

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

Meno carie per tutti?

Premetto che la mia “contestazione” ha tutta l'intenzione di intaccare la sostanza delle affermazioni di Doria e Buzzetti¹, i quali, con il pretesto della scarsa evidenza scientifica dei documenti presi in esame per la formulazione delle linee guida (LG), dimenticano altre tangibili evidenze pratiche che passo, in parte, a elencare.

In alcuni Paesi, sospesa la fluoroprofilassi sistemica, si è assistito, nei 5 anni successivi, a un'importante recrudescenza della patologia cariosa (Australia, alcuni Paesi scandinavi).

In alcuni Paesi, dove viene applicata la fluoroprofilassi sistemica, si assiste a una minor percentuale di carie.

In zone dove l'utilizzo di acqua a elevato contenuto in fluoro è diffuso si assiste a elevate percentuali di fluorosi, ma la carie è una patologia quasi sconosciuta (zone sarde, calabresi, vesuviane, catanesi).

La presenza del fluoro nel cavo orale (topica), che viene ritenuta dagli Autori più opportuna, può avvenire solo sciogliendo una compressa o somministrando gocce o masticando gomme, in quanto l'uso del dentifricio al fluoro limita l'effetto topico al solo periodo dell'igiene, poiché il fluoro viene poi espulso con il risciacquo del cavo orale; quindi fluoro topico sì, se poi viene deglutito?!

Conosco gli Autori bambini di età compresa fra 0 e 5 anni in grado di assolvere a una corretta igiene orale? Io so che neppure gli adulti riescono a condurla correttamente e per il tempo necessario.

Il contenuto in fluoro di molte acque autorizzate al commercio supera o è pari alle dosi di assunzione raccomandate per la fluoroprofilassi sistemica; quindi che facciamo? In virtù di una presunta loro pericolosità ipotizzata dagli Autori le togliamo dal commercio?

Che il latte materno protegga da tutto è risaputo, ma siamo certi che un'indagine così difficile da portare a termine con il fluoro sia risultata così semplice e probante con il latte materno?!

Che il fluoro per via sistemica segua un percorso ben preciso che va a finire a vantaggio del dente è noto, che questo percorso non abbia alcun effetto sulla carie si può negare?

Non è mai stato facile dettare LG o codificare comportamenti generali, non solo in medicina ma in ogni altro settore; invece è sempre stato facile contestare. Lo ab-

biamo vissuto anche recentemente con le vaccinazioni. Morti per influenza e complicanze alla stessa legate, tanti; per il vaccino e la pericolosità degli eccipienti... quanti?

Non sarà che in famiglia i nostri Autori si ritrovano familiari o parenti dentisti?!

Bibliografia

1. Doria M, Buzzetti R. Meno carie per tutti? Medico e Bambino 2010;29:161-4.

Ivano Bronzetti
Direttore generale Milte Italia

La contestazione rivolta al nostro articolo soffre a nostro giudizio di un'antica patologia, quella di catalogare l'importanza delle “evidenze” a proprio uso e consumo, a sostegno cioè delle proprie idee o convinzioni, anche se nella massima buona fede.

Accade così (ed è veramente curioso!) che la “scarsa evidenza scientifica dei documenti presi in esame per la formulazione delle LG” venga etichettata come “pretesto” mentre le “tangibili evidenze pratiche” dovrebbero prevalere e costituire prove inoppugnabili.

Ci spiace deludere il nostro appassionato contestatore, ma da vari decenni ormai tutto il mondo scientifico concorda invece nell'assegnare un basso livello di evidenza a tutte le (peraltro corrette) osservazioni da lui portate. Egli infatti esprime delle osservazioni interessanti ma non decisive. Ad esempio, “in alcuni Paesi, sospesa la fluoroprofilassi sistemica, si è assistito, nei 5 anni successivi, a un'importante recrudescenza della patologia cariosa”; “in alcuni Paesi, dove viene applicata la fluoroprofilassi sistemica, si assiste a una minor percentuale di carie”: trattasi di studi ecologici, forse privi di gruppo di controllo e generalmente considerati di scarso valore probatorio; non abbiamo la referenza bibliografica (che ci piacerebbe consultare) per poterlo affermare con certezza. Potremmo ribattere che in alcune regioni i bambini hanno bassa incidenza di carie anche senza assumere il fluoro, ma non per questo concluderemo che il fluoro sia inutile; non possiamo infatti dimenticare l'importanza della genetica, dell'ambiente, dell'alimentazione, dell'educazione ecc. Ecco perché servono studi ben disegnati e ben condotti e non bastano le osservazioni preliminari di gruppi più o meno soggetti alla carie per trarre conclusioni corrette dal punto di vista eziologico.

Ancora: “in zone dove l'utilizzo di acqua a elevato contenuto in fluoro è diffuso si assiste a elevate percentuali di fluorosi, ma la carie è una patologia quasi sconosciuta” è pure un'affermazione basata su un'osservazione di tipo ecologico, che andrebbe confermata con studi osservazionali o sperimentali più adeguati; e comunque propone un inquietante interrogativo sul bilancio rischi/benefici (fluorosi vs carie...) e confermerebbe l'opportunità di una corretta e precisa anamnesi prima di intraprendere un'eventuale supplementazione di fluoro per via sistemica.

Quanto al fatto che “la presenza del fluoro nel cavo orale... può avvenire solo sciogliendo una compressa o somministrando gocce o masticando gomme, in quanto l'uso del dentifricio al fluoro limita l'effetto topico al solo periodo dell'igiene... ecc.” o che “il fluoro per via sistemica segue un percorso ben preciso che va a finire a vantaggio del dente” con innegabili vantaggi sulla carie, si tratta di affermazioni di tutto rispetto, ma prive di qualsiasi fondamento scientifico finché non saranno confortate da prove solide: continuiamo ad attendere i risultati di studi sperimentali che confermino che, dati due gruppi di bambini, uno trattato con fluoro per via sistemica, l'altro no, il primo mostri vantaggi misurabili e indiscutibili. Si tratta di studi non impossibili da condurre, ne sono stati condotti di ben più complicati e per patologie ben più impegnative!

