

INDIGNADOS: PER COSA?

Forse non è giusto che *Medico e Bambino* lasci passare la CRI-SI, e gli INDIGNADOS, così come non ha lasciato passare gli tsunami, o i terremoti, o le difficoltà dei Millennium Goals. Gli indignados non sono pediatria, non sono medicina, ma sono, lo stesso, parte di noi. Di un mondo che si guarda allo specchio e che non sa riconoscersi. In cui il danaro elettronico, finanziario, accumulato o circolante, comunque raccolto in poche tasche, è cinque volte superiore al danaro prodotto ogni anno, cioè alla somma dei PIL dei singoli Stati. Di un mondo in cui la politica è lontanissima dai cittadini (ma gli è mai stata vicina?). Di un'Italia in cui diventa motivo di catastrofe incombente la faccenda di un debito di 1900 miliardi di euro, 33.000 per abitante, neonati compresi, fatto senza chiedere nulla a nessuno. Miliardi da pagare? E pagarne anche solo un poco vuol dire tagliare. Per la medicina, vuol dire limite alle cure, ostacoli, ingorghi, malessere; e anche difficoltà di occupazione. Tutte cose che ci riguardano. Certo, la Rivista non ha gli strumenti, non ha sapere, non ha economisti, per capire e per spiegare. Ma qualche riflessione la può fare.

Intanto, perché uno Stato ha bisogno di fare debiti? E se davvero li volesse poi restituire, quei soldi, con gli interessi, l'operazione sembrerebbe insensata. Un'impresa fa debiti per anticipare un atto che dovrà farle guadagnare di più: ma uno Stato? Un privato fa dei debiti per avere, oggi, un bene che non può pagare ma che potrà pagare in piccole rate, con sacrifici, negli anni. Ma uno Stato? Uno Stato DEVE avere una spesa corrente, alimentata dalle tasse, in pari con le entrate. Il nostro Stato ha fatto debiti (e ne ha fatti molti anche nell'ultimo decennio, quando già era sull'orlo della bancarotta), sia perché non riusciva a farsi pagare le tasse (che forse avevano già una componente di iniquità, e di complicità tra Stato ed evasori) sia perché SPERPERAVA, senza una regola, senza un VERO fine che non fosse quello di accaparrarsi consenso, senza competenza, con larghissimo spazio alla collusione (con la criminalità organizzata) e alla CORRUZIONE (almeno 70 miliardi di euro all'anno persi per la corruzione e altrettanti per l'EVASIONE), sia perché pensava, anche lui, che avrebbe pagato, domani, qualcun altro.

Poi, chi sono questi che prestano allo Stato, e che prestano soltanto a tassi quasi da usura? (e hanno ragione, non sanno se verranno pagati). Sono i risparmiatori; certo, anche i piccoli risparmiatori che hanno affidato i risparmi alle Banche, agli Enti che li devono far FRUTTARE, mettendo insieme tantissimi piccoli così da farne TANTI GRANDI; ma assieme a loro, ci sono anche i VERI GRANDI, le imprese industrial-finanziarie (difficile, oggi, considerarle separate). Comunque, questa ammucciata è ancora il CAPITALE, quello di Marx, i ricchi della terra. Dunque questa faccenda della CRISI è ancora una faccenda di disequilibrio (sopraffazione) tra ricchissimi che vogliono essere sempre più ricchi, facendo RENDERE IL LORO CAPITALE, classi medie che vogliono sicurezza e magari arricchirsi un po', e poveri, quelli veri, che non possono comprare un BOT e che devono fare debiti per sopravvivere. Un disequilibrio su cui poggiano tutti gli equilibri e i movimenti della terra, dai Faraoni ai nostri giorni, ma che due o tre decenni fa si sperava di superare, per sempre (che illusione!).

