

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute (500 parole circa). Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Il test rapido per la diagnosi della celiachia

Ho letto con attenzione il focus sul test rapido per individuare i celiaci (*Medico e Bambino* 2008;27:361-70) ma sinceramente non ne comprendo l'utilità nella nostra concreta situazione italiana (forse in altre latitudini). Infatti, non si tratta di una malattia acuta per cui è necessaria una diagnosi rapida: se vedo un bambino nel mio ambulatorio il lunedì, e mi viene il sospetto che possa essere celiaco, che differenza c'è fra il saperlo subito (ammesso che non abbia un deficit di IgA e che io sia diventato abile nella esecuzione e nella lettura del test) e il saperlo il giovedì o il venerdì di quella stessa settimana quando mi arriva la risposta dal laboratorio cui l'ho inviato?

Nella nostra realtà di Cesena è stato messo a punto un percorso concordato fra ospedale e territorio per seguire nel tempo il bambino celiaco con ottimi risultati. Per quanto riguarda lo screening, che potrebbe essere un ambito di utilizzo del test rapido, mi sembra che i dubbi superino ancora le certezze, per cui conviene attendere.

Arturo Alberti
Pediatra di famiglia, Cesena

Un breve commento personale sul test rapido per la celiachia, attualmente commercializzato in Italia.

Va benissimo, sicuramente utile, ma attenzione a non trasformarlo in un esame routinario, cioè da eseguire sempre nel corso della visita indipendentemente dal motivo e soprattutto svincolato dall'esame obiettivo, dalla clinica del paziente e dalla sua storia evolutiva.

Tutto questo per due motivi sostanziali:

- Etico: il test, per quello che ne conosco, è a carico del paziente; pertanto non è, a mio parere, corretto eseguire un atto medico per il quale non vi sia una necessità o un dubbio forte e ben documentato.
- Timore che il test rapido, soprattutto se usato come screening, finisca per "non fare pensare" il medico alla celiachia, ai suoi svariati sintomi di comparsa e alle patologie a essa associate. La necessità quindi di non svincolarlo dal mantenere il più possibile elevato il grado di formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia a riguardo della malattia celiaca. È fuori dubbio che, dove questo è presente, la celiachia viene trovata con il classico prelievo venoso. Ergo: "CHI CONOSCE, TROVA".

Infine, una semplice proposta: si potrebbe iniziare ad adottare il test rapido come screening laddove i casi di celiachia trovati risultino minori di quelli attesi.

Roberto Cionini
Pediatra di famiglia, Sassuolo (Modena)

Alberto Neri (*Medico e Bambino* 2008; 27:353-4), in una lettera sottilmente ma chiaramente paradossale e provocatoria, invita, con buona ragione, alla moderazione nell'eccessiva e incondizionata aderenza a screening e algoritmi. Poche pagine, e un focus è dedicato al test rapido per la diagnosi della celiachia, quasi - addirittura - un "fai da te".

Leggendo i testi, tuttavia, affiorano alcuni dubbi. Già il dover, in pratica, disporre di un dosaggio delle IgA seriche contemporaneo al test ne riduce il vantaggio nei confronti della diagnostica biomorale di routine. Vien poi da domandarsi se sia ben precisato il tasso minimo delle stesse IgA affidabile per un giudizio di validità. Non è, inoltre, chiaro quale sia il reale impatto del deficit di IgA nella popolazione infantile. Reggiani: "La non trascurabile probabilità di trovarsi di fronte a un difetto di IgA non è nulla (nel senso - parrebbe - "abbastanza probabile)". Mäki e Korponay-Szabó: "Non è stato riscontrato alcun soggetto con deficit di IgA". Va anche detto che, nel secondo lavoro citato, quasi di sfuggita, si riferisce di "una variazione aggiornata del test rapido che elimina il problema del difetto di IgA. Questo nuovo test contiene una linea di controllo che mostra anche un dosaggio delle IgA totali".