La difficoltà di eseguire una corretta igiene orale da parte di bambini fino a 5 anni è abbastanza ovvia, come è ovvio che un bambino di 3 anni non riesce a lavarsi con cura da solo o non si soffia correttamente il naso se non viene aiutato dal genitore. L'igiene orale è un compito e una responsabilità del genitore, che deve prendersi cura di questo come di altri aspetti di igiene e prevenzione dei propri figli: i pediatri italiani sono abituati a fornire e rinforzare periodicamente queste elementari ma importanti norme igieniche, che non possono essere omesse o trascurate in virtù della “pastiglietta”.

Appaiono infine poco opportune altre note del nostro interlocutore. Se “il contenuto in fluoro di molte acque autorizzate al commercio supera o è pari alle dosi di assunzione raccomandate per la fluoroprofilassi sistemica”, verrebbe casomai da chiedersi se negli assuntori di queste acque la fluoroprofilassi sistemica non possa addirittura costituire intervento inutile o dannoso (aumentato rischio di fluorosi).

Anche il richiamo al vaccino antinfluenzale sembra parecchio "scivoloso" in un momento in cui si stanno fornendo delle evidenze robuste sulla scarsa utilità del vaccino stesso (si vedano le vecchie e nuove revisioni Cochrane).

Purtroppo non abbiamo familiari o parenti dentisti. Non sarà invece che il nostro interlocutore avrà qualche vantaggio dalla commercializzazione del fluoro?

Mattia Doria¹, Roberto Buzzetti²
¹Pediatra di famiglia, Chioggia (Venezia)
²Epidemiologo, Rimini

Fluoroprofilassi, acque minerali e un... mare di plastica...

A proposito dell'articolo "Meno carie per tutti?" di Mattia Doria e Roberto Buzzetti (*Medico e Bambino* 2010;29:161-4), che rappresenta un'analisi critica delle Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva pubblicate sullo stesso numero (pag. 155), colgo l'invito di fine articolo, non a un'analisi degli studi (che leggo), ma a un fruttuoso (spero) e appassionato (mi piace) dibattito sull'argomento.

Nei "libretti pediatrici", in diverse sezioni c'è la casella "fluoroprofilassi" che ci impegna a informare i genitori.

Ma bisogna fare attenzione:

Età 0-6 mesi. Nelle LG è scritto che fra 0 e 6 mesi "è possibile somministrare 0,25 mg/die" (*Tabella II*); tuttavia nella *raccomandazione 3* il periodo 0-6 mesi scompare e si dice che "la somministrazione di fluoro per via sistemica è raccomandata per tutti i soggetti dai 6 mesi ai 3 anni".

Insomma sembra poco chiaro cosa sia raccomandato nel primo semestre di vita.

Concentrazione di fluoro nelle acque.

Leggo nell'articolo a proposito della *raccomandazione 2*: "bisognerebbe poter verificare la concentrazione del fluoro nelle acque potabili di tutta Italia" e "l'esatto contenuto in fluoro delle acque minerali". La mancanza della "appendice" obbliga ciascun pediatra a documentarsi altrove. Un sito internet utile per questo è: www.cheacquabeviamo.it.

Nelle LG italiane si afferma che la concentrazione del fluoro nell'acqua potabile della "quasi totalità" delle aree d'Italia è < 0,6 ppm, ma in quel "quasi" ci sono diverse zone con acque ad alte concentrazioni di fluoro, come in Campania, Lazio, Sicilia e Sardegna. Per alcune di tali zone ci sono stati Decreti Ministeriali di deroga al limite della concentrazione di fluoruro, deroghe concesse al fine di ripristinare la qualità dell'acqua, mediante

allumina attivata, ripristino peraltro affidato alla benevolenza dell'ente locale - vedi il DM 28/1/2008, possibilità di deroga al valore massimo ammissibile di 2,5 mg/l, deroga già concessa nel 2003 quando si leggeva: "... comunque non oltre il 25 dicembre 2003" (!!!).

Tornando a Sud, l'acquedotto pugliese recentemente ha reso possibile consultare la composizione dell'acqua indicando i singoli abitati sul sito www.acq.it.

Acque minerali. Non è sempre vero, come si legge nelle LG nazionali, che le acque minerali "riportano la concentrazione di fluoro", non essendo obbligatorio, e non è proprio "solito" che abbiano un contenuto inferiore a 0,6 ppm. Ho dunque sentito l'esigenza di effettuare una ricerca, anche presso alcune Aziende. Ecco i risultati in sintesi. I dati relativi possono essere utili anche per prescrivere una fluoroprofilassi mediante l'utilizzo sistematico di quantità giornaliere definite di un'acqua minerale ricca di fluoro.

Contengono < **0,3 mg/l** (in genere "tracce") di fluoro le seguenti acque (oligominerali): Amorosa, S. Carlo fonte Aurelia, Panna, Fiuggi, Gaia, S. Croce, Vera, Valle Reale, S. Anna, Aqua, S. Benedetto, S. Stefano, Grigna, Paravita, Rocchetta, Sovrana Feia, Amata, Tesorino, Castellina, Faito, Levissima, Tinnea, Acetosella, Sangemini, S. Carlo Spinone.

Contengono invece tra **0,3 e 0,6 mg/l** di fluoro le seguenti acque: Lete, Flaminio Nocera Umbra, Boario Terme, Levigo Terme, Fonte di Palme, Petra Pertuso, Fonte Chiara, Argentina, Gaudianello, Leggera, Vivien, S. Andrea, Antica fonte Boario, Acqua della Madonna, Italia, S. Elena Chianciano, Vitasnella.

Infine, contengono > **0,6 mg/l** di fluoro, da 0,7 a 2,4 mg/l, una serie di acque minerali, che divideremo a loro volta in tre parti: < **1 mg/l**: Fausto Boario, S. Pellegrino, Traficante, Idrea, Irno, Monticchio, Regina, Toka, Maxima, Capanelle, Lilia, Appia, Cutolo Rionero, Solaria, Sveva; **da 1 mg/l a 1,6 mg/l**: Santagatha, Uliveto, Ferrarelle, Acqua di Nepi, Claudia, Corinthia, Fonte Vivia, Giulia, Montecatini Terme; infine, nel gruppo delle acque molto ricche in fluoro (quindi più adatte a una fluoroprofilassi mirata); **da 1,6 a 2,4 mg/l**: Aqua Sacra (1,6 mg/l), Egeria (1,6 mg/l), S. Lucia (1,65 mg/l), Fucoli (1,7 mg/l), Acqua Santa Chianciano (1,8 mg/l), Fonte Lidia (1,85 mg/l), Ciappazzi (2 mg/l), S. Paolo (2,4 mg/l).

