

## Deve il medico essere infallibile?

Capita qualche volta di leggere di alcuni molto validi colleghi, soprattutto di branche chirurgiche, condannati per fatti dovuti a distrazione con conseguenze anche importanti. Mi chiedo e vi chiedo, sapendo che nessuno è infallibile, un magistrato prima di prendere una decisione si farà una domanda, e cioè: quante possibilità aveva di sbagliare malgrado la sua preparazione? Perché il medico, anche il più bravo, deve essere sempre infallibile?

Gradirei ricevere, se possibile, una risposta da un esperto, un uomo di legge.

Francesco Alibrandi, Feltre (BL)

*È così, e purtroppo non è una novità. Purtroppo, ogni cosa ha due facce. Io ricordo la pediatria del 1950, nella quale non esisteva praticamente la colpa medica. Ed è la stessa pediatria che bianchi e neri fanno in Costa d'Avorio o in Angola. È giusta? È giusta fin tanto che il medico sa di avercela messa tutta, compresi tutto il suo sapere, tutta la sua dedizione, il controllo di quanto dice il libro ed eventualmente la telefonata o il consulto al collega. È giusto perché il medico non era ossessionato dal timore della legge e spinto solo dal suo desiderio di fare il bene. Ma era davvero un desiderio saldamente radicato nel cuore di tutti? Ed era accompagnato sempre da un impegno pari al desiderio di far bene, e a una cultura sufficiente? Posso proprio rispondere di no. No per allora, in Italia, no per oggi, in Angola. E delle due ingiustizie, è peggiore l'ingiustizia più recente, quella contro il medico disattento o semplicemente in errore, oppure l'ingiustizia di una volta, quella contro tutti i pazienti, minus habentes per posizione sociale? Io devo dire che, purtroppo, è meno ingiusta la prima.*

*Anch'io ho avuto i miei problemi giudiziari, e anche i miei problemi di coscienza. Sono stato perito d'ufficio (dunque per la ricerca di giustizia) o di parte (sempre in difesa del collega), e ho visto condannare innocenti (la pena, poi, è pecuniaria, non per questo irrilevante, e a volte insostenibile), ma ho visto anche magistrati impegnati, intelligenti, comprensivi.*

*Non c'è una risposta. O solo una: il nostro è un mestiere rischioso. Nel rischio c'è anche quello di essere veramente colpevoli, e tormentati dal rimorso. Dei due rischi, quello di essere condannato e quello di essere tormentato, posso dire che oggi, che sono di buon umore, preferisco il primo.*

*È ragionevole che Lei chieda la risposta di una persona di legge, che pubblichiamo qui di seguito. Forse neanche quello potrà darLe completa soddisfazione; non esiste una legislazione specifica per la professione*

*medica, ma valgono i criteri di colpa, responsabilità e gravità che vengono indagati, perseguiti, puniti o assolti per ogni singolo atto. La sostanza è molto banale: i processi sono mentali, le condanne sono un rischio del mestiere e della vita. Meno sbagliamo, più cura e più attenzione dedichiamo al malato, e meno avremo possibilità di essere condannati. Cerchiamo di essere fedeli al nostro mestiere, più che di essere garantiti contro la legge. Almeno non ci troveremo a vergognarci di noi e ad avere i rimorsi, che sono le vere sconfitte della vita.*

F.P.