Per un impiego routinario del test sarebbe pertanto opportuno attendere che sia perfezionata e universalmente disponibile quest'ultima versione del test.

Liborio Serafini
Pediatra, Busto Arsizio (Varese)

Tre contributi critici, tutti e tre sostenuti da motivazioni e timori ragionevoli: è davvero necessario un test rapido per diagnosticare una malattia che solo eccezionalmente rappresenta una urgenza, tra l'altro in una realtà nazionale in cui la diagnosi è comunque facile? Non sarà che, se cominciamo a fare il test a tutti senza ragionare, non saremo più in grado di diagnosticare la celiachia sulla base di conoscenze e ragionamenti clinici? Non sarà che è troppo presto per raccomandare l'utilizzo del test rapido, visto che il test di cui oggi disponiamo non può ri-

conoscere i casi di celiachia associati al difetto di IgA?

Con la critica di Alberti, la prima delle tre, è difficile non essere d'accordo. In Friuli Venezia Giulia, così come in Emilia Romagna e in molte altre regioni italiane, è stato raggiunto un alto livello di efficienza diagnostica della celiachia grazie a una reale condivisione delle conoscenze e al lavoro coordinato tra i pediatri di famiglia (PdF) e quelli ospedalieri. E la tentazione di accontentarsi è più che comprensibile. Nei fatti, peraltro, in Emilia Romagna come in Friuli Venezia Giulia, più di due terzi dei soggetti celiaci, bambini e adulti, rimangono ancora oggi indagnosticati ed esposti ai rischi correlati alla malattia non diagnosticata o diagnosticata tardi, in età adulta. Un recentissimo editoriale apparso su una delle più autorevoli riviste di gastroenterologia (e ripreso tra l'altro nella Pagina gialla del settembre scorso)¹ ci ricorda come studi di popolazione (Svezia) documentino come i soggetti celiaci non riconosciuti, o comunque esposti al glutine fino all'età adulta, abbiano un rischio relativo significativamente aumentato per diversi tipi di patologia: 5,9 per il linfoma, 1,5 per le fratture di ogni genere, 2,2 per la frattura d'anca, ma anche 2,5 per la TBC (malassorbimento della vitamina D?) e 3,9 per la sepsi pneumococcica (verosimilmente favorita dall'iposplenismo che si sviluppa nel tempo nei celiaci, iposplenismo che sembrerebbe condizionare anche la comparsa di altre malattie autoimmuni e che potrebbe giustificare la vaccinazione antipneumococcica a tutti i celiaci che siano stati esposti al glutine 15-20 anni prima della diagnosi)^{2,6}.

Bene. Tenete conto che almeno metà dei casi che sfuggono alla diagnosi sono completamente asintomatici e non hanno nemmeno un fattore di rischio anamnestic o familiare (e per questi ci vorrebbe lo screening di popolazione). Ma sappiate anche che l'altra metà lancia segnali deboli di sospetto (una lontana familiarità, un minimo di distensione addominale, una malattia autoimmune, le transaminasi appena appena elevate in due controlli successivi, un'emoglobina al limite basso, una stanchezza... alla fine dell'anno scolastico). Segnali così deboli che possono sembrare effettivamente troppo poco per giustificare un prelievo in laboratorio, la fatica di spiegare e giustificare un esame che si fa in ospedale, il semplice fatto di tenere sospesa la famiglia solo per 72 ore a un dubbio di una malattia mai "nominata" prima. L'insieme delle esperienze sul campo, alcune delle quali riportate proprio nel focus e nelle pagine elettroniche di "Medico e Bambino" di giugno, ci dimostrano proprio questo: che l'utilizzo di

un test rapido e non invasivo per la diagnosi di celiachia, un test fattibile lì per lì stando seduti alla scrivania col bambino in braccio alla mamma, un test che ci permette il "lusso" di abbassare la soglia di sospetto alla quale eseguire l'indagine diagnostica, ha tutte le carte in regola per rappresentare il modo più efficace perché venga scovata quella maggioranza di celiaci che ancora oggi, anche dove tutto funziona al meglio, sfuggono alla diagnosi.