È stato calcolato che il rischio di fluorosi aumenta quando la dose di fluoro assunta giornalmente supera 0,05-0,07 mg/kg di peso corporeo, specie nella fascia di età fra 6 mesi e 3-4 anni; quindi è facile rendersi

conto che supplementazioni inopportune potrebbero essere dannose.

Chiudo ricordando l'enorme consumo di acque minerali, i cui contenitori di plastica contribuiscono ad aumentare l'orribile mare di plastica: "Il Mediterraneo", allarme di Greenpeace, "è diventato un mare di plastica"; <http://www.repubblica.it/2007/07/sezioni/ambiente/mediterraneanomare-plastica>.

I piccoli frammenti di plastica, che sembra inglobino altri inquinanti, possono essere ingeriti dagli organismi marini, entrano nella catena alimentare e finiscono così sulle nostre tavole... altro che fluoro...

Bibliografia di riferimento

- Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. *J Dent Res* 1992;71:1228.
- Greco Miani A. Il Pediatra e la fluoroprofilassi della carie. *Prevenzione Odontostomatologica* 2008;4:21-26.
- Itrò A, Amodio A, De Simone R. Ruolo delle acque minerali nella fluoroprofilassi. *Il Dentista Moderno* 2000;7:135-41.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. http://www.salute.gov.it/sorrisoSalute/documenti/Linee_guida_approvate_10_ott_2008.pdf.

Antonio Greco Miani
Pediatra, Bari

Il tema della fluoroprofilassi è tutt'altro che semplice, per le diverse implicazioni che abbiamo cercato di mettere in luce con la nostra lettura critica della linea guida italiana.

Prima di tutto occorre essere più chiari e trasparenti sulle evidenze che supportano le varie raccomandazioni, e che ne determinano in buona parte la forza. Attendiamo dagli estensori della linea guida una risposta chiara alle nostre osservazioni metodologiche.

Ad esempio, come ben sottolinea anche il dott. Greco Miani, risulta sorprendente la raccomandazione di somministrare il fluoro per via sistemica ai bambini 0-6 mesi con Forza B e Livello di evidenza VI (nessuna linea guida internazionale lo prevede); e soprattutto la raccomandazione di somministrare il fluoro durante la gravidanza (ancorché con Forza C e Livello di evidenza VI), quando le evidenze depongono per l'inefficacia e nessun'altra linea guida internazionale lo raccomanda. Questo per citare solo alcuni aspetti particolarmente eclatanti.

La lettera del dott. Greco Miani ci fa poi particolarmente piacere per il suo tentativo di superare la logica della somministrazione a tappeto, privilegiando, qualora ci si voglia avventurare in una supplementazione sistemica di fluoro, un approccio più ragionato e personalizzato degli apporti gior-

nalieri di fluoro, che tenga conto anche delle altre fonti, quali l'acqua assunta quotidianamente da ogni bambino, sia che derivi dall'acquedotto che dalla bottiglia.

Condividiamo le sue osservazioni sulla reale difficoltà di individuare con chiarezza e precisione il livello di fluoruro nelle diverse realtà italiane proprio perché i sistemi di rilevazione sono differenti da Regione a Regione e tra zona e zona di una stessa Regione o città. La presenza strategica dei pediatri sul territorio dovrebbe tradursi anche in azioni collaborative con gli igienisti e con i comuni, nella logica di una migliore informazione della popolazione.

Anche sulle acque minerali concordiamo e aggiungiamo: le acque minerali presentano non solo un'estrema variabilità nella concentrazione di fluoruro tra una ditta produttrice e un'altra, ma anche nella concentrazione di fluoruro nel tempo.

I pediatri di famiglia, a ogni bilancio di salute e in ogni occasione opportuna, ricordano e rinforzano nelle famiglie dei loro assistiti alcuni fondamentali messaggi di una corretta igiene alimentare e di una sistematica igiene orale.

Non si tratta dunque di essere schierati a favore o contro una proposta di azione preventiva per la migliore salute dei nostri bambini, come la supplementazione sistemica con fluoro, ma di essere lucidi e critici sulle evidenze che devono supportare tale azione, cercando di adottare un criterio, internazionalmente riconosciuto, di valutazione delle evidenze stesse.

Ricordiamo che è in corso una revisione sistematica da parte di Autori francesi, che stanno tentando di dare una risposta a questo annoso problema. I risultati preliminari di questi Autori, con i quali siamo in contatto, saranno presentati in due convegni di rilevanza europea (ORCA a Montpellier e IADR a Barcellona, entrambi nel mese di luglio). Dopodiché, tra pochi mesi, sapremo su quanti e quali studi fondare le nostre raccomandazioni in proposito.

Mattia Doria e Roberto Buzzetti

Le Sue osservazioni sono tutte pertinenti. Ricordo solo che le linee guida sono frutto di un lavoro di un gruppo multidisciplinare che, dopo aver analizzato la letteratura scientifica, ha voluto calare le stesse nella realtà italiana, con tutte le sue specifiche caratteristiche, che in campo odontoiatrico sono veramente particolari. Ogni parola espressa nelle linee guida deriva da una forte discussione tra i partecipanti, con l'intento di fornire indicazioni basate sul dato scientifico, e nello stesso tempo educative e applicabili anche nel nostro Paese.

Si dice che da 0 a 6 mesi "è possibile somministrare 0,25 mg/die" e si dice anche che "la somministrazione di fluoro per via

sistemica è raccomandata a tutti i soggetti da 6 mesi a 3 anni".

A me sembra che queste due affermazioni non siano in contraddizione tra di loro e mi sembra anche che i verbi scelti corrispondano al dato scientifico recente che è presente in letteratura.

Per quanto riguarda il fluoro nelle acque, la variabile è monitorata a livello locale ed è quindi disponibile non solo al cittadino, ma anche al pediatra che la chiedesse.

Il nostro intento è stato quello di affidare al pediatra l'analisi del problema localmente, onde consentirgli un adattamento delle linee guida stesse alla località nella quale il bambino vive e alle abitudini che la famiglia ha.

