

DINO PEDROTTI, IL MINISTRO, IL PREZZO DEI LATTI E LE BATTAGLIE CIVILI

È uscito sui giornali che il prezzo dei lattini in polvere è stato ridotto di un terzo, dopo un accordo con le Case, per un intervento diretto del Ministro della Salute. Tutto è bene quel che finisce bene. È finita come si pensava dovesse finire (magari senza realmente sperarlo), cioè col ragionevole adeguamento del prezzo italiano ai prezzi europei.

È finita bene per merito del Ministro che è stato capace finalmente di prendere e riprendere la cosa nelle sue mani. È finita bene per merito della Commissione Antitrust, che ha tallonato le Case. È finita bene per merito del Movimento Consumatori. È finita bene a causa della patente ingiustificabilità dell'anomalia.

Medico e Bambino ha fatto la sua piccola parte, probabilmente invisibile, aprendo le sue pagine al dibattito, che ha trascinato con sé altri dibattiti sull'etica del mercato e del medico immerso nel mercato, e ne ha pignolamente inviato i testi relativi all'attenzione dei responsabili.

Un merito speciale, almeno sul versante dell'informazione alla nostra categoria, oltre che a *Quaderni acp* crediamo di doverlo attribuire a Dino Pedrotti, che ha sentito questa battaglia come un dovere e un impegno personale, che ha documentato e che ci ha messo davanti agli occhi le disparità dei mercati, che ci ha costretti a domandarci come mai tutto questo sia successo, che ha convinto alcuni dei responsabili a occuparsi direttamente della questione.

Dunque, qualche battaglia civile può essere vinta. E una vittoria dà forza a tutte le battaglie.

Ma quanta somma algebrica di fatiche, e quanta attenzione ci vorrebbe per tenere d'occhio lo svolgimento, il senso, la ragionevolezza e l'esistenza stessa delle battaglie che sono accese, di quelle che si sono spente, e di quelle che non ci sono mai state. Alcune di queste battaglie "civili" sono battaglie palesemente ingiuste, come quelle dei Comuni che vogliono che le loro spazzature siano mandate altrove a essere "riconvertite"; altre sono confondenti, senza direzione e consapevolezza, come quella contro gli OGM e contro l'inafferrabile elettromog; altre, come quella contro l'emissione dei gas serra, e in generale contro l'inquinamento atmosferico, sono senza forza contrattuale; altre, apparentemente periferiche ma altrettanto importanti, come quella contro lo smaltimento dei fanghi inquinanti nei luoghi sinora incontaminati della laguna Sud di Venezia (che la Commissione di Salvaguardia ha in linea di principio approvato di recente), sono senza pubblico. Altre battaglie (pediatriche), come quella per il recupero dei ragazzi di strada e per la prevenzione della delinquenza minorile, tragiche altrove, dove sono un destino, ma vere e quasi più dolenti anche in Italia, Paese civile, sembrano senza speranza. Altre ancora, come quelle che riguardano l'enorme mercato dei vaccini (vedi anche la lettera di Baio in questo numero), sono così confuse da apparire piuttosto delle sparse scaramucce che non delle battaglie ordinate, ed è già faticoso individuare le bandiere dei combattenti: i crociati del vaccino come panacea, i resistenti alla dissennatezza di una politica vaccinale delle Regioni (o ancor peggio di una politica vaccinale "à demande"), i sorveglianti dell'equità dei prezzi dei vaccini (di cui alcuni, come i lattini, costano abbastanza di più in Ita-

lia che non in Europa); naturalmente anche, ma ormai confusi e disorientati, i difensori della personale libertà di scelta e di obiezione; poi i "clercs" dell'Istituto Superiore di Sanità; e ancora i "lanzi" degli Assessorati, e dietro a tutti il grande burattinaio, che è Quellochefabbricavaccini.

Dal mercato all'ambiente, al tessuto sociale, ancora al mercato. Abbiamo registrato una piccola vittoria, dobbiamo nello stesso tempo renderci conto di una più larga necessità di partecipazione, e prima ancora di uno sforzo di comprensione delle cose, e infine di ermeneusi: parola dotta che vuol dire che dobbiamo essere capaci o almeno che dobbiamo tentare di interpretare i fatti per spiegarli agli altri, consapevoli che questo compito, dell'ermeneutica, è forse il compito principale del medico di oggi.

M&B

QUANTO È BUONO NATI PER LEGGERE



Come sinteticamente illustrato nella rubrica "Osservatorio", Nati per Leggere (NpL) costituisce ormai un programma molto consolidato e unanimemente apprezzato. Non è facile trovare, tra i programmi di promozione della salute e del benessere in età evolutiva, un caso analogo di rapida ed estesa diffusione.