E gli indignados, chi sono? Non lo sanno bene neanche loro: sono il 99%, dicono. In realtà vogliono solo rappresentare quel 99% (facciamo 98, 97, 96, 95) di non ricchissimi. Gli indigna-

dos sono poveri che credevano di essere ricchi. Si ribellano per mancanza d'avvenire, e credono di essere i primi, e glielo fanno credere. Sono persone che hanno studiato, magari scienze della comunicazione dell'incomunicabile o altre materie questionabili, e pensano che avere un diploma in tasca dia diritto al lavoro. Credono di essere i primi disoccupati del mondo ma non è vero: è solo che i disoccupati di ieri, di cinquant'anni fa, erano operai senza mestiere e contadini senza terra, adesso i disoccupati sanno leggere e scrivere e hanno un diploma in tasca. E se sono bravi emigrano? Certo, come emigravano i loro nonni e bisnonni, dall'Italia all'America, o all'Australia, o alla Libia, o alla Francia, o al Belgio, o, semplicemente, dal Sud al Nord, come è successo durante il Miracolo Economico, con la valigia di cartone, sessant'anni fa, appunto. E come succede a quelli dei Paesi poverissimi, che vengono su da noi, mentre noi ce ne andiamo ancora più su, a diventare altra cosa da quello per cui eravamo nati.

Gli indignados credono di essere i primi disoccupati del mondo. Mentre il mondo, il CAPITALE, è sempre vissuto sullo squilibrio tra manodopera disponibile e necessità di lavoro. E adesso, con le macchine che fanno il lavoro di 100 uomini, la necessità di lavoro è ogni giorno inferiore all'offerta, e contemporaneamente la capacità di consumarne i prodotti è largamente inferiore alla produzione, che è diventata eccessiva, senza compratori.

E ancora. Gli indignados si indignano per la propria situazione, quella che sentono sulla loro pelle; ed è comprensibile, anzi è giusto. Ma, se si alzassero in piedi e guardassero fuori dai loro confini, vedrebbero altri squilibri, più profondi, più terribili, più insanabili; squilibri di giustizia, di fame, di morte, di miserevolezza, che la terra stessa su cui viviamo dovrebbe sentire il bisogno di sanare. I nostri intelligenti indignados, per i poveri ignoranti del Sud Sudan sono dei ricchissimi, dei privilegiatissimi, lontani come alieni.

Niente è chiaro, niente ci è chiaro. Ci è chiaro solo che mentre ieri le contestazioni, o la lotta di classe, si giocavano Paese per Paese, oggi è impossibile non vederne una dimensione che è nello stesso tempo più universale e più articolata, più complessa e meno risolvibile con qualunque lotta; una "nuova" messa in discussione "del metodo di comando del mondo". E mentre, ieri, la lotta di classe era, almeno in parte, lotta politica, adesso la lotta degli indignados non trova risposta nella politica, che vive una sua vita separata da quella della società. Stavamo per dire "da quella degli umani". È tempo, sarebbe tempo, per un cambiamento vero, dei rapporti tra lo Stato e gli umani, tra Stato e Stato, e tra cittadini e bene comune.

Gli umani, e l'ECONOMIA. In questo numero di *Medico e Bambino* c'è la tubercolosi, una compagna dell'uomo, che cresce e cala assieme alla povertà dell'uomo. Sul numero di ottobre c'è stata la diossina, che dalle fabbriche arriva al latte (e le fabbriche sono la vita, e il latte anche). Ci sono "Lettere" che riguardano i vaccini, un problema di spesa pubblica, e di rapporto tra l'utilità e lo spreco e anche un confronto silenzioso tra Paesi che non ne hanno bisogno e se li possono permettere e Paesi che ne avrebbero bisogno e non se li possono permettere.

Sono il 98%. Loro, quelli che gli indignados rappresentano. Noi medici già siamo fuori da quel 98%; siamo ancora tra i privilegiati, e dovremmo cercare di difendere non noi, ma i bisogni di tutti, quelli in funzione dei quali abbiamo scelto di lavorare e cercare di distinguere, e di far distinguere, tra i bisogni veri e i falsi bisogni, cercare di capire e di far capire, e di fare meglio con

meno. Siamo in mezzo. Siamo in mezzo al dolore, ma siamo invidiati. E invidiabili. Siamo una professione di aiuto, e siamo degli "intellettuali". Abbiamo, sentiamo, oggi, più doveri di quanto abbiamo mai avuto, o sentito. Siamo chiamati a prender parte, non forse come categoria (anche) ma come persone.

Franco Panizon

LE INFEZIONI URINARIE FEBBRILI DI QUA E DI LÀ DELL'OCEANO

Le infezioni urinarie (IVU) febbrili rappresentano un importante capitolo della pediatria per due principali motivi.