Laura Strohmeier

**Clinica Odontoiatrica, Ospedale San Paolo
Milano**

Imparare dall'errore

L'articolo "Imparare dall'errore" pubblicato a febbraio¹ è stato per me una lieta sorpresa.

È ormai tempo che venga riconosciuta l'importanza di questo aspetto dell'attività clinica nella pratica professionale quotidiana. L'errore medico è inevitabile e va usato come fonte di conoscenza². È un patrimonio da tutelare e mettere a frutto, sistematizzando la capacità di imparare a capire come si verificano gli errori, per poterne commettere sempre meno³. Dalla pubblicazione di *To Err is Human*⁴ è stata fatta molta strada in questa direzione anche se, a onor del vero, tutto questo è successo soprattutto fuori d'Italia e in ambito ospedaliero⁵. Eppure l'errore medico è frequente non solo in ospedale, ma anche nell'ambulatorio degli adulti e probabilmente ancor più dei bambini⁶, anche se i dati sono ancora scarsi. Ho particolarmente apprezzato l'impostazione di etica individuale dell'articolo, scritto da un epidemiologo che sembra un filosofo, in particolare quando ricorda che il modello trionfalistico di una medicina che ha la "pillola" giusta per qualsiasi malattia è un modello perdente e al di fuori della realtà. Come medici dovremmo tenerlo presente nella pratica di ogni giorno. Ben vengano quindi articoli come questo per diffondere la cultura di *error friendliness* e l'abitudine all'*incident reporting*. Ma non basta diffondere, è necessario fare anche formazione sulla cultura del rischio clinico e della sicurezza e sull'approccio probabilistico, dovrei dire bayesiano, al processo diagnostico. Nella formazione pre-, post-laurea e post-specializzazione c'è molto da modificare in tal senso. Comunque qualcosa si muove: a

marzo 2010 è stato pubblicato sul sito del Ministero della Salute un *Manuale di Formazione* sul rischio clinico nell'ambulatorio del MMG e del PdF⁷, realizzato da un gruppo misto di tecnici, medici ed esperti, che vorrebbe essere un primo tentativo di diffondere i principi della cultura della sicurezza anche negli ambulatori sul territorio, con un approccio pragmatico, attraverso casi clinici pratici e raccomandazioni per l'uso quotidiano.

Bibliografia

1. Bertolini G. Imparare dall'errore. *Medico e Bambino* 2010;29:100-2.
2. Popper KR. *The Logic of Scientific Discovery*. Routledge, 1959.
3. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
6. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. Error management: medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care* 2007;16:116-26.
7. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1232_allegato.pdf

Laura Reali

Pediatra di famiglia, Roma

Pochi dubbi sul fatto che la ricostruzione e la comprensione dell'errore costituiscono un esercizio didattico importante e formativo. Certo che ogni errore fatto da uno (da ciascuno) di noi scotta sulla pelle; e che è difficile dimenticarlo e ri-sbagliare; mentre l'errore di un altro non morde mai, e quindi insegna poco. Meno di quello che dovrebbe. Pochi dubbi, comunque, che una didattica impostata "anche" sull'errore sia utile; forse un po' meno di quanto siano utili (ma insufficienti oltre che esecrabili) i propri errori.

Ma è difficile, anzi impossibile, che la didattica universitaria italiana, inesistente (e non senza buoni motivi), si muova tutto d'un tratto su questa linea.

Quanto all'insegnamento post-universitario (intendo la Scuola di Specialità), fatto comunque di internato attivo, anzi professionale, dunque di pratica clinica, quello dovrebbe, se appena appena all'insegnamento si crede, da sempre, essere orientato, quasi naturalmente, su una rivalutazione collettiva (audit) sui casi, errori e successi compresi. Ma è vero anche (vedi il Documento dei Giovani Pediatri pubblicato su "Medico e Bambino" di febbraio a pag. 87)

che la qualità dell'impegno didattico è alquanto differente nelle diverse sedi.

Qualcosa si muove? Speriamo.

"Medico e Bambino", rivista di formazione, meglio che niente, ci aveva provato, forse debolmente, ma a lungo, con la rubrica "Perché si sbaglia", una rubrica che aveva avuto i suoi consensi da parte dei lettori; ma i contributi non sono stati numerosi, la rubrica è stata sostenuta sostanzialmente da contributi redazionali; e anche per nutrire la rubrica con errori personali, che devono poi essere errori "utili", perché ripetibili, e anche, malgrado questo, non banali, ci vuole un po' più di fatica. Forse ci riproviamo; magari sulla spinta di questa (bella) lettera.

Franco Panizon

Sedazione procedurale in autonomia dagli anestesisti

Gent.mo prof. Ventura, ho avuto modo di leggere il contributo della Pagina gialla di gennaio¹, "Sedazione procedurale in autonomia dagli anestesisti: si può, si deve".

Sono un anestesista rianimatore dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara e sono il referente aziendale per le pratiche anestesio-logiche effettuate fuori dai blocchi operatori, dette NORA (*Non-Operating Room Anesthesia*). Sono d'accordo che le opportunità diagnostiche e terapeutiche offerte dalla moderna endoscopia siano in continua e rapida evoluzione, e che si debbano associare a un'adeguata sedazione per aumentarne l'adesione da parte di coorti sempre più numerose di utenti. Nella mia esperienza, tuttavia, in accordo con altri professionisti più autorevoli di me, ho la percezione di una non adeguata consapevolezza da parte dei colleghi committenti del rischio clinico, che fuori dalla sala operatoria è a nostro avviso più elevato che in sala operatoria.

A differenza degli adulti, per i quali è spesso sufficiente una sedazione moderata, nei pazienti pediatrici le procedure diagnostiche invasive devono essere effettuate in sedazione profonda o in anestesia generale. A tale livello di alterazione della coscienza il monitoraggio clinico e strumentale deve essere completo per intercettare precocemente qualunque alterazione cardio-respiratoria, effettuato da una persona deputata a questo esclusivo compito e non impegnata nella procedura endoscopica. È evidente che tale figura, anche se non un anestesista, deve possedere non un semplice attestato ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) o equipollente, ma proprio le competenze di un "intensivista" che sappia gestire con disinvoltura eventi farmacodinamici avversi o peggio complicazioni de-

rivanti dalla procedura stessa, anche se infrequenti. Non va peraltro omissis che anche la FDA autorizza l'uso di farmaci come propofol e fentanil solamente a queste figure professionali.

