

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.

Trasparenza

Quale è il livello di trasparenza che è giusto pretendere dalla ricerca scientifica? E quale livello di trasparenza si deve poi pretendere dalla divulgazione della ricerca stessa? Il problema è scottante e rischia di dividersi come al solito in due fazioni contrapposte; vista la scarsa propensione al finanziamento pubblico di queste attività, il problema di fondo resta quello della definizione dei limiti entro cui è lecito accettare l'intervento dell'industria farmaceutica.

La discussione è molto accesa; se ne può trovare un assaggio leggendo l'approfondimento dal titolo "Quale medico, quale medicina?", un forum col parere di illustri colleghi, apparso sul periodico della FNOMCeO "La Professione" (n°2, anno 2005); in mancanza di una regolamentazione chiara ed esplicita si corre come al solito il rischio che il problema sia risolto in base alla prassi e alle consuetudini, invece che sulla base di comportamenti condivisi.

Possiamo infatti verificare che, mentre ufficialmente si dichiara che la produzione scientifica ottenuta con il finanziamento e la progettazione da parte delle industrie direttamente interessate dovrebbe essere sempre considerata con molta cautela e previa attenta verifica dei risultati, nei fatti invece si dà molto risalto a questo tipo di lavori; possiamo ricordare innumerevoli esempi, dal "caso" cisapride al Prozac, dallo studio ETAC alle ricerche italiane sulla incidenza delle malattie invasive da pneumococco (Pnc).

Anche sul piano della divulgazione scientifica ci si imbatte spesso nello stesso dilemma: la locandina di un importante congresso nazionale, forse il più rappresentativo di tutti i congressi pediatrici italiani, indica ben quattro letture magistrali tenute con il contributo delle industrie farmaceutiche interessate alla promozione del proprio prodotto attinente al tema in discussione: è sufficiente questa implicita dichiarazione di conflitto di interessi per assicurarci la trasparenza e l'affidabilità delle informazioni che riceveremo?

Pur convinto della perfetta buona fede dei relatori, l'esperienza storica dei casi precedenti dimostra che questa dichiarazione può al massimo garantire l'osservanza del contesto formale:

1. La cisapride è stata usata a fiumi prima di scoprire il suo profilo di rischio e poi

addirittura la dimostrazione della sua inefficacia per la risoluzione del problema clinico proposto.

2. Il Prozac è (ab)usato sulla scorta dei pochi studi favorevoli, ignorando i molti studi sfavorevoli.

3. L'uso proposto (e intempestivamente spesso accettato) della cetirizina non è proporzionato al vantaggio clinico sperato.

4. Certi studi sull'incidenza delle malattie invasive da Pnc in Italia ancora attendono il vaglio di una valutazione scientifica seria, ma sono presi a riferimento per le valutazioni epidemiologiche del caso.

E tanti altri esempi potrebbero essere fatti. Erano e sono corrotti gli opinionisti che hanno avallato questi studi e che hanno contribuito alla loro divulgazione? Certamente no, ma trovando quegli studi confacenti alle proprie ipotesi o convinzioni o speranze hanno "scotomizzato" i loro difetti, facendo dimenticare il più fondamentale dei doveri del ricercatore: l'esercizio del dubbio sistematico, unica fonte di verifica e di garanzia, per quante garanzie sia realisticamente possibile avere nel campo della ricerca.

Il richiamarsi all'esercizio di questo "dubbio sistematico" credo che dimostri l'infondatezza delle accuse di dogmatismo scientifico e fondamentalismo ideologico rivolte a quanti hanno espresso altre volte queste critiche.

Quante garanzie di trasparenza posso allora avere da parte del più irreprensibile relatore che parli di terapia del wheezing o del ruolo dei macrolidi in pediatria o della prevenzione delle infezioni da Pnc o di "Elidel, un nuovo approccio al bambino con dermatite atopica", quando queste relazioni si tengono col contributo rispettivamente del produttore di un antileucotriene, del produttore di un macrolide, del produttore di un vaccino contro Pnc, del produttore dell'Elidel?

Va bene accettare il contributo dell'industria farmaceutica; difficilmente si possono reperire le risorse necessarie alla divulgazione e alla produzione scientifica, ma credo che ciò sia possibile solo se davvero la gestione dei dati scientifici sia indipendente; è ragionevole che come prima misura di trasparenza, necessaria e forse neppure sufficiente, si chieda che il contributo dell'industria possa essere accettato solo fuori dai campi di interesse diretto dell'industria stessa?

Si rischia invece che in silenzio, poco

per volta, con pazienza, nell'indifferenza del grosso dei pediatri a cui questi messaggi sono destinati, questa prassi finirà con l'imporsi.

Con buona pace anche dei funzionari ECM che sicuramente non mancheranno di accreditare abbondantemente questo evento e quelli prestigiosi che seguiranno.