Le ragioni del successo stanno nella semplicità del messaggio, quindi nella facilità con cui anche i non professionisti possono coglierne il significato, e comprenderne i benefici sia sul piano dello sviluppo cognitivo e della relazione, sia - come effetto dell'interazione tra questi due elementi - sul piano della promozione dell'amore per il libro e la lettura, di cui il nostro Paese, *illiterate* come pochi altri (tranne una piccola minoranza di lettori forti che ci consentono di non avere un mercato del libro da terzo mondo), ha un evidente e ben riconosciuto bisogno.

Il motore del successo sta nell'entusiasmo con cui centinaia di pediatri e di bibliotecari hanno fatto proprio il progetto, dedicandovi certamente più risorse di quelle disponibili "per contratto". Senza dimenticare i pionieri (ad esempio Igino Poggiali e Giovanna Malgaroli dell'AIB; Giancarlo Biasini, Salvo Fedele, Stefania Manetti e Pasquale Causa dell'ACP; Alessandra Sila e Luca Ronfani del CSB), senza i quali l'impresa non sarebbe decollata.

Infine, la benzina del successo sta nello straordinario favore con cui l'iniziativa è stata accolta dai genitori, che di questo sono quindi grati ai pediatri, nella buona a volte entusiastica accoglienza dei pediatri, che vi trovano nuova linfa per il loro lavoro e soprattutto per interpretare il loro non agevole ruolo di supporto e consiglio ai genitori, e nel generale apprezzamento "sociale".

Una buona cosa, dunque. Forse non tanto da compensare quanto di cattivo accade intorno a noi e incombe sulle nuove generazioni, ma quanto basta per generare nuove energie e rinate convinzioni sulla possibilità di lavorare con efficacia tra diversi operatori dell'infanzia.

Troppo buona, tuttavia, per non essere oggetto di altri amori. La Glaxo SmithKline (GSK), già dopo i primi passi di

NpL, si propone come sponsor. Il coordinamento pediatri-bibliotecari di NpL ne discute e decide che una sponsorizzazione legata al mercato dei prodotti per l'infanzia non sarebbe stata opportuna. Con le stesse motivazioni generali viene gentilmente respinta anche l'offerta di uno dei maggiori editori italiani, lasciando comunque aperte le porte a una collaborazione con tutti gli editori di libri per bambini, che in effetti si è poi realizzata in molti casi. GSK decide allora di muoversi da sola e di dare vita a Leggere per Crescere (LpC), iniziativa evidentemente molto simile, nel territorio "suo", cioè Verona e Vicenza. La cosa, almeno per un po', non pare estendersi al di là di questi confini, e quindi di una contiguità non concorrenziale con NpL, finché qualcosa induce GSK a riprendere la sua iniziativa, proponendo LpC anche dove NpL è già presente e funziona bene, superando perplessità o contrarietà di interlocutori importanti (amministratori), e provocando sconcerto e confusione tra bibliotecari, restii ad accettare il supporto dell'industria farmaceutica, e tra pediatri, già da tempo impegnati nella promozione di NpL e nello studio della sua diffusione reale e dei suoi effetti già misurabili sulle famiglie e sui bambini. *Medico e Bambino*, che è sempre stato vicino a NpL, si sente preoccupata per lo svolgimento delle cose. Di fatto, si verifica una situazione concorrenziale, che appare paradossale in sé, che porta a uno spreco di risorse globali, che non giova a NpL e nemmeno, almeno così crediamo, a GSK, il cui successo finale ci sembra improbabile o quantomeno molto limitato, vista la grande diffusione e gli autorevoli riconoscimenti e patrocini ottenuti sinora da NpL da parte di Associazioni professionali, Ministeri, Regioni. Non però senza aver prodotto qualche perdita in entrambi i campi.

La vicenda lascia qualche amarezza e qualche preoccupazione in chi in questi anni si è prodigato per una campagna importante, sana, socialmente utile (e che ha portato molti riconoscimenti da parte di varie componenti sociali ai pediatri che l'hanno voluta e la stanno sostenendo insieme ai bibliotecari e a tanti amministratori pubblici, Fondazioni, e privati cittadini). La cosa può forse ancora essere volta al meglio. Se la GSK vuol fare del bene e crede al valore della lettura nelle famiglie, potrebbe pensare di donare al progetto NpL il corrispettivo di un certo quantitativo di libri da mettere a disposizione del progetto; o di mettere a disposizione le risorse per produrre materiali e fare formazione, interventi di cui sarebbe pubblicamente ringraziata. Di questo bambini, pediatri, genitori e biblioteche sarebbero certamente grati a GSK, così come lo sono a tutti coloro che aiutano NpL a consolidarsi come il più importante ed efficace programma nazionale di promozione della lettura, nonché uno dei più significativi interventi di promozione della salute infantile. E adulta.