L'autorevole lavoro da Lei recensito² non è specifico per la popolazione pediatrica e sostiene una tesi che altrettanto autorevoli altri Autori³ non condividono, affermando invece che:

- in tutte le sedi in cui si praticano delle sedazioni accadono eventi avversi ($\pm 1,4\%$) anche gravi con decessi, lesioni cerebrali post-anossiche ($\pm 0,03\%$), o con conseguenti ricoveri non programmati anche utilizzando i farmaci in modo appropriato;
- oltre alle condizioni di fragilità del paziente, si devono segnalare le possibili carenze nelle competenze del personale coinvolto, che più è inesperto e più è disponibile a rischiare;
- nella maggior parte dei casi è individuabile una *inadeguatezza del sistema* nella gestione del rischio clinico.

L'attenzione che noi poniamo nei confronti dei nostri piccoli utenti (± 50 pz/anno) ci porta a preferire ancora la loro gestione nella sala operatoria della chirurgia pediatrica, d'accordo con gli endoscopisti e con personale esperto in pediatria. Con tali numeri noi non riteniamo utile una discussione sui costi, anche tenendo presenti i necessari ribaltamenti, né tale argomento ha finora dato adito, almeno finora, a discussioni di budget dipartimentale pediatrico. Non riteniamo utile in questa sede una discussione sulle nostre preferenze farmacologiche (midazolam, propofol, remifentanyl), perché ogni professionista deve coltivare e migliorare le proprie conoscenze valutando i diversi studi pubblicati sull'argomento^{3,7}.

Bibliografia

1. Ventura A (a cura di). Sedazione procedurale in autonomia dagli anestesisti: si può, si deve (Pagina gialla). *Medico e Bambino* 2010;29:11-2.
2. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, et al. Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience. *Gastroenterology* 2009;137:1229-37.
3. Coté CJ, Notterman DA, Karl HV, Weinberg JA, McCloskey C. Adverse sedation events in pediatrics: a critical incident analysis of contributing factors. *Pediatrics* 2000;105:805-14.
4. Cravero JP, Beach ML, Blike GT, et al. The incidence and nature of adverse events during pediatric sedation/anesthesia with propofol for procedures outside the operating room: A report from the Pediatric Sedation Research Consortium. *Pediatric Anesthesiology* 2009;108:795-804.
5. Lamont T, Matthew L, Cousins D, Green J. Avoiding midazolam overdose: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. *BMJ* 2009;339:b4459.
6. Wermann T, Riphahs A. Sedation with propofol for interventional endoscopic procedures: a

risk factor analysis. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43:368-74.

7. Robbertze R, Posner KL, Domino KB. Closed claims review of anesthesia for procedures outside the operating room. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19:436-42.

Guido Caggese

UO Anestesia e Rianimazione Ospedaliera
Ferrara

La lettera del dott. Caggese è opportuna e permette alcuni chiarimenti e sottolineature. Non possiamo che concordare con il suo richiamo sull'assoluta necessità che ogni tipo di sedazione procedurale (da parte di anestesisti o non anestesisti) sia svolta solo e soltanto stando ad alcune ferree regole: che ci sia una competenza specifica consolidata da parte di tutti gli operatori, che ci sia piena consapevolezza e capacità di definire i livelli di rischio del paziente per affidare soltanto all'anestesista i casi con un rischio anestesio-logico anche minimo, che l'organizzazione del lavoro sia tale da garantire che ogni evento negativo venga registrato e sia oggetto di audit, che infine un progetto di sedazione procedurale eseguita da non anestesisti venga avviato soltanto in pieno accordo con gli anestesisti e i rianimatori dell'ospedale e faccia parte delle procedure standardizzate dell'ospedale stesso.

La sedazione nel bambino va sempre intesa necessariamente come sedazione profonda, tanto più quando un determinato grado di immobilità sia richiesto (pressoché sempre nella vita vera).

Il livello di addestramento di chi pratica sedazione analgesica, così come il livello di monitoraggio e il contesto in cui si opera, deve rispondere a standard ben definiti, facilmente raggiungibili in concreto, ma che vanno di regola ben al di là della semplice certificazione di Pediatric Advanced Life Support. Non esistono farmaci sicuri e farmaci pericolosi a priori. Ma il lavoro di Coté non può fare testo perché fa riferimento a contesti in verità del tutto diversi da quelli di cui stiamo parlando. I casi a decorso fatale o complicato di questa casistica riconoscono infatti come fattori di rischio la sedazione al di fuori dell'ospedale (studi dentistici), uso di farmaci a lunga emivita (clorali idrati), associazioni di più farmaci, monitoraggio inadeguato. È proprio quel contesto che bisogna evitare!

Detto questo, corre l'obbligo di prendere atto, da parte di tutti coloro che lavorano sul bambino in un ambito specialistico, pediatri e rianimatori compresi, che la sedazione procedurale gestita da non anestesisti addestrati è considerata formalmente e ufficialmente pratica efficace e sicura in ambito pediatrico da linee guida e "consensus" di esperti già da alcuni anni. E di questo ci dà testimonianza anche la letteratura più qualificata, sia generalistica (vedi ad esempio

la review di Krauss e Green¹) sia specialistica anestesiológica².

Va anche sottolineato che la sedazione gestita da non anestesisti in contesti in cui sia garantito un adeguato addestramento, un'adeguata selezione dei pazienti e uno standard di monitoraggio ben definito, mostra un profilo di sicurezza molto buono non solo nell'adulto ma anche nel bambino.

Tralasciando l'imponente letteratura pediatrica in questo ambito che riguarda ketamina (oltre 8000 pazienti nel lavoro di Green³), midazolam e fentanest (oltre 1200 procedure nel lavoro di Pitetti⁴) e limitandoci al solo propofol, e solo alle esperienze numericamente più consistenti, riportiamo tra i vari lavori in età pediatrica le esperienze pubblicate da Vespasiano⁵ e la nostra^{6,7} (rispettivamente oltre 7000 e oltre 1500 pazienti). E non vanno tralasciati, nell'adulto, il lavoro storico dei General Practitioner australiani⁸ (28.472 procedure divise tra GP addestrati e anestesisti dell'adulto, senza differenza significativa tra le complicanze) oltre al lavoro di Rex⁹ citato nella Pagina gialla a cui ha partecipato anche il nostro gruppo (646.080 sedazioni). Infine, la sedazione procedurale con propofol da parte di non anestesisti fa parte oggi di linee guida nazionali (ad esempio Australia e Germania) elaborate congiuntamente da esperti non anestesisti e anestesisti.