Ai timori del carissimo dott. Cionini, che dispone di un test troppo facile da fare ci faccia "dimenticare" come è fatta la malattia e ci porti ad agire automaticamente senza riflettere, posso rispondere sulla base dell'esperienza sul campo fatta dai PdF e dai medici di medicina generale (MMG) del Friuli Venezia Giulia. Esperienza che mi porterebbe a concludere il contrario. È proprio la possibilità di essere protagonisti a tutto tondo (e anche la soddisfazione che se ne trae), artefici sia del sospetto che della diagnosi, che permette di ottimizzare le conoscenze sulla malattia, di ricordare attraverso la pratica quello che tante volte si è sentito a parole e non si è potuto verificare in prima persona. È proprio la non delega, il non poter uscire dal circuito, che ci aiuterà a imparare sempre di più e ad agire in maniera sempre più ragionata e consapevole. Considerato che lo spettro clinico della malattia è estremamente ampio e ancora non perfettamente conosciuto, l'utilizzo del test rapido potrebbe consentire proprio al PdF e al MMG di scrivere in maniera definitiva il capitolo della clinica e dell'epidemiologia della celiachia.

Il dott. Serafini, infine, ci richiama a tenere in considerazione i limiti del test rapido di cui oggi disponiamo, in considerazione del fatto che non è in grado di svelare i soggetti celiaci col difetto di IgA. Questo difetto è presente in circa il 3% di soggetti celiaci, cioè dieci volte di più che nella popolazione generale⁸. È senz'altro un limite del test da tenere in conto (come del resto sottolineato sia nell'articolo di Reggiani che nell'editoriale che lo accompagna) e che certamente impedisce al test così come è oggi di essere proposto per uno screening di massa (perderebbe appunto il 3% dei celiaci). Ma certamente non ne riduce che in maniera più che tollerabile la validità come test di prima battuta. Nei soggetti celiaci con difetto di IgA la malattia può essere svelata dosando gli anticorpi anti-tTG di classe IgG, la cui presenza in questi casi dà un'indicazione diagnostica quasi assoluta⁹.

E ha ragione il dott. Serafini: solo quando il test rapido sarà adattato a rivelare anche questo tipo di anticorpi il nostro entusiasmo potrà dirsi ben giustificato.

Alessandro Ventura

Bibliografia

1. Walters JRF, Kathleen BB, Subatra G. Coeliac Disease and the risk of infections. Gut 2008;57:1034-35.

2. Askling J, Linet M, Gridley G, et al. Cancer incidence in a population-based cohort of individuals hospitalized with celiac disease or dermatitis herpetiformis. Gastroenterology 2002;123:1428-35.

3. Ludvigsson JF, Michaelsson K, Ekbom A, et al. Coeliac disease and the risk of fractures: a general population based cohort study. Aliment Pharmacol Ther 2007;25:273-85.

4. Ludvigsson JF, Olen O, Bell M, et al. Coeliac disease and the risk of sepsis. Gut 2008;57:1074-80.

5. Ludvigsson JF, Wahlstrom J, Grunewald J, et al. Coeliac disease and the risk of tuberculosis: a population based cohort study. Thorax 2007;62:23-8.

6. Di Sabatino A, Rosado MM, Cazzola P, et al. Splenic hypofunction and the spectrum of autoimmune and malignant complication in celiac disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2006;4:179-86.

7. Berti I, Della Vedova R, Paduano R, et al. Coeliac Disease in primary care: evaluation of a case finding strategy. Dig Liv Dis 2006;38:461-7.

8. Cataldo F, Marino V, Ventura A, Bottaro G, Corazza GR. Prevalence and clinical features of selective immunoglobulin A deficiency in celiac disease: an Italian multicentre study. Gut 1998;42:362-5.