*È vero quanto scrive il prof. Panizon: non esistono disposizioni di legge specifiche regolanti la responsabilità del medico.*

*Nel nostro ordinamento giuridico la responsabilità penale e civile (i principi del codice penale si applicano anche alla responsabilità civile, a differenza di quanto avviene, ad esempio, nel diritto anglosassone) per il medico, come per tutti, è data dal nesso causale, oggettivo e soggettivo, tra l'azione o l'omissione e l'evento.*

*In altre parole - e focalizzando il discorso sul medico - vi è responsabilità quanto l'evento (lesione o morte) è conseguenza della sua azione o omissione e si verifica per dolo o colpa. Questi costituiscono l'elemento soggettivo, e si realizzano il primo nella volontà dell'evento e la seconda quando l'evento (non voluto) è frutto di "imprudenza o negligenza o imperizia (colpa c.d. generica), ovvero inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline" (colpa c.d. specifica): art. 43 C.P.*

*Basta scorrere una qualunque rassegna di giurisprudenza (specie di merito) per renderci conto che la casistica di ipotesi per colpa (nelle sue varie forme) è così varia e così ampia che il solo tentativo di una sinossi esemplificativa ci porterebbe via troppo spazio: diremo, quindi, che le ipotesi vanno dal caso in cui le conoscenze acquisite ufficialmente dalla scienza medica non costituiscono il necessario corredo culturale e professionale del medico del settore, al caso di una mera distrazione (cui accenna il dott. Alibrandi).*

*Va detto, per la verità, che la giurisprudenza (soprattutto civile) spesso ha fatto distinzione - specie sotto il profilo della prova della responsabilità - tra l'intervento medico di facile ovvero di difficile esecuzione. Quest'ultimo - l'intervento di difficile esecuzione - richiede notevole abilità, presuppone la soluzione di problemi tecnici nuovi o di speciali complessità e comporta un largo margine di rischio. In tal caso il medico ha l'onere di provare soltanto la natura complessa dell'operazione, mentre il paziente ha l'onere di provare (oltre il danno) quali siano state le*

*modalità di esecuzione ritenute inidonee. Invece, in caso di intervento di facile esecuzione o di routine, il paziente dovrà dimostrare la natura dell'intervento e il medico che l'insuccesso non è ascrivibile alla propria negligenza o imperizia, ma ad altri fattori interagenti.*

*Taluni, dalle considerazioni che precedono (intervento facile o difficile), sostengono - sotto il profilo civilistico - che si debba distinguere tra la responsabilità per colpa "lieve" e quella per colpa "grave" (richiamata dall'art. 2236 C.C.), che si riscontra nell'errore inescusabile, originato dalla mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione. Per inciso si osserva che altri negano, in particolare nel campo penale, la stessa possibilità di configurazione di una colpa grave o lieve.*

*In definitiva, tenendo presente il principio (art. 40 C.P.) secondo il quale non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo, si può dire che si ha la responsabilità del medico "quando l'evento è conseguenza della sua azione o omissione colposa". Ciò in linea di principio; ma quando, e con quali criteri può dirsi in concreto che c'è un nesso causale tra l'evento e l'azione o omissione colposa del medico? Certo, il medico non può essere considerato "legibus solutus", e viceversa non può e non è tenuto a guarire tutti e tutto! Quale quindi il criterio?*

*La giurisprudenza anche della Cassazione, formatasi a partire degli anni Ottanta, si fondava su criteri probabilistici. Vale a dire la responsabilità del medico sussisteva ogni qualvolta il medico non riusciva nell'intento terapeutico, malgrado ci fossero (per quelle ipotesi) serie e apprezzabili probabilità di successo, anche se limitate e con ridotti coefficienti di probabilità, talora indicati in misura addirittura inferiore al 50%. Sembra che si possa sottintendere una sorta di ragionamento sillogistico: dalla casistica si desume che l'ammalato può guarire... l'ammalato non è guarito... ergo vi è la responsabilità del curante.*

*Questo era l'orientamento della giurisprudenza tradizionale e prevalente. Altre sentenze (orientamento più recente ma minoritario) richiedevano, invece, per configurare la responsabilità, la prova che il comportamento terapeutico alternativo che il medico avrebbe potuto tentare, avrebbe impedito l'evento, con un elevato grado di probabilità "prossimo alla certezza". Recentemente le Sezioni Unite Penali della Cassazione (massimo organo giurisprudenziale, chiamata ad es. a risolvere i conflitti giurisprudenziali) nella sentenza dd. 10/7-11/9/02 n. 30328, hanno un po' temperato l'orientamento tradizionale e maggioritario, affermando quanto di seguito si trascrive: «Il nesso causale può essere ravvisato quan-*

do, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica - si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva».

Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica". L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio.

In estrema sintesi ci sembra che, ora, per poter aversi la responsabilità del medico sia richiesta la prova che la sua condotta (vuoi per imprudenza ad es. nelle prescrizioni terapeutiche, vuoi per negligenza o anche semplice intemperatività nell'agire, vuoi per imperizia ad es. rispetto alle opzioni previste dalla scienza medica, ovvero per qualsiasi altra inadempienza e/o mancanza accertata in fatto) abbia avuto, con alto grado di credibilità razionale o probabilità logica, una reale efficacia condizionante l'evento, rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dello stesso (evento).

Avv. Paolo Longo

## Kawasaki, lectina legante il mannosio e altro

Grazie del vostro bel periodico, che mi ha molto aiutato quando ero giovane e continua a essermi essenziale ora che sono vecchio. Il n. 5/2003 mi ha lasciato dei quesiti che ora vi sottopongo:

1. Esiste in Italia la possibilità di dosare la lectina legante il mannosio e l'N-acetilglucosamina (MBL); e la Calgranulina-C (SIOOAI12) e il Receptor for advanced glycation e product (RAGE). La cosa avrebbe un risvolto pratico, perché ho in cura un

Kawasaki, quasi guarito, figlio di un sud africano bianco; e la zia paterna del bambino è stata ammalata di Kawasaki.

2. A proposito di Immune Dysregulation Polyendocrinopathy, Enteropathy, X linked (IPEX) e della terapia praticata al "mitico" Lorenzo, di cui parla il Focus (Ventura A, et al.), mi piacerebbe conoscere: a) come è stata condotta la terapia immunosoppressiva "aggressiva" nei primi anni di vita; b) cosa è il tacrolimus; c) a quale età, con quale accesso e per quanto tempo è stata praticata l'alimentazione parenterale, totale o parziale.

Fulvio Piria, Caronno Pertusella (VA)

Cerchiamo di rispondere nei limiti delle nostre conoscenze:

1. Possibilità di dosare la MBL e la SIOOAI12 e il RAGE. Non sappiamo se ci siano servizi che fanno questi esami. Il laboratorio della Clinica Pediatrica di Trieste conduce, a scopo di ricerca, lo studio dei principali polimorfismi di MBL e il dosaggio della proteina, e certamente anche altri laboratori sono in grado di farlo. Non è però chiaro quale sia il possibile risvolto pratico, se non teorico-conoscitivo.

2. IPEX. La terapia di Lorenzo non è stata di per sé particolarmente aggressiva, nel primo anno, quanto tempestiva, nel senso che una nutrizione parenterale totale è stata cominciata precocemente. Nel secondo mese è stato trattato con immunoglobuline intravena (20 g in tutto), prednisone, antistaminici, azitromicina (50 mg/die x 3 giorni), flucanazolo (15 mg), dieta (Nutrinaut 15%). A 9 mesi è stata iniziata terapia con ciclosporina fino a 75 mg x 2 al dì + 1 mg/kg di steroide aumentato a 2 o più mg/kg in situazioni di necessità.

Il tacrolimus, così come il sirolimus, sono farmaci che hanno circa lo stesso meccanismo di azione della ciclosporina, cioè che agiscono in modo abbastanza selettivo sui meccanismi di attivazione dei linfociti T, ma che individualmente possono essere più efficaci e/o meno tossici.