Ora, vogliamo ripeterlo, tutto questo non deve convincerci che la sedazione procedurale da parte di non anestesisti sia una pratica da trasferire d'emblée ovunque e a tutti. Ma, laddove l'attività assistenziale prevede un'alta specializzazione e di conseguenza l'esecuzione frequente, routinaria, di procedure diagnostiche invasive (dalla puntura midollare e/o lombare ripetuta nel paziente oncologico all'endoscopia digestiva nei bambini con MICI o che necessitano di biopsia duodenale, all'artrocentesi nel paziente reumatologico, alla biopsia epatica e via dicendo: nel nostro dipartimento si tratta nel complesso di 1200-1400 procedure/anno), non possiamo più nascondere la testa sotto la sabbia e dobbiamo sapere che possiamo (e quindi dobbiamo) agire in piena convenienza del paziente e dell'organizzazione del lavoro, mettendo in atto un programma di sedazione procedurale da parte di non anestesisti. Certo, in piena assonanza col richiamo del dott. Caggese, garantendo che questo avvenga con le dovute garanzie date da una professionalizzazione adeguata, dal controllo del programma da parte degli anestesisti e dall'inserimento del programma stesso tra le attività codificate e formalizzate della struttura ospedaliera in cui si opera.

Bibliografia

1. Krauss B, Green SM. Sedation in children, a review. *Lancet* 2006;367:766-80.

2. Hertzog JH, Havidich JE. Non anesthesiologists-provided pediatric procedural sedation: an update. *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20:365-72.

3. Green SM, Roback MG, Krauss B, et al. Predictors of emesis and recovery agitation with emergency department ketamine sedation: an individual-patient data meta-analysis of 8,282 children. *Ann Emerg Med* 2009;54: 171-80.e1-4.

4. Pitetti RD, Singh S, Pierce MC. Safe and efficacious use of procedural sedation and analgesia by nonanesthesiologists in a pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1090-6.

5. Vespasiano M, Finkelstein M, Kurachek S. Propofol sedation: intensivists' experience with 7304 cases in a children's hospital. *Pediatrics* 2007;120:e1411-7.

6. Barbi E, Gerarduzzi T, Marchetti F, et al. Deep sedation with propofol by nonanesthesiologists: a prospective pediatric experience. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1097-103.

7. Barbi E, Petaros P, Badina L, et al. Deep sedation with propofol for upper gastrointestinal endoscopy in children, administered by specially trained pediatricians: a prospective case series with emphasis on side effects. *Endoscopy* 2006;38:368-75.

8. Clarke AC, Chiragakis L, Hillman LC, Kaye GL. Sedation for endoscopy: the safe use of propofol by general practitioner sedationists. *Med J Aust* 2002;176:158-61.

9. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E, et al. Endoscopist-directed administration of propofol: a worldwide safety experience. *Gastroenterology* 2009;137:1229-37.

Alessandro Ventura, Egidio Barbi
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo"
Trieste

Ultimi rintocchi su H1N1, pediatri e mass media

NB: segue una risposta alla lettera di Italo Farnetani "H1N1, pediatri e mass media", comparsa sul numero di maggio e riguardante i ruoli giocati da "esperti" e da mass media nella confusione dell'opinione pubblica (ma anche dei medici) che ha accompagnato tutto lo svolgersi dell'epidemia influenzale non stagionale.

... sull'innocenza dei giornalisti. I pediatri penso che abbiano colpe diverse dal semplice negarsi: l'ignoranza, la presunzione, lo scarso senso di responsabilità, la corruzione. Penso invece che negarsi a parlare delle bufale (come l'H1N1) sarebbe stata la cosa giusta e avrebbero dovuto farla non solo i pediatri piccoli, ma anche quelli grandi e anche gli igienisti, i clinici medici e naturalmente i... giornalisti, che per tre mesi hanno aperto tutti i telegiornali con la notizia di un malato qui o là.

Tutti hanno parlato, senza sapere niente, e nessuno ha rinunciato a esserci (o per scoopismo, o per narcisismo o per stupidità). Come sempre sono autoreferenziale, ma penso che le notizie date da "Medico e Bambino" dall'inizio, la trasmissione della

giusta lettura e interpretazione della letteratura, il non aver mai parlato di cose che non si sapevano, sia stata la scelta giusta e che oggi si abbia un po' il diritto di riflettere criticamente sull'accaduto.

Quello che volevo dire è che non bisognerebbe mai parlare di quello che non si sa e che, se non si sa niente, il silenzio paga molto di più del parlare a vanvera. Durante tutto l'ambaradan ho ricevuto decine di sollecitazioni da giornali e anche radio e tv più o meno locali a dire il mio parere. Quando però anticipavo che non ne sapevo abbastanza per poter dire qualcosa e che pensavo che anche quelli che parlavano difficilmente ne sapevano più di me (in concreto, su come era la situazione) l'interesse del giornalista scemava immediatamente... E così mi è anche stato facile chiudermi nel no comment.

Durante Confronti in Pediatria 2009, nel Pediblob, ho fatto vedere i dati concreti di morbilità (quasi nulla) e mortalità (nulla) della "pandemia" nella Regione Friuli Venezia Giulia (è stato divertente e sorprendente, molto divertente anche perché bastava applicare i dati dell'epidemia di sei mesi prima in Australia per capire che in Regione non sarebbe servito muovere un dito e invece volevano che "bloccassimo" letti di rianimazione, che vaccinassimo tutti, che tenessimo pronto Tamiflu ecc.), dell'assoluta uguaglianza di come sono andate le cose nelle province del FVG in cui si è vaccinato di più o di meno e di dove è stato usato Tamiflu sempre o mai. Bene, questa è stata l'unica presentazione sulla quale i giornalisti dei quotidiani e delle tv regionali (dico l'unica) non hanno riferito bene (o non si sono dilungati) parlando del congresso.