9. Lenhardt A, Plebani A, Marchetti F, et al. Role of human-tissue transglutaminase IgG and anti-gliadin IgG antibodies in the diagnosis of coeliac disease in patients with selective immunoglobulin A deficiency. Dig Liv Dis 2004;36:730-4.

Migliorare l'appropriatezza diagnostica della faringotonsillite

Desidero inserirmi nell'interessante discussione fra il dott. Neri, il dott. Reggiani e il prof. Panizon riguardante la diagnostica clinico-strumentale, rapida e non, delle faringotonsilliti (FTA) dell'infanzia, riportata sul numero di giugno (*Medico e Bambino* 2008;27:353-7).

In primo luogo vorrei dire che a me dispiace moltissimo, e non soltanto un po' come ha detto Lamberto Reggiani, che il messaggio dapprima suggerito dal Progetto Bambini e Antibiotici (ProBA) della Regione Emilia Romagna e quindi inserito nelle recenti Linee Guida (LG) regionali, sia stato interpretato dal dott. Neri come mero fumo negli occhi, o come messaggio confondente.

Lo "scoring system" di McIsaac¹ è a tutt'oggi il punteggio meglio validato sul campo, anche in ambito pediatrico², per la diagnosi clinica di FTA streptococcica. La sua integrazione³ con un test rapido per il rilevamento degli antigeni streptococcici nell'essudato faringeo (*Rapid Antigen Detection Test* - RADT) permette, in caso di esito positivo, di raggiungere una probabilità post-test di malattia streptococcica abbondantemente superiore alla cosiddetta soglia del trattamento, anche nei casi in cui lo score clinico di McIsaac fosse stato di basso livello³. Nei casi con punteggio intermedio-basso, ovvero 2, 3 o 4, e con RADT

negativo, il ricorso all'esame colturale, soprattutto quando eseguito dopo arricchimento secondo Todd-Hewitt, consente di recuperare i possibili falsi negativi al RADT. Migliorare l'appropriatezza della diagnosi di FTA da streptococco favorisce la razionalizzazione dell'intervento terapeutico con antibiotico, evitando proprio "l'effetto mitragliatrice" proposto dal dott. Neri, ovvero: terapia antibiotica a tutte le FTA acute, salvo sospensione dopo 48 ore, in caso di insuccesso. È ovvio che, anche in un caso in cui l'algoritmo diagnostico-terapeutico contestato abbia fornito una probabilità post-test vicina al 100%, sarà possibile una falsa positività e di conseguenza un'inutile terapia antibiotica. Si tratterà verosimilmente di quei bambini in cui coesistevano fin dall'inizio un'infezione virale e una condizione di portatore sano di streptococco. Se dunque la perplessità residua rimane quella che l'errore diagnostico è ineliminabile, io dico: ognuno di noi, in scienza e coscienza, è libero di aderire o non aderire, nella sua pratica quotidiana, alle raccomandazioni minimalistiche presenti nelle importanti LG scozzesi SIGN⁴. Queste LG, così come non ritengono sufficientemente dimostrata l'efficacia preventiva della terapia antibiotica nel RAA e ritengono infinitesima, dati alla mano, la probabilità di sviluppo di tale complicanza nei Paesi industrializzati, così evitano di raccomandare qualsiasi approfondimento diagnostico, consigliando l'antibiotico solo nei bambini con l'evidenza di un decorso ingravescente. La posizione del SIGN è tuttora isolata nel panorama internazionale.

Marcello Bergamini
Pediatra di famiglia, Ferrara

Bibliografia

1. McIsaac WJ, Goel V, To T, et al. The validity of a sore throat score in family practice. Can Med Ass J 2000;163:811-5.

2. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004;291:1587-95.