M&B

SEGUENDO I CAMBIAMENTI NELLE POLITICHE SULLA INFEZIONE URINARIA

Sulle pagine elettroniche di questo numero di *Medico e Bambino* (www.medicoebambino.com) compaiono due arti-

coli relativi alle infezioni delle vie urinarie (IVU) e al reflusso vescico-ureterale (RVU), a testimonianza dell'importanza che questi problemi rivestono sia per i pediatri di famiglia (PdF) sia per chi lavora in ospedale.

Il primo articolo consiste nell'oggettiva descrizione dei diversi comportamenti di un gruppo di PdF nella gestione diagnostico-terapeutica delle IVU.

Pur non potendo essere considerato che un frammento della variegata realtà del nostro Paese, mette in risalto la disomogeneità di comportamento che esiste per un problema ormai "vecchio", semplice e ricco di consensi come quello della diagnosi e terapia delle IVU nel bambino.

Questi dati dovrebbero stimolare a una migliore adesione alle linee guida internazionali, che peraltro devono essere continuamente aggiornate sulla base di contributi della letteratura in continuo (ma lento) cambiamento.

Il secondo lavoro riguarda un aspetto ben definito, l'incidenza del danno del parenchima renale nei bambini affetti da RVU, come risulta dall'analisi di una casistica di un centro di secondo livello.

Pur essendo numerosissimi gli studi relativi ai vari aspetti della gestione delle infezioni IVU e RVU, una rilettura complessiva dei dati oggi in nostro possesso ci permette una visione d'insieme, forse non possibile fino a qualche anno fa, che deve a mio parere portare alla definizione di alcuni punti sui quali non può non esserci consenso.

1. La diagnosi

a. Una diagnosi e un trattamento precoci della pielonefrite sono, ad oggi, l'unica accettata possibilità di prevenire l'insorgenza di danni renali. Per questo motivo, pur non essendo il metodo diagnostico più preciso, lo stix urinario dovrebbe far parte dell'armamentario diagnostico di ogni pediatra, e il suo utilizzo come test di screening dovrebbe essere esteso a tutti i lattanti febbrili del primo anno di vita e nelle età successive ai bambini con febbre di origine non definita.

b. La modalità di raccolta delle urine da mitto intermedio, cioè "al volo" (*clean-catch collection* degli Autori inglesi) va incoraggiata ed è paragonabile, in un vecchio studio di Mc Carthy¹, alla raccolta da catetere.

c. Gli esami ematici non sono indispensabili. In particolare: gli indici di flogosi possono essere utili in caso di febbre non elevata (<38.5 °C) e nel primo mese di vita anche in assenza di febbre ma con segni generici di infezione (ittero, inappetenza, ipotonia, iposfigmia). Fuori da queste età, e in presenza di un esame di urine positivo, una febbre superiore a 38.5° è, di per sé, indicativa di interessamento "alto" (pielonefrite). La creatinemia, l'equilibrio acido/base, gli elettroliti sierici sono utili solo in presenza di vomito, disidratazione, oliguria, stato settico. Non sono necessari in tutti gli altri casi, che sono la larga maggioranza, poiché non modificano in alcun modo il percorso diagnostico-terapeutico.

2. La terapia

a. Pur essendo ancora presente in alcune linee guida, l'uso dell'amoxicillina è da considerarsi scorretto, vista l'elevata percentuale di *E. coli* resistenti riportata in vari lavori in letteratura e pertanto non andrebbe usata come prima scelta^{2,3}. La sua associazione con l'acido clavulanico, oppu-

re l'utilizzo di una cefalosporina, rappresentano la scelta più semplice e più condivisa.

3. Gli studi di immagine

a. L'ecografia rimane l'esame centrale nello studio dei bambini con IVU. Il suo obiettivo è quello di identificare i (pochi) casi a rischio, cioè quelli con danno renale rilevante, passibile di evoluzione peggiorativa nel tempo (ipertensione, insufficienza renale cronica), meritevoli di un approfondimento diagnostico⁴.

b. Come affermato recentemente da Hoberman⁵, la ricerca dell'RVU sarebbe opportuna soltanto se venisse dimostrata l'utilità della profilassi antibiotica continuativa nel prevenire le recidive di infezione urinaria e/o l'evoluzione del danno renale.