Alessandro Ventura

Bambino immigrato e Centri di cura

In un recente incontro su "Tubercolosi e micobatteriosi in età pediatrica" tenutosi a Milano presso l'Istituto Sacco a cura dell'AIPO (Associazione dei Pneumologi Ospedalieri) è stata formalizzata la proposta di individuare "Centri" regionali o provinciali di riferimento per la valutazione del bambino immigrato/adottato. Credo che l'esperienza descritta da De Franco e collaboratori (*Medico e Bambino* pagine elettroniche 2010;13(3); http://www.medicobambino.com/?id=RI1003_30.html) dimostri egregiamente come una prima valutazione di questi bambini, per la sua essenzialità e per tante motivazioni di ordine pratico, possa e, a mio avviso, debba essere fatta il più perifericamente possibile, in ospedali di rete o anche da un pediatra di famiglia collegato a un laboratorio di buon

livello. La "centropatia" mi preoccupa sempre molto e cose di buon senso si possono fare benissimo senza medaglie o etichette particolari. Complimenti per la Vostra attività.

Italo Marinelli
Pediatra ospedaliero, Agnone (Isernia)

Grazie per i complimenti. Concordo sul fatto che un centro ospedaliero medio-piccolo, anche perché non operato da casi troppo complessi e critici, possa e debba avere larghi spazi di creatività e qualità. Nello specifico, per un bimbo adottato o immigrato a rischio, occorre infatti avere tempo, ascolto e una visione d'insieme, non solo delle problematiche strettamente sanitarie.

Credo sia però necessario essere anche rigorosi, applicare protocolli (come quello italiano del GLNBI della SIP), avere rapporti stretti con le strutture territoriali che si occupano a ogni titolo di adozioni e immigrazione. Una rete solida e anche formalizzata, che periodicamente si valuti e sia valutata.

Questo abbiamo cercato di fare.

Franco Colonna
SC di Pediatria, Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento (Pordenone)

In verità, non esiste nessuna buona ragione al mondo per cui, oggi, una TB per il solo fatto di essere una TB, in Occidente, sia curata in un Centro, grande o piccolo. In Italia, sessanta, e anche cinquanta anni fa, quando praticamente tutti i bambini prima dei 12 anni contraevano una primo-infezione tubercolare, benigna nel 97% dei casi, evolutiva nel giro di pochi mesi o anni nel restante 3%, una TB sintomatica (febbre, febbre, tosse, radiologia positiva) in un bambino veniva curata, per lo più in regime di ricovero per un paio di settimane, in un Centro, che si chiamava dispensario e che era gestito da una specifica medicina di comunità, il consorzio antitubercolare, per tutta l'annata successiva.

I motivi erano diversi e andavano dal rifornimento gratuito dei farmaci (siamo prima dell'istituzione del SSN), la grande diffusione della malattia, e anche, certo, ma come terzo elemento, una specifica esperienza su una malattia endemica. In Africa è ancora così: i farmaci antitubercolari vengono forniti in dispensario; e i motivi non sono molto diversi.

In Italia, la primo-infezione tubercolare in età pediatrica è l'eccezione, meno di 1/100.000 per anno. Nel Regno Unito, i nuovi casi sono 4,3/100.000 all'anno, ma la proporzione tra nati nel Regno Unito (2,5/100.000, in calo) e nati fuori (37/100.000, in crescita) si sta progressi-

vamente modificando negli anni. All'interno di questi numeri, si può trattare: a) di infezione senza malattia; b) di infezione sintomatica con radiologia positiva ma "naturalmente benigna" (adenopatia, reazione peri-ilare, addensamento lobare, enfisema lobare; c) di infezione disseminata extrapolmonare (miliare, meningite, osteoartrite, peritonite, sierosite). È abbastanza chiaro che ciascuna di queste differenti espressioni di una stessa infezione (ma in realtà ciascuna di queste diverse malattie) dovrà avere un iter e una sede di intervento diversa, ma abbastanza facilmente protocollabile: nel primo caso, domiciliare; nel secondo caso ancora domiciliare, salvo un breve passaggio in ospedale di rete e magari con una gestione "mista" ospedale-PdF; nel terzo caso, un trattamento intensivo, inevitabilmente ospedaliero, spesso multi-specialistico, fino a remissione, con successivi controlli ambulatoriali. In nessuno di questi casi, o per la loro estrema rarità, ovvero per la loro benignità, sembra non solo ragionevole, ma nemmeno seriamente proponibile, pensare a un Centro: neanche a un Centro di riferimento.

Franco Panizon

Obesità e interventi precoci

Ad aprile è stata pubblicata la lettera di Lucio Piermarini e la risposta del prof. Panizon sull'argomento obesità¹. La tesi di Piermarini, secondo la quale si devono attuare interventi precoci, mi trova in linea di massima d'accordo, ma penso che l'intervento da parte del medico "fin dalla gravidanza" non darebbe risultati soddisfacenti. Le esperienze su promozione e sostegno dell'allattamento al seno (sappiamo che l'allattamento al seno costituisce la prima e più importante misura preventiva dell'obesità) con gruppi di supporto alle gravide e alle neomamme hanno fornito risultati insoddisfacenti^{2,4}. A maggior ragione c'è motivo di temere che i risultati scoraggianti sull'allattamento al seno ci fanno purtroppo prevedere che i risultati di una campagna diretta alle gravide (ammesso che possa coprire il territorio nazionale) sarebbero ancor di più scoraggianti.

Io credo invece, sulla base delle conoscenze che si hanno su quanto succede nei Paesi europei (Norvegia, Danimarca, Svezia) dove ci sono le più alte percentuali di allattamento al seno e le più basse percentuali di obesità e sulla base dei vari pareri espressi dagli esperti, che gli "interventi educativi ottimali" siano quelli rivolti a creare le "conoscenze a tutta la popolazione (sia maschile che femminile)" sui vantaggi di un'alimentazione sana ed equi-

librata a un'età molto precoce, nell'età in cui si frequenta la scuola, che è per definizione il luogo dove si può creare una cultura "permanente".