Rosario Cavallo

Difficile non essere d'accordo; ma forse essere d'accordo non basta, o non serve. Forse occorre soltanto consapevolezza; la consapevolezza che non esiste una trasparenza possibile. Tutta l'informazione è, in maniera diretta o indiretta, condizionata: non solo, tutto il nostro modo di pensare, e di collocarsi, e di agire, è condizionato dai "maestri di pensiero", detti anche più volgarmente opinionisti, che a loro volta, sia quando sono conformisti che quando non sono conformisti, sono condizionati da una specie di pensiero collettivo, che è a sua volta condizionato dallo stato delle cose, che a sua volta è massimamente influenzato (anche negativamente, opposizionisticamente) dall'evoluzione delle conoscenze, dal progresso. Tutta la medicina (invero tutta la società) è mossa (forse da sempre, ma oggi con maggiore forza e violenza) dal danaro. Che è una forza vera, che fa procedere la ricerca, la scienza e la conoscenza, e nello stesso tempo però la corrompe.

La vergognosa propaganda, anche in alta sede politica, che si fa in questo momento in favore della vaccinazione anti-influenzale universale o quasi, prendendo come scusa perfino la, per ora inesistente, epidemia umana di influenza aviaria, non toglie i vantaggi che la vaccinazione stessa dà a chi ne ha bisogno, e nel suo insieme a tutta la società (Il nuovo Piano Nazionale dei Vaccini. Medico e Bambino 2005;24(6):371-75; <http://www.medicoebambino.com/forum/2005/pnv/index.jsp>; Vaccinazione anti-influenzale di massa in età pediatrica: sì, no, chi decide? Medico e Bambino 2005; 24(5):279-80).

Bisogna saper leggere. Per far capire, bisogna saper capire, e questo costituisce uno sforzo meritorio e continuo della buona medicina. Una sottorubrica di Digest di M&B aiuta a capire un poco di più: ma anche quell'esercizio di disvelamento della realtà ne gratta solo la superficie.

Questo non toglie la forza della Sua obiezione. Il problema del conflitto di inte-

ressi, che sottende il principio della informazione parziale e mascherata, affrontato con troppa superficialità in sede ECM, ma anche da tutto l'apparato ufficiale della informazione medica italiana, è stato discusso proprio in questa sezione di lettere, circa un anno fa, da Fabrizio Fusco (n.8/2004, pag.479). Non si tratterebbe di negare il diritto di parlare a un ricercatore che abbia lavorato o che lavori, che so io, per la Nestlé: si tratta solo di dichiararlo, e, nel caso in questione, si tratta evidentemente di una dichiarazione mancata. Probabilmente di un lapsus freudiano.

Franco Panizon

Carie e fluoroprofilassi: il dibattito non si spegne

Questa è un'ulteriore risposta alla lettera del dott. Auconi, critica nei confronti della fluoroprofilassi. Precedentemente sono state pubblicate le risposte del dott. Basso e di Medico e Bambino (2005;24(4):218-20).

Una commissione di esperti, che più avrebbero potuto avere voce in capitolo (di cui ha fatto parte la prof. L. Strohmenger, responsabile del Centro di Collaborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di comunità), si è riunita per far luce sull'argomento tanto dibattuto e per stilare delle linee guida presentate nella "Consensus Conference" di marzo 2003¹. Tuttavia, ancora la questione sembra non completamente chiara e limpida.

Nella sua lettera il dott. Auconi pone come obiezione primaria alla Consensus l'indicazione di prescrivere fluoroprofilassi sistemica senza prendere in considerazione il "tasso locale di fluorizzazione delle acque".

Due risposte: la prima è che nella maggior parte delle case degli italiani si beve quasi soltanto acqua minerale e l'acqua di rubinetto serve prevalentemente a lavare, oltre che a fare la pasta. L'apporto in fluoro che ne deriva è minimo. La seconda è che la Consensus Conference raccomanda che il pediatra si informi sulla composizione dell'acqua di rubinetto (ASL locale) sia sulla composizione dell'acqua minerale utilizzata (la FIMP ha realizzato uno splendido volantino di informazione, per tutte le Regioni e per le acque minerali).

Il secondo punto della Consensus che Auconi non condivide è l'indicazione di prescrivere, nella fascia di età compresa tra i 2 e i 4 anni, le compresse da 0,50 mg, "con l'avvertenza di usare dentifrici senza fluoro"¹.

È vero: è difficile trovare dentifrici senza fluoro, ma la mamma va istruita a utiliz-

zare, per il bambino sotto i 6 anni che riceve una fluorurazione sistemica, dentifrici a basso contenuto in fluoro (250-550 ppm). È vero infatti che il bambino sotto i 2 anni deglutisce quasi il 100% del dentifricio usato, e quello tra i 2 e i 6 anni ne deglutisce tra il 25 e il 60%. Per questo è bene comunque usare dentifrici poco dolci (come raccomanda il dott. Basso), e scegliere spazzolini dotati del cosiddetto "pea-side", spazzolini, cioè, di dimensioni diverse in relazione all'età del bambino, dotati di un gruppo di setole centrali differenziate dalle altre (diversamente colorate), dove va collocata la corretta dose di dentifricio da utilizzare. Buona norma è anche consigliare ai genitori di supervisionare il bambino durante le manovre di igiene orale fino all'età prescolare, soprattutto per evitare l'eccessiva ingestione di dentifricio.