Alberto Tommasini

## Le cure termali

Chiedo lumi circa le indicazioni, se ce ne sono, delle "cure termali" (inalazioni, insufflazioni-Politzer, polverizzazioni ecc.); fra le indicazioni che vedo scritte dagli specialisti ORL ho riscontrato rinite crostosa, ipertrofia adenoidea di origine allergica, e altre... (leggende?), quali il presunto aggravamento della "marcia allergica" in bambini con test allergologici positivi, nel momento in cui vengano loro tolte le adenoidi o le tonsille; chiedo se esiste letteratura in

merito alle suddette terapie (e alle diagnosi connesse), o comunque pareri autorevoli, magari anche di colleghi ORL, per cercare di ottenere una visione poco condizionata dall'appartenenza a una o all'altra "parrocchia" (Pediatria - Otorinolaringoiatria).

Alberto Neri, Pediatra di libera scelta via e-mail

La domanda è più che legittima, e la Rivista dovrebbe essere in grado di dare una risposta esauriente ai suoi lettori. Tuttavia, qui e ora, non siamo in grado di darla, tra tutti noi, abitanti di una clinica in cui ci si vanta di un approccio generalistico e conduttori di una Rivista che ancora di più si considera una Rivista di pediatria ambulatoriale attenta soprattutto alle cose concrete.

Se è così, anche questo vorrà dire qualcosa. Che, a mio modesto avviso è molto semplice: non può essere che l'argomento sia veramente importante. È probabile che la terapia termale faccia bene, peraltro su malattie irrilevanti e mai in maniera radicale, per la sua stessa natura di rimedio palliativo. Non vorremmo parlare male dell'otorinolaringoiatria: ma in tanti decenni, non sappiamo ancora se la tonsillectomia faccia bene, e quanto e a chi. Anzi, solo negli ultimissimi anni possiamo dare delle risposte quasi certe: ai bambini con apnee notturne, ai bambini con timpanostomia faccia bene e quanto e a chi. Anzi, solo negli ultimissimi anni ci sembra di poter dire che non fa bene quasi a nessuno. E gli immunostimolanti nelle IRR? E gli antibiotici nell'OMA? E il cortisone nell'OME? Beh, mi pare che siamo in quell'ordine di incertezze. Incertezze che ci lasciano dormire.

È una risposta un po' ignorante e un po' arrogante, ma è la nostra unica risposta sincera, qui e ora. Prenderemo, come Rivista, doverosamente a cuore la sua domanda e cercheremo di darle una risposta migliore: una risposta da Cochrane. Promesso.

F.P.

## Pediatrati e neuropsichiatri

Il lavoro di collaborazione tra il pediatra di famiglia (PdF) e il neuropsichiatra infantile (NPI) è diventato una "strada obbligata" per diversi motivi.

1. L'attività in rete tra pediatra e neuropsichiatra infantile costituisce il giusto presupposto per una presa in carico sistemica del bambino.

2. La patologia psichiatrica si ripercuote nella vita personale, familiare, scolastica e sociale del bambino, per cui diventa necessario il coinvolgimento di diverse professionalità, fra le quali anche quella del PdF.

3. La diagnosi precoce è necessaria per il lavoro riabilitativo precoce, significativo per una modifica dello sviluppo del bambino psichiatrico.

4. Il NPI, per un corretto inquadramento diagnostico, necessita di informazioni che il PdF può fornire già in una fase precoce del disturbo psichiatrico.

Partendo da questi presupposti, la Divisione Studi e Ricerche (DI.STU.RI) della FIMP di Palermo, in collaborazione con l'Ambulatorio per l'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (che opera all'interno del P.O. Aiuto Materno-AUSL 6 di Palermo in interdisciplinarietà con la U.O. di Gastroenterologia Pediatrica), ha avviato un'indagine sul territorio con lo scopo di individuare precocemente i bambini con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS) che, secondo le ultime stime, hanno una prevalenza dell'1% nella popolazione generale. Hanno aderito all'iniziativa 63 pediatri di famiglia di Palermo e provincia. Nel corso del primo incontro si è concordato l'uso (da parte dei genitori e dei PdF) della CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers di Baron Cohen*), finalizzata all'individuazione del rischio di DPS in bambini tra 18 e 36 mesi. I bambini a rischio sono inviati all'Ambulatorio specialistico dove vengono individuati per tipologia funzionale e avviati al protocollo diagnostico completo. Il protocollo comprende:

1. Profilo clinico funzionale: vengono individuati i bambini con DPS e i bambini con disturbi del linguaggio che, all'esordio, hanno dei punti di contatto con i DPS;
2. Esami ematochimici diagnostici: indagini sulla base dell'anamnesi familiare e screening per malattia celiaca, patologia autoanticorpale ed endocrinologica;
3. Indagini neurofisiopatologiche e neuro-radiologiche;
4. Valutazioni genetiche.

I dati preliminari relativi ai primi sei mesi dello screening sono i seguenti. Sono pervenuti al Servizio del PO 64 bambini a rischio di DPS distinguibili, sulla base del fenotipo funzionale, in: 6 bambini con notevole instabilità attentiva e psicomotoria e ritardo del linguaggio; 27 bambini con ritardo di emergenza del linguaggio; 4 bambini con disturbo fonologico del linguaggio; 13 bambini con disturbo specifico del linguaggio (sfera della decodifica ed espressiva); 14 bambini con DPS. Tutti i bambini sono stati inseriti in trattamento riabilitativo precoce, diversamente intensivo, sulla base della tipologia del profilo di base, ovvero in follow-up per la rivalutazione periodica. Prescindendo dalla esiguità del numero di CHAT pervenute, i dati preliminari di questo studio sottolineano che:

1. Il PdF può dare un contributo significativo alla diagnostica precoce dei DPS. Il

trattamento riabilitativo precoce e intensivo per i DPS ha un suo razionale rispetto alle significative modificazioni del quadro clinico che esso può produrre in relazione alla plasticità cerebrale, propria di questa epoca precoce di vita;

2. La precoce individuazione dei disturbi del linguaggio costituisce anch'esso strumento di prevenzione dei disturbi specifici dell'apprendimento.

Angelo Spataro, Giovanna Gambino,  
Pietro Di Stefano, Palermo

*"Medico e Bambino" è particolarmente interessato all'apertura culturale, e nei fatti, della pediatria verso la pedo-psichiatria e viceversa. L'anno scorso "Medico e Bambino" ha cooptato il congresso dell'ACP laziale e umbra dal titolo "Neuropsichiatria quotidiana per il pediatra di famiglia", che quest'anno avrà la sua seconda edizione a Spoleto il 22-23 maggio. Uno dei temi sarà l'autismo, e saremo felici di ospitare e ascoltare l'esperienza siciliana, oltre che di pubblicarla sulla Rivista.*

F.P.

### Il pediatra come ammortizzatore sociale (replica)

Mi scuso se ritorno sull'argomento della mia precedente lettera (che riguardava il ruolo di ammortizzatore sociale del pediatra e del fatto che lo si deve tenere in considerazione al momento della stipulazione del contratto sindacale), ma la sua risposta mi obbliga a un chiarimento.

Non volevo certo offendere la categoria dei "nonni", ho solo voluto osservare che nella mia esperienza, i nonni di oggi, pur mettendo a disposizione più tempo e spazio per i loro nipoti, risultano meno rassicuranti di una volta. Mi permetto poi di esprimere un pizzico d'invidia nel suo essere nonno, onore e gioia che a me ancora mancano. Anch'io però mi sento ferito nell'onore, quando interpreta in maniera riduttiva la mia sottolineatura sindacale e mi spiego meglio.

Vogliamo un pediatra di base che si occupi sempre di più di tanti aspetti tecnico-burocratici e di premiare di più le prestazioni quantitative (del genere più fai e più ti pago); oppure puntiamo su un pediatra che valorizzi maggiormente il rapporto col paziente, che si fermi