1. Sono le più comuni infezioni batteriche gravi dell'infanzia, soprattutto nel primo anno. La prevalenza è del 14% nel neonato febbrile nelle prime 8 settimane di vita e del 5% nei bambini febbrili tra 2 e 24 mesi di età, senza segni di localizzazione della febbre¹.

2. La presenza di febbre si associa generalmente a una elevata probabilità di coinvolgimento del parenchima renale, con attivazione dei processi infiammatori sistemici e locali¹. Se l'infezione renale è limitata in estensione e durata, generalmente si ha una completa *restitutio ad integrum*. Al contrario, quando il processo infiammatorio non è adeguatamente controllato, si ha più frequentemente la comparsa di una cicatrice renale, i cui fattori predisponenti non sono però ben conosciuti. La cicatrice compare nel 10-15% delle infezioni urinarie febbrili. Tali cicatrici sono sempre state considerate con particolare preoccupazione per il timore di conseguenze mediche a lungo termine (comparsa di proteinuria, ipertensione, insufficienza renale cronica). La febbre si associa anche a un maggiore rischio di malformazioni nefro-urologiche sottostanti e, tra queste, soprattutto il reflusso vescico-ureterale (RVU).

La frequenza e la gravità delle infezioni e l'associazione con le malformazioni nefro-urologiche hanno portato in passato alla creazione di linee guida (LG) piuttosto aggressive per la diagnosi, il trattamento e il follow-up delle IVU nei primi due anni di vita. Si raccomandavano, infatti, sia un protocollo diagnostico strumentale (ecografia, cistografia minzionale e, talora, scintigrafia renale con DMSA) in tutti i bambini dopo una prima IVU febbrile, sia l'utilizzo della profilassi antibiotica nei portatori di RVU. Questo approccio sistematico ci ha permesso di approfondire la comprensione di molti aspetti del problema, portando a un cambiamento delle nostre conoscenze. Cito solo due aspetti particolarmente importanti.

1. L'uso su larga scala dell'ecografia prenatale ha chiarito che molto del danno renale precedentemente ritenuto secondario al processo infettivo è in realtà un danno congenito, definito ipoplasia o displasia renale.

2. La terapia attiva (chirurgia o profilassi antibiotica) del RVU si è dimostrata non necessaria nella maggioranza dei casi, rendendo superflua la ricerca capillare del reflusso stesso. Rimane, a mio avviso, aperto il capitolo dell'utilità della profilassi antibiotica nei reflussi di grado elevato (III, ma soprattutto IV e V), soprattutto nelle bambine, per le quali il rischio di reinfezione e di conseguente cicatrice renale è più elevato.

Questi cambiamenti hanno condotto a nuove LG. Il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), in Inghilterra nel 2007², ha per primo prodotto linee guida che prevedono un atteggiamento diagnostico e terapeutico molto meno aggressivo. L'accoglienza da parte della comunità medica e

scientifica è stata incerta: qualche autorevole collega le ha definite "nasty guidelines" (cattive linee guida), qualcun altro ha applaudito all'atteggiamento minimalista introdotto. Nel 2009 la Società Italiana di Nefrologia Pediatrica ha prodotto le proprie raccomandazioni attraverso un gruppo di lavoro costituito *ad hoc* e le ha diffuse attraverso questa rivista³. Quest'anno l'*American Academy of Pediatrics* ha finalmente rivisto in maniera sostanziale le LG del 1999, pubblicandole sul numero di settembre di *Pediatrics*⁴ (riassunte e commentate nel *Digest* di questo mese di *Medico e Bambino*, a pag. 592).

Quali sono le novità sostanziali e le differenze delle nuove LG americane rispetto a quelle italiane? Dall'analisi dei due documenti appare una linea conduttrice comune ma vi sono anche differenze sostanziali su aspetti pratici e importanti.

La linea conduttrice comune è il riconoscimento che la grande maggioranza delle IVU avviene oggi in bambini sani, con reni normali e che l'utilizzo della profilassi è inefficace almeno nei reflussi di basso grado. Ne consegue la non necessità di indagare con esami strumentali tutti i bambini dopo un primo episodio infettivo.

Le diversità sono però molte e vorrei soffermarmi su alcune.