È un progetto irrealizzabile? Forse sì, forse no. Ma a estremi mali occorrono rimedi anche sperimentali. Il danno dell'obesità alla salute della popolazione (e al benessere del singolo) è enorme e non si può pensare che i rimedi possano essere attuati e possano funzionare nel breve periodo e con mezzi e modi rudimentali. Quanto alle misure che possiamo adottare nella nostra attività quotidiana di pediatri di famiglia, sappiamo che queste non possono determinare cambiamenti sostanziali nel comportamento dei genitori e dei bambini, specialmente presso le famiglie povere e di bassa istruzione (che sono poi quelle dove è più alta la prevalenza dell'obesità), che preferiscono comprare cibi "spazzatura" che costano poco e che piacciono molto ai bambini e che vivono in quartieri dove non ci sono piazze, giardini, palestre e campi di calcio.

E poi: l'educazione alla salute è compito del pediatra?

Il prof. Panizon lo mette in dubbio, impegnato com'è il pediatra a curare con "l'aerosol con lo steroide la tosse". Ma anche il SSN non ha mai preso seriamente in considerazione la figura del pediatra di famiglia quale educatore delle famiglie, ma medico con una cultura orientata più sulla cura delle malattie che sulla prevenzione delle stesse.

In realtà, come possa agire il pediatra in un processo che riguarda non tanto un semplice cambiamento di abitudini, ma un rinnovamento culturale che, come tutti i rinnovamenti culturali, durano decenni e necessitano di interventi a vari livelli, credo che nessuno lo sappia.

Bibliografia

1. Piermarini L. Obesità e interventi precoci (lettera). Medico e Bambino 2010;29:218-9.
2. Ventura A (a cura di). Promozione dell'allattamento al seno. Medico e Bambino 2009;28(suppl.1).
3. SIN. Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. Medico e Bambino 2002;21:91-8.
4. Burgio GR. Una pediatria per la società che cambia. Milano: Tecniche Nuove Ed, 2007.

Angelo Spataro
Pediatra di famiglia, Palermo
ACP Trinacria, Responsabile della Segreteria
"Salute mentale" dell'ACP

Il prof. Panizon, al contrario, è convinto, da sempre, che il pediatra di famiglia sia l'unico possibile e naturale educatore alla salute. In particolare a quegli aspetti di

salute che già si manifestano nell'età dello sviluppo, che sono poi la maggioranza, dalla vitamina D alle vaccinazioni, al fumo passivo, ai difetti dell'apprendimento e della condotta, e non ultimo all'obesità e, se vogliamo (ma perché non dovremmo volerlo?), alla nutrizione. Non dimentichiamo gli aspetti epigenetici del problema. L'effetto "stabile", indotto da un meccanismo epigenetico sul genoma, della nutrizione in gravidanza, e nei primi mesi (così come l'effetto della somministrazione precoce di vitamina D) è dimostrato¹.

Per educare alla salute, il pediatra dovrebbe, magari, cominciare a educare se stesso, e dunque a non prescrivere aerosol che la EBM non considera tra le indicazioni accettabili; ma su questo, pazienza; il rapporto medico-paziente può anche, di quando in quando, ripiegare su indicazioni di utilità non comprovata (la famiglia sente il BISOGNO di intervenire e il medico - pur "diseducando" - qualche volta può accettarlo).

Ma questo ci porta lontani dal tema, e da un argomento che mi sta moltissimo a cuore, che ho, recentemente, più volte proposto alla attenzione dei lettori, sul quale dissento da Spataro perché non lo considero (solo) una questione di carattere generale e affrontabile con una serie di "generici" consigli al mangiare "giusto", ma come un DOVERE specifico, che riguarda SINGOLI (anche se numerosi) BAMBINI A RISCHIO bene identificabili dai pediatri, e sui quali si DEVONO impegnare se solo vogliono restare attaccati al giuramento di Ippocrate, oltre che alle indicazioni della IPA,

secondo le quali il pediatra deve occuparsi altrettanto di prevenzione che di terapia. Preciso, ancora una volta, noiosamente, il mio pensiero:

a) è vero che "nessuno lo sa" come il pediatra debba muoversi ma, se nessuno si muove mai, nessuno lo saprà;

b) l'Italia è l'unico Paese che abbia un pediatra per ogni bambino, sano o malato: è dunque l'unico Paese che possa fare, su scala sufficientemente larga: progetti pilota di associazioni (ACP?) o di gruppi di studio (SIP? FIMP?) per sperimentazioni controllate che certamente avrebbero un effetto di "contagio buono";

c) ma anche al di fuori di una sperimentazione esistono conoscenze che OBBLIGHEREBBERO ciascun pediatra a impegnarsi su un bambino che cresce troppo, con la stessa energia che adopera verso un bambino che cresce poco;

d) non tutti i bambini sono a rischio di obesità: se entrambi i genitori sono magri, il rischio è praticamente assente; in ogni modo, se il Body Mass Index (non ditemi che è troppo difficile valutarlo per il pediatra di famiglia!) comincia a crescere prima dei 4-5 anni (cioè a un anno, a due anni, a tre anni), QUELLO È IL BAMBINO CHE DIVENTERÀ SOPRAPESO/OBESO. Allora, su quel bambino, e su quella famiglia, un pediatra degno di questo nome, PRIMA CHE SI STABILISCANO ABITUDINI E BISOGNI IRREVERSIBILI, deve intervenire. Non li salverà tutti: salverà quelli che potrà. Come accade di fare in Africa, con la malnutrizione.

La mia tesi è illustrata con maggiore

ricchezza di argomentazioni e di voci bibliografiche nel Digest sull'obesità¹ e nel mio epistolario con la dott.ssa Tanas², che si trova invece, per la sua posizione, impegnata su un altro fronte, quello di ridurre i danni, anche psicologici, dell'obesità, una volta persa la battaglia sui numeri...

Bibliografia

1. Panizon F (a cura di). Fattori di rischio e prevenzione dell'obesità e della sindrome metabolica (Digest). Medico e Bambino 2010;29:116-8.
2. Tanas R. Obesità (Lettere). Medico e Bambino 2010;29:151-2.

Franco Panizon

ERRATA CORRIGE

Medico e Bambino 2010;29:298

Nel numero di maggio 2010, pag. 298, nell'articolo del Focus "Il dolore del neonato" il nome del secondo Autore è Lorenzo Intorno e non Intorno, come erroneamente riportato. Ci scusiamo con l'Autore.