificità dell'ecografia 83 e 80% rispettivamente). Esistono situazioni intermedie di anomalia della "fidgety" che sono effettivamente correlate a una prognosi intermedia. Lo studio è basato sull'osservazione di 130 neonati, con registrazione (inizialmente settimanale e quindi mensile) in videotape (follow-up 2 anni). Presto sarà disponibile la videocassetta didattica (per informazioni, scrivere al dottor Giovanni Cioni, Istituto Stella Maris, Pisa).

L'eradicazione della polio. Scomparsa dalle Americhe, scomparsa dall'Europa occidentale, ridotta solo a qualche migliaio di casi nel resto del mondo, la polio sta vivendo gli ultimi anni della sua lunga storia di paralisi. Il continente più resistente ai tentativi di vaccinazione è l'Africa, dove nel 1995 si sono verificati ancora 2192 casi di polio, nei 46 stati collegati alla WHO: di altri 9 stati sappiamo poco. Fra il gennaio 1996 e il marzo 1997 è stata condotta la più vasta campagna di vaccinazione nelle regioni africane (*MMWR* 46, 321-5, 1997), durante la quale sono stati vaccinati contro la polio 74 milioni di bambini (circa i 3/4 di tutti i

bambini africani in età inferiore ai 5 anni). Il vaccino usato è quello classico, costituito dai 3 tipi di virus vivi attenuati, tipo Sabin, per bocca (OPV). La copertura vaccinale con OPV nella maggior parte dei Paesi africani ha raggiunto e superato quindi l'80% nei gruppi di età bersaglio. Il prezzo della vaccinazione OPV è stato calcolato a mezzo dollaro (circa 850 lire) per bambino. I progressi ottenuti nelle regioni africane lascia pensare che la polio può effettivamente essere eradicata dal continente nell'anno 2000. Non possiamo, come uomini e come pediatri, che esserne profondamente soddisfatti, anche perché in questo caso "vita tua" corrisponde a "vita mea".

Come il governo può migliorare la salute pubblica. Un recente editoriale del *British Medical Journal* (314, 1498, 1997), scritto subito dopo l'insediamento del nuovo governo laburista in Inghilterra, sottolinea in alcuni punti come la salute pubblica dipenda solo in parte dalle iniziative del ministero specifico, e come sia, invece, opportuno che il ministro della sanità lavori in maniera trasversale con i responsabili di tutti gli altri dicasteri: infatti, la pianificazione del commercio, dello sfruttamento di risorse agricole, dell'istruzione ecc. dovrebbe essere coerente con un progetto globale di miglioramento della salute. Tutte cose ovvie, ma colpisce un poco vederle scritte, una volta tanto, per i medici su una prestigiosa rivista scientifica (assomiglia a *Medico e Bambino*...). Gli strumenti (raccomandati al ministro) per ottenere un miglioramento della salute pubblica sono così schematizzati nella tabella dell'editoriale:

- 1) maggiore giustizia sociale e riduzione della disuguaglianza;
- 2) miglioramento dell'istruzione;
- 3) identificazione dell'impatto sulla salute di tutti i programmi della politica governativa e aggiunta del miglioramento della salute, come obiettivo di tutti i programmi stessi;
- 4) implementazione, infine, della qualità dei controlli di salute e dei servizi sanitari.

Anche le blatte (almeno quelle tedesche e americane) sono importanti nell'asma del bambino. Si sa da tempo che la maggior parte delle crisi di asma nei bambini, che abitano nelle città, è dovuta all'esposizio-

ne, elevata e protratta, ad allergeni contenuti nella polvere di casa. Finora l'attenzione di allergologi e di pediatri è stata rivolta principalmente ad alcuni costituenti della polvere della camera del bambino, a elevato potere allergizzante, cioè verso i *Dermatophagoides pteronyssinus* e *farinae* e gli allergeni del gatto. Una recente pubblicazione (*N Engl J Med* 336, 1356-63 e 1382-4, 1997) tuttavia richiama l'attenzione anche sugli allergeni delle blatte e in particolare di quelle tedesche e americane, che sarebbero una causa frequente di asma nei bambini all'interno delle città. L'argomento è di grande interesse per i pediatri pratici: anche le blatte italiane (quelle abbastanza grandi, fino a 2-3 cm, rotonde-ovoidali, nere, lente nel muoversi, abitanti frequenti delle cucine delle vecchie case) sono allergizzanti? Anche quelle tedesche sono oggi abbastanza diffuse nel nostro Paese, dove sono giunte con il legname: esse sono completamente diverse da quelle italiane, hanno un colorito brunoastro, sono allungate (un paio di cm) e sottili, molto veloci, frequentano le cucine, ma anche gli altri ambienti della casa. E come sono quelle americane? Sono uguali alle nostre?