1. Nel metodo di raccolta delle urine per eseguire l'urinocoltura, l'AAP prevede l'esecuzione della puntura sovrapubica o del cateterismo, che certamente rappresentano il gold standard. Da un punto di vista pratico noi riteniamo che non siano applicabili e che il mitto intermedio sia un ottimo metodo di raccolta delle urine, applicabile anche al lattante che, avendo una vescia piccola e fisiologicamente iperattiva, urina spontaneamente molto frequentemente.

2. L'AAP prevede la raccolta del campione urine non in tutti i bambini con febbre e senza segni di localizzazione, ma in un gruppo di bambini più a rischio in base alla presenza di uno o più dei seguenti fattori: temperatura superiore a 39 °C per entrambi i sessi, età inferiore a 12 mesi, razza bianca e febbre da più di 2 giorni per le bambine, mentre per i bambini si parla di febbre da più di 24 ore e di razza non nera. Questo approccio risulta interessante perché permette di ridurre il numero di esami non necessari; sarà importante valutare i risultati della sua applicazione.

3. Nella valutazione del danno parenchimale renale attraverso la scintigrafia renale con DMSA, le LG americane non prevedono l'esecuzione della scintigrafia nei bambini a rischio di danno renale. Noi crediamo invece che siano proprio i pochi bambini con danno renale permanente (cicatrice renale) a meritare più attenzione, perché il reflusso passa ma la cicatrice no. Molto abbiamo capito e imparato, ma la storia delle infezioni urinarie continua. L'impressione è che si vada verso un'ulteriore riduzione dell'invasività strumentale e terapeutica grazie anche alla sempre più diffusa e accurata diagnosi prenatale delle principali uropatie malformative.

Bibliografia

1. Montini G, Tullus K, Hewitt I. Febrile Urinary tract infections in children. *N Engl J Med* 2011;365:239-50.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG54fullguideline.pdf>.
3. Montini G, Ammenti A, Cataldi L, et al. (SINP). Le infezioni febbrili delle vie urinarie. Raccomandazioni di consenso per la diagnosi, il

trattamento e il follow-up in bambini di età compresa fra 2 mesi e 3 anni. *Medico e Bambino* 2009;28:359-70

4. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics* 2011; 128:595-610.

Giovanni Montini
UOS di Nefrologia e Dialisi, Dipartimento di Pediatria
Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi
Bologna

SALUTE DEL BAMBINO ED ESPOSIZIONE ALCOLICA: IL PUNTO DI VISTA DI UN PEDIATRA INGENUO, IMPEGNATO SUL CAMPO

1. Un po' di storia

Primi anni '80, un piccolo reparto di pediatria del Friuli centrale; le infermiere e le mamme dei bambini spesso si conoscono. Una mattina arrivano a visita due bambini con caratteristiche molto simili: sono piccoli, non brillanti, con tratti del volto sovrapponibili... le infermiere ci riferiscono che le loro madri sono conosciute come etiliste!

Fare uno più uno è facile (alcol in gravidanza e danno fetale) e, purtroppo, non è difficile nell'arco di qualche mese individuare una decina di bambini con le stesse caratteristiche, quelle classiche della fetopatia alcolica (FAS).

Vediamo che le prime segnalazioni risalgono a qualche anno prima (fine anni '70). Due di noi si impegnano e inviano un piccolo contributo a *Medico e Bambino*'.

L'alcol da noi aveva (ha?) un ruolo incontrastato e, seppur il bere femminile sia socialmente riprovevole, qualche donna ci cade anche clamorosamente; tutte le madri di questi bambini hanno avuto una "brutta consuetudine" con l'alcol; qualcuna è poi morta di cirrosi. In quegli anni facevamo anche Medicina Scolastica e ricordo che al rientro in reparto spesso ci dicevamo "ne ho visto un altro; l'insegnante mi ha confermato che la madre beve..."

Questa nostra curiosità è durata assai poco... a metà anni '80 non ci interessava più... non avevamo idee su cosa fare... ed era assai penoso individuare una madre con questi problemi. Certo se dovessi vedere un bambino con queste caratteristiche, non mi sfuggirebbe. Ma devo ammettere che negli ultimi 25 anni, pur lavorando nello stesso posto e, sicuramente, vedendo sempre più bambini, non ho più visto una FAS!