3. Buzzetti R, Bergamini M, Bussi R, et al. Svelare lo Streptococco, rapidamente. Area Pediatrica 2006;7:47-55.

4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of sore throat and indications for tonsillectomy, 1999. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/34/index.html>

La corretta diagnosi della FTA è ancora oggi oggetto di discussione e le posizioni risultano essere molto diversificate. Dal non fare nulla, se non nei casi ingravescenti nei loro decorso (posizione estrema, ma con evidenze di ragionevolezza, delle LG scozzesi), al cercare una diagnosi presumibile di infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA) con l'utilizzo di uno score clinico (quello di McIsaac è il più semplice e

attendibile) e, nei casi dubbi, con un semplice presidio a portata di mano del pediatra come quello del test rapido (posizione autorevole delle LG prodotte nella regione Emilia Romagna¹, ma che a mio avviso hanno una valenza nazionale e internazionale); e infine quella americana che prevede un utilizzo molto più largo (rigido e pignolo, e forse troppo "garantista") della coltura per lo SBEA.

Il dott. Bergamini riconduce il dibattito aperto su "Medico e Bambino" a un ambito di ragionevolezza, che si avvicina di fatto a un atteggiamento semi-astensionista, ma professionale; una sorta di vigile attesa che, come riproposto recentemente dalle LG prestigiose inglesi NICE, dovrebbe riguardare la maggioranza delle infezioni delle alte vie respiratorie², dal bambino all'adulto.

Come "Medico e Bambino" riteniamo che sia arrivato il momento di condividere, nella pediatria italiana, una scelta di ragionevole e stringente adesione (con le eccezioni del caso) a quelle che sono le evidenze più volte riproposte e che prevedono una diagnosi essenziale (clinica e in casi selezionati con l'uso del tampone rapido in ambulatorio) e una terapia, nei casi da SBEA, anche questa di assoluta ragionevolezza, con l'utilizzo dell'amoxicillina, anche in singola somministrazione³.

Le pratiche che escono da queste raccomandazioni (vale a dire l'esame colturale a quasi tutti i casi di gola rossa, oppure una terapia antibiotica indiscriminata che non tiene conto dei criteri clinici di probabilità e della possibilità, nei casi dubbi, di utilizzare il test rapido, o ancora l'uso del test batteriologico in tutti i casi di test rapido negativo; o infine l'utilizzo di molecole di antibiotico con uno spettro di azione inutilmente allargato) non hanno nessuna evidenza di applicabilità nella pratica e di ragionevolezza scientifica. E di fatto non vengono applicati.

Il problema aperto rimane quello a cui ci richiama il dott. Bergamini e che al momento (e forse anche in futuro) non ha risposte certe: la terapia antibiotica, nel 2008, nei Paesi sviluppati, è in grado di ridurre, a livello di popolazione, i casi di malattia reumatica? Ma, alla fine, nemmeno questo è un problema; o meglio è un problema abbastanza irrilevante, che non giustifica affatto comportamenti diversi da quelli di essenzialità diagnostica e terapeutica. Basta applicarli, una volta per tutte.

Federico Marchetti

Bibliografia

1. Di Mario S, Gagliotti C, Asciano M, Moro ML, per il Comitato tecnico-scientifico regionale dei pediatri "progetto Proba-II Fase". La faringotonsillite e l'otite media acuta in età pediatrica. La guida rapida sviluppata dalla Regione Emilia-Romagna. *Medico e Bambino* 2008;27:38-42.
2. Tan T, Little P, Stokes T, on behalf of the Guideline Development Group. Antibiotic

prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008;337:a437.

3. Lennon DR, Farrell E, Martin DR, Stewart JM. Once-daily amoxicillin versus twice-daily penicillin V in group A β -haemolytic streptococcal pharyngitis. *Arch Dis Child* 2008;93:474-8.

La vicenda Ovitò, la FIMP e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato: tanto tuonò che alla fine piovve

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha condannato la Federazione Italiana Medici Pediatri e le ditte Novelli, Littlebit, Beiersdorf e Siport al pagamento di sanzioni amministrative pecuniarie, rispettivamente di 300.000 euro per la FIMP e di complessive euro 395.000 per le ditte citate, per "pratica commerciale scorretta".