Peraltro, gli studi longitudinali di lunga durata sembrano negare questa eventualità: l'evoluzione nel lungo termine è uguale (tendenzialmente buona) sia nei bambini che sono stati sottoposti a profilassi continua, sia nei bambini non profilassati.

c. Dai dati oggi disponibili è evidente però che, dove è presente, il danno rilevante e progressivo del parenchima renale è congenito (displasia) e si associa a reflusso di grado elevato; la sua evoluzione sembra anche indipendente dal recidivare degli episodi infettivi (se questi vengono prontamente e correttamente trattati). Tutti gli studi che hanno confrontato l'intervento chirurgico correttivo con la profilassi non hanno evidenziato nessuna differenza tra i

due gruppi, nemmeno nei reflussi di grado elevato⁶. Né la profilassi antibiotica né l'intervento chirurgico sembrano essere protettivi^{7,8}.

Marco Pennesi

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Bibliografia

1. Mc Carthy JM. Clean voided and catheter neonatal urine specimens. *Bacteriology in the male and female neonate*. *Am J Dis Child* 1963;106:473-76.
2. Marchetti F, Pennesi M, Pecile P, Ellero S, Brondello C, Peratoner L. La terapia antibiotica della pielonefrite acuta. *Medico e Bambino* 2004;23:316-19.
3. Prais D, Straussberg R, Avitzur Y, Nussinovitch M, Harel L, Amir J. Bacterial susceptibility to oral antibiotics in community acquired urinary tract infection. *Arch Dis Child* 2003;88:215-18.
4. Peratoner L, Pennesi M, Bordugo A, Melega R, Sorce P, Travan L, Minisini S, Zennaro F, Da Ronch L. Kidney length and scarring in children with urinary tract infection: the importance of ultrasound scans. *Abdominal Imaging* (in press).
5. Hoberman A, Charron M, Hickey RW, Baskin M, Kearney DH, Wald ER. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med* 2003;16;348(3):195-202.
6. Smellie JM, Barratt TM, Chantler C, Gordon I, Prescod NP, Ransley PG, Woolf AS. Medical versus surgical treatment in children with severe bilateral vesicoureteric reflux and bilateral nephropathy: a randomised trial. *Lancet* 2001;357(9265):1329-33.
7. Craig JC, Irwig LM, Knight JF, Roy LP. Does treatment of vesicoureteric reflux in childhood prevent end-stage renal disease attributable to reflux nephropathy? *Pediatrics* 2000;105(6):1236-41.
8. Wheeler DM, Vimalachandra D, Hodson EM, Roy LP, Smith GH, Craig JC. Interventions for primary vesicoureteric reflux (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2004, Issue 3.

La collana dei tascabili si allunga

- ABCD di neuroscienze per il pediatra e per le famiglie curiose di *F. Panizon*
- Dermatologia per il pediatra di famiglia di *M. Cutrone*
- Reumatologia per il pediatra di famiglia di *L. Lepore*
- Pediatria ambulatoriale per problemi di *F. Panizon*
- Ortopedia per il pediatra di famiglia di *G. Maranzana*



5 ANNI DI NOVITÀ IN PEDIATRIA

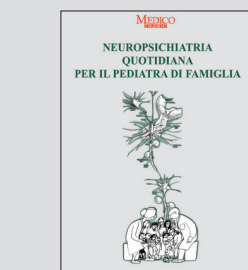
Una raccolta sugli ultimi 5 anni di novità in pediatria pratica. Seconda Edizione.

Prezzo di copertina Euro 12,00

FAI DA TE PER IL PEDIATRA

Strumenti diagnostici e chiavi di lettura per le patologie ambulatoriali

Prezzo di copertina Euro 15,00



NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Sintesi e completamento di due congressi, in un manuale d'uso di facile lettura

Prezzo di copertina Euro 15,00

PER ORDINARE fax 040 7606590; telefono 040 3728911; www.medicoebambino.com; e-mail: tascabili@medicoebambino.com
Posta ordinaria: Medico e Bambino s.a.s. - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- assegno bancario intestato a Medico e Bambino s.a.s. (prezzo di copertina + Euro 1,50 per spese di spedizione)
- versamento su c.c. postale N. 36018893 intestato a Medico e Bambino s.a.s. - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE (prezzo di copertina + Euro 1,50 per spese di spedizione)
- pagamento in contrassegno - l'importo viene versato direttamente al postino (prezzo di copertina + Euro 3,50 per spese di spedizione)