2. Di recente mi viene proposto di riprendere in mano il tema della FAS...

Leggo un po' di letteratura e trovo tutt'altro: ora non c'è la "FAS classica" ma lo "spettro della FAS", la FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*) e i criteri per fare la diagnosi sono stati "allargati, direi diluiti"². Non viene ritenuto fondamentale il dato anamnestico dell'abuso dell'alcol da parte della madre, vengono presi in considerazione i bambini sotto il 10° percentile (prima era il 3°) per altezza e circonferenza cranica, le caratteristiche comportamentali (una volta tipiche e cioè: rallentamento ideativo, inerzia nei compiti con difficoltà a passare da un tema a un altro, scatti di aggressività immotivata; ora più banali, quelle di un bambino "comunque problematico" e la diagnosi non la fa il pediatra ma un team *ad hoc*, dismorfologo, psicologo...). In base a questi nuovi criteri, una recente ricerca effettuata in

Lazio ci dice che ci sono 2-4 bambini su cento con segni di danno da alcol in gravidanza³. Però il 52% dei bambini presi in considerazione per un'analisi più approfondita aveva poi solo problemi di comportamento (quindi nella norma per crescita e circonferenza cranica).

Una ricerca fatta dai pediatri australiani ha però dato risultati opposti.

La mia opinione è che i risultati australiani corrispondano a una sottostima. In sintesi, 1154 pediatri australiani compilano delle schede già preparate per la diagnosi di FAS; ne compilano 55.392 (!!!) e segnalano 169 casi sospetti, di cui vengono confermate FAS sicure 25 e FAS parziali 64. La prevalenza risulta di 0,06 su mille nati, mentre in base ai risultati della ricerca italiana ogni pediatra di famiglia dovrebbe contare da 20 a 40 bambini tra FAS e FAS parziali tra i suoi assistiti.

Diverso consumo dell'alcol? Diversa sensibilità della popolazione? Oppure diversa qualità della rilevazione?

Difficile a questo punto convincere davvero un medico pratico e forse anche una madre gestante.

3. Resta il dato di fatto che sicuramente l'alcol in gravidanza è un rischio; quanto si può bere? non si sa

Perché, alla fine, non adottare il principio di precauzione? Non si sa quale sia la quantità di alcol che fa male al feto, quindi evitiamolo in gravidanza, come si fa con il fumo.

Forse non è una restrizione troppo dura, per 9 mesi; molte madri la fanno già.

In una piccola inchiesta fatta nel nostro ospedale la percentuale delle madri che ritenevano rischioso l'uso dell'alcol era di gran lunga più alta di quella dei medici intervistati; forse è da tener conto e sperare che l'abuso di alcol oggi in atto fra gli adolescenti e i giovani si attenui con la maturità... e le donne ora mediamente fanno il primo figlio dopo i trent'anni.

Ciò non minimizza il dovere di un nostro impegno per contrastare questa nuova epidemia fra i giovani e giovanissimi.

In conclusione, non mi viene da consigliare di andare a "cercare" i bambini con danno da alcol fra quelli con problemi scolastici; penso che il disagio scolastico venga già affrontato dai colleghi della Neuropsichiatria Infantile e che la caratteristica "alcolica" non muti profondamente la loro modalità di intervento. Mi chiedo invece se questa connotazione possa stigmatizzare il bambino e la sua famiglia.

Peraltro, qualora venga individuato un bambino con chiari segni di FAS, è fondamentale affrontare il problema in modo responsabile.

Purtroppo - e a noi è successo - c'è la possibilità del secondo figlio con FAS.

In questo caso è colpevole chi non interviene con i dovuti supporti alla madre al fine di evitare una seconda fetopatia.

Bibliografia

1. Cichetti B, Lizzi D. La fetopatia alcolica. *Medico e Bambino* 1983;2: 34-9.
2. Elliott EJ, Payne J, Morris A, Haan E, Bower C. Fetal alcohol syndrome: a prospective surveillance study. *Arch Dis Child* 2008;93:732-7.
3. May PA, Fiorentino D, Phillip Gossage J, et al. Epidemiology of FASD in a Province in Italy: Prevalence and Characteristics of Children in Random Sample of Schools. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;13:1562-75.

Bruno Sacher
UOC di Pediatria, Ospedale S. Antonio
San Daniele del Friuli (Udine)