Per quanto riguarda la Novelli (Ovitò) il procedimento era stato avviato nel febbraio scorso in seguito a una segnalazione dell'Adiconsum (riunita a un'altra analoga del Ministero della Salute che coinvolgeva anche altri soggetti), relativa a un messaggio pubblicitario presente sulle confezioni delle uova Ovitò. Il messaggio recitava "Ovitò: l'unico uovo approvato dalla Federazione Italiana Medici Pediatri" ed era proposto unitamente al logo "approvato dalla FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri". Nella segnalazione l'Adiconsum faceva notare che tale messaggio integrava la fattispecie di pratica commerciale scorretta in quanto "idoneo a falsare in misura rilevante le scelte economiche dei consumatori", facendo leva sulla sensibilità che i genitori hanno verso l'alimentazione dei propri bambini, inducendoli di fatto a credere erroneamente che Ovitò fosse l'unico uovo ad aver ottenuto "l'approvazione", tra i tanti esaminati da FIMP, e che tutti gli altri fossero stati esclusi perché non meritevoli. Dall'istruttoria avviata dall'Antitrust è emerso il grave comportamento scorretto principalmente della FIMP, che commercializzava il proprio marchio senza effettuare attività di analisi o di ricerca medico-scientifica sui prodotti ai quali veniva concesso il logo "Approvato dalla FIMP". La sanzione di 300.000 euro, comminata per aver sfruttato per finalità esclusivamente commerciali il credito riposto dai consumatori nei medici pediatri, si aggiunge a quella di 40.000 euro già irrogata (per un totale di 340.000 euro) per "aver fornito informazioni non veritiere" all'Autorità nel corso dell'istruttoria.

Quali considerazioni e implicazioni possiamo ricavare da questa vicenda? Continuando a proporre comportamenti eticamente non ineccepibili legati a esigenze commerciali di bilancio più che di trasparenza scientifica, alla fine la FIMP è incapace nell'illecito legale-normativo ed è stata sanzionata dalla Autorità Garante della

Concorrenza. Questo è un fatto a conoscenza di tutti.

Non tutti forse sono a conoscenza di alcuni particolari desumibili dalla lettura integrale del dispositivo che accompagna e commenta la sanzione del garante:

1. La FIMP ha ricevuto una sanzione ulteriore per il fatto di aver fornito notizie reticenti e non veritiere nel corso della fase istruttoria.
2. La FIMP ha agito nella vicenda Ovitò contravvenendo a un precedente impegno assunto con quello che allora si chiamava ancora Ministero della Salute che l'aveva "invitata" ad astenersi da simili precedenti iniziative di uso (abuso) del proprio logo.
3. La pratica commerciale con Ovitò aveva suscitato perplessità proprio da parte del Comitato Etico della FIMP stessa, ma è stata realizzata lo stesso.
4. Il Garante specifica chiaramente che la FIMP ha agito con scopi puramente commerciali del tutto privi di qualunque aspetto scientifico: *Invero gli elementi acquisiti dimostrano che la dicitura "Approvato dalla FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri" evocata e racchiusa nel logo sottende non una attestazione di qualità derivante dal superamento di una specifica procedura di approvazione bensì un accordo di natura commerciale, a titolo oneroso, avente ad oggetto la sponsorizzazione in esclusiva di un prodotto da parte della FIMP, per un periodo di tempo determinato.*
5. Il Garante accompagna la sentenza con un pesante giudizio di ordine morale: *La gravità si apprezza inoltre anche per il fatto che è stata posta in essere da un organo rappresentativo dei professionisti specializzati in pediatria, proprio sulla base della consapevolezza di godere di un particolare credito da parte dei consumatori.*

Tutti siamo coinvolti in questa vicenda, nella pubblica opinione non c'è distinzione tra pediatri di tipo e "parrocchia" diversa.

In giro però, tra di noi, si sente un silenzio sconcertante, come se la cosa invece non ci riguardasse; come può essere possibile?