Toilet training ed epidemia di infezione perianale da Streptococco beta-emolitico di gruppo A. L'infezione perianale (con quadro clinico che può variare da eritema intenso e fissurazioni fino a una vera e propria cellulite) rappresenta, dopo la tonsillite, l'infezione più frequente da Streptococco beta-emolitico di gruppo A. Il contagio e piccole epidemie intrafamiliari erano già state descritte. Ora, viene descritta da un gruppo finlandese (*Pediatr Infect Dis J* 16, 247, 1997) una epidemia tra bambini che frequentavano lo stesso day hospital, guarda caso per problemi di stipsi. Si tratta di 5 bambini, tutti con storia di dermatite o cellulite perianale, che avevano frequentato le stesse sedute di toilet training. Con complesse tecniche di analisi del DNA ("pulse field gel electrophoresis" o PGFE), gli Autori hanno dimostrato che il ceppo incriminato era lo stesso in tutti i casi. Non ci sono prove di una trasmissione orale, mentre è probabile che il veicolo di diffusione dell'infezione sia stato l'ase di plastica del "water" comunemente usato.

Come sarà l'influenza nel 1997-98? In collaborazione con la WHO e con la sua rete internazionale di laboratori, i Centers for Disease Control and Prevention (i famosi CDC di Atlanta) conducono un'attiva opera di sorveglianza per monitorare l'attività dell'influenza e per rilevare le modificazioni antigeniche nei ceppi circolanti di virus dell'influenza, allo scopo preciso di allestire i nuovi vaccini per il prossimo anno (autunno-inverno 1997-98) ed eventualmente di prevedere la comparsa di una grande ondata epidemica, che, secondo i dati storici, non dovrebbe essere lontana. Nel 1996 (in USA e in tutto l'emisfero nord) l'influenza è comparsa in ottobre, è aumentata alla fine di novembre, ha raggiunto il suo massimo alla fine di dicembre e nelle prime settimane di gennaio 1997, per diminuire lentamente nel mese di marzo. In Europa e nel resto del mondo più spesso è stato isolato il virus dell'influenza A (H3N2), mentre il virus B è stato isolato meno di frequente. Per l'influenza A, i ceppi isolati più di frequente sono stati l'A/Wuhan/359/95 e l'A/Nanchang/933/1995. Per l'influenza B il ceppo isolato più di frequente è quello B/Harbin/07/94 (*MMWR* 46, 325-30, 1997). I ceppi che verranno compresi nei vaccini USA e WHO contro l'influenza saranno probabilmente quelli sopra ricordati: le decisioni finali nelle prossime settimane.

Dolore e circonscisione. Il neonato possiede tutte le componenti anatomiche e funzionali per avvertire gli stimoli nocicettivi, egli reagisce agli stimoli dolorosi. Durante la circonscisione, pratica sulla cui utilità la discussione è sempre aperta, è agitato, piange intensamente e dall'espressione del volto avverte un fortissimo dolore. Recentemente (*N Engl J Med* 336, 1197 e 1244, 1997) è stato proposto l'uso di una crema, costituita da lidocaina-prilocaina al 5%, da usare prima della circonscisione (in Italia esiste in commercio un prodotto similare). La conclusione dello studio è che questa crema è efficace e sicura per la prevenzione del dolore nel neonato. In alcuni reparti pediatrici italiani questa crema viene già usata anche in occasione del prelievo di sangue, per ridurre il trauma al momento dell'infissione dell'ago. Il pediatra deve farsi più spesso carico della prevenzione del dolore nel lattante e nel bambino.