Per quanto concerne la controversia "fluoroprofilassi topica vs sistemica", la Consensus non si schiera in modo così netto contro la fluoroprofilassi topica. Semplicemente pone molta attenzione all'associazione dentifricio-compresa al di sotto dei 4 anni, ma "oltre i 3-4 anni, anche se si utilizza un dentifricio al fluoro, i dati di deglutizione sono tali che non vi è assolutamente il rischio di sovradosaggio; il bambino, inoltre, sa sputare, annullando quindi il problema di un potenziale sovradosaggio da effetto di somministrazione multipla".

Presso il CIO (Centro di Igiene Orale) pedo-ortodontico della Clinica Odontoiatrica dell'Università Milano-Bicocca, si adotta un protocollo di fluoroprofilassi che segue le linee guida della Consensus del 2003. Come discutere l'efficacia di una fluoroprofilassi sistemica che ancora oggi l'ultima edizione della "Sacra Bibbia" della Farmacologia Internazionale, il *Goodman & Gilman* ci mostra assolutamente innegabile? (come dimostrano anche i risultati di numerose ricerche longitudinali)^{2,5}.

Anche presso il CIO della Clinica, negli ultimi anni, alla luce dei recenti dati forniti dalla letteratura, il protocollo di fluoroprofilassi standardizzato ha subito delle modificazioni, conferendo maggior spazio alla fluoroprofilassi topica. La letteratura oggi ci dimostra la superiorità dell'efficacia della fluoroprofilassi topica rispetto a quella sistemica^{2,5}. Il lavoro pubblicato dalla CDC del 2001⁷ illustra come sia importante la presenza dello ione fluoro in corrispondenza dell'interfaccia smalto-placca, a una minima concentrazione efficace (0,01-0,04 ppm), nel momento in cui lo smalto viene attaccato dalle sostanze acide prodotte dalla metabolizzazione degli zuccheri. Affinché tali condizioni vengano realizzate, la letteratura oggi ritiene sufficiente spazzolare i denti due volte al giorno con un den-

tifricio fluorato⁸. Presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università Milano-Bicocca, così come presso il Centro di Odontostomatologia della FERB (Fondazione Europea per la Ricerca Biomedica di Trescore Balneario), si adotta quindi la prassi di prescrivere una fluoroprofilassi sistemica adeguata e corretta, rispettando le indicazioni fornite dalla Consensus Conference (per non incorrere nell'errore dei Norvegesi che, interrompendo la fluoroprofilassi sistemica, hanno assistito a un lieve, ma sensibile aumento dell'incidenza di carie nei bambini di 5 anni)⁹, ma "nutrendo", con le opportune indicazioni e in relazione al rischio di carie individuale, di fluoro topico gli elementi permanenti fin dalla loro eruzione, in stretto parallelismo con i dati che la letteratura internazionale ci fornisce ogni giorno¹⁰.

Marco Baldoni, Laura Baldini,
Gianluigi Caccianiga
Clinica Odontoiatrica,
Università di Milano-Bicocca

Bibliografia

1. AA VV. Stato dell'arte sulla fluoroprofilassi, con focalizzazione sulla fluoroprofilassi sistemica. Estratto da Area Pediatrica 2003; 3-4:41-8.
2. Strohmenger L, Ferro R. Odontoiatria di Comunità. Milano: Masson 2003.
3. Falcolini G, Ferro R. Private Practice models in southern Europe: What is the Italian experience? I Congresso EADPH, Cittadella, Padova, Italy, 25-26 settembre 1998.
4. Marci F, Negri PL, Goracci G, Angelucci M. Effetto della temporanea interruzione della somministrazione di compresse fluorate: studio clinico-statistico sugli alunni delle scuole elementari di Rieti. Prevenzione Epidemiologica 1993(5):17-21.
5. Goodman & Gilman's. Fluoride. The pharmacological basis of therapeutics. Tenth Edition, chapter 62. Agents affecting calcification and bone turnover 2001:1735-36.
6. Ten Cate JM, Featherstone JDB. Physicochemical aspects of fluoride-enamel interactions. In: Fejerskov O, Ekstrand J, Burt BA (Eds). Fluoride in Dentistry. Munksgaard, 1996:252-72.
7. CDC, Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Sito internet: www.cdc.gov/mmwr-preview/mmwrhtml-rr 5014 a1.htm, 2001.
8. Block-Zupan A. Is the fluoride concentration limit of 1,500 ppm in cosmetics (EU guideline) still up-to-date? Caries Res 2001;35(1):22-5.
9. Haugejorden O, Birkeland JM. Evidence for reversal of the caries decline among Norwegian children. International Journal of Paediatric Dentistry 2002;13:306-15.
10. Ekstrand J, Fejerskov O, Silvertone LM. Fluoride in Dentistry. Munksgaard, Copenhagen, 1988.