Basta dire: "ma io non sono iscritto alla FIMP...", "ma io pur essendo iscritto non ho fatto niente...", "io di questi aspetti non mi interessa, mi basta che sia tutelato lo stipendio...", "io penso solo al mio lavoro, che ci posso fare se qualcuno approfitta della mia delega", per sentirsi a posto con la propria coscienza?

Proprio l'ignavia e l'inerzia davanti a pratiche che hanno sempre più svilito e mortificato gli aspetti scientifico-professionali davanti agli interessi economico-commerciali hanno permesso che tutto ciò sia diventato possibile.

Bisognava ribellarsi quando si è cominciato a privilegiare la partecipazione a studi scientifici poco limpidi ma ben sponsorizzati invece che ad altri molto più corretti ma

con la sola sponsorizzazione istituzionale (che porta "solo" buoni risultati senza compensi); bisognava ribellarsi quando hanno cominciato a comparire le prime etichette "consigliato dal tuo pediatra". Il semplice fatto di essere in tanti a esprimere un deciso dissenso nei confronti di certi comportamenti poco etici sarebbe sicuramente stato un deterrente sufficiente alla messa in atto degli stessi; lo stanco, distratto, forse qualche volta interessato atteggiamento di lasciar correre è stato interpretato come un implicito nulla osta.

Non occorre arrivare a una sentenza di condanna per reagire; ma questa resta comunque una occasione (l'ultima?) per dire forte: IO NON CI STO.

Quale può essere il rimedio?

Pretendere che le organizzazioni sindacali, da chiunque siano rappresentate e gestite, si forniscano subito, magari andando a vedere cosa dice in proposito la *International Pediatric Association* (www.ipa.org), che rappresenta tutte le società di pediatria del mondo, di un codice etico vincolante (molto strettamente vincolante), che codifichi i rapporti con le aziende e la partecipazione ad attività di ECM e di ricerca secondo i più rigidi principi di trasparenza e indipendenza scientifica.

Costantino Apicella, Mara Asciano,
Sandro Bianchi, Carla Cafaro,
Teresa Casillo, Rosario Cavallo,
Gian Piero Cassano, Eliana Coltura,
Sergio Conti Nibali, Isodiana Crupi,
Anna Maria Davoli, Laura Dell'Edera,
Elisabetta Demichele, Carmela Di Maio,
Anna Maria Falasconi, Maria Emma Federico,
Paolo Fiammengo, Vincenzo Frappampina,
Iginio Giani, Paola Ghiotti, Antonio Ghirardo,
Stefano Gorini, Luisella Grandori,
Piero Iaschi, Luca Laboli,
Dominique Larson, Monica Malventano,
Stefania Manetti, Luisa Marolla, Lucia Oliviero,
Giovanni Palazzi, Lucia Panfani,
Costantino Panza, Ambrogina Primi,
Paolo Roccato, Danielle Rollier,
Giovanni Simeone, Sergio Speciale,
Laura Reali, Paolo Schievano,
Maria Francesca Siracusano,
Ornella Soligno, Antonella Stazzoni,
Michele Valente, Alessandro Volta,
Federica Zanetto, Marcella Zera,
Maria Luisa Zuccolo

Cari colleghi, grazie della lettera, e grazie dell'indignazione. Grazie anche della Vostra

bella ingenuità, contenuta nella proposta di un codice di comportamento: in verità sarebbe assai difficile, e molto fantasioso, che su un codice di comportamento si arrivasse a scrivere che si deve vietare a una società medica di raccomandare l'ovino tal dei tali (o qualunque cosa di simile), perché nessuno, al momento della stesura del codice, avrebbe mai potuto pensare a questa innocente ma anche un po' stramba pensata. Come a scrivere sul galateo che non si dovrebbero mettere i piedi sul tavolo da pranzo.

Dico innocente, perché di certo l'idea di raccomandare l'ovino è stata dettata da un buon fine, che so, qualcosa che abbia a che fare con il finanziamento di una iniziativa per la formazione continua, o per l'aiuto a qualche iniziativa di sostegno alla pediatria del Terzo Mondo.

In fondo era così facile. Purtroppo "e tosto il riso tramutossi in pianto", adesso gli tocca pagare una bella multa, e io non saprei da dove saranno capaci di tirar fuori i soldi (perché se ce n'erano tanti in cassa non avrebbero avuto bisogno di raccomandare l'ovino, qualunque fosse l'iniziativa benefica per cui lo hanno fatto). Però mi pare giusto che quella multa sia stata data. Solo un poco mi dispiace perché in fondo anch'io sono italiano e anch'io sono (ero) un pediatra; e diciamo pure che la pediatria italiana non ha fatto tanto una bella figura di fronte a un tribunale, sia pure amministrativo, internazionale. Già me li immagino, i giudici: "eccoli, questi italiani, sempre eguali, non cambiano mai". E invece, qualcuno di noi, tanti anni fa, magari pensava che saremmo cambiati, in bene. Sogni.

In effetti, non so quanti, dei pediatri italiani, l'hanno saputa questa storia dell'ovino. Io, per esempio (ma io da tanto tempo non so più niente, neanche di pediatria), se non era per la Vostra lettera, non lo avrei mai saputo. E nemmeno immaginato. Forse in qualche sogno di quelli che quando ti svegli dici: "ma guarda tu cosa sono andato a sognarmi". Ma certamente lo sapranno un po' di mamme, di quelle che vanno a fare la spesa; altrimenti, a chi erano dirette le raccomandazioni di comperare l'ovino? E allora, certamente, una metà delle mamme, fiduciose del loro pediatra, avrà comperato subito l'ovino. Ma l'altra metà, una metà forse troppo sospettosa, si sarà domandata su quali basi, e come e perché arrivasse loro questa preziosa informazione pediatrica; e allora forse qualche dubbio sul loro pediatra, sulla nostra pediatria, e forse sullo stato delle cose della nostra bella Italia, forse le veniva, a

quella metà sospettosa. E la SIP, la nostra Società madre, la Madre di tutte le nostre Società, cosa ne pensa?

Forse anche niente; perché è un fatto che queste cose, queste cadute di stile (perché il fine era certamente buono) oggi non sorprendono più nessuno. Quisquillie, diceva Totò, pinzillacchere.

Franco Panizon

PS. Sì, è andata proprio così, lo sapevano tutti, così mi dicono mentre il numero "va in macchina": perché l'ovino, e quello che ne è seguito, coi certificati fasulli presentati al tribunale europeo a sostegno della dichiarazione di qualità dell'ovino in questione, era già stato preceduto da simili, anche se forse meno impegnativi, messaggi pediatrici in favore di questo o quel giocattolo o di qualcosa di simile; e questo era accaduto senza che nessuno vi trovasse mai niente da ridire. Quisquillie, pinzillacchere. Cosa volete che sia, di fronte alla crisi dei mutui subprime? La verità è che la crisi dei mutui, il crack colossale che fa tremare l'America, ma oggi anche l'Europa, e da domani anche il resto del mondo, fa parte della crisi generale dei "valori", del "comprì oggi e paghi domani"; o della crisi delle "bolle" finanziarie; o della crisi della irrealtà/illiquidità, per cui tutto diventa irrealista, alla fine, anche il danaro che hai in tasca; anche se il danaro, questo fantasma elusivo e ingannevole, è diventato, paradosso dei paradossi, l'unico punto di riferimento riconosciuto, l'unica misura accettata del successo/insuccesso non solo imprenditoriale ma anche esistenziale.

ERRATA CORRIGE

Medico e Bambino 2008;27:458

Contrariamente a quanto è stato pubblicato nell'Osservatorio di settembre, a pag. 458, l'incidenza di neoplasie indicata di 175,4 nuovi casi all'anno è per milione di bambini di 0-14 anni d'età (NON di abitanti), così come riportato nel Rapporto AIRTUM 2008 su *Epidemiologia e Prevenzione*. Ci scusiamo con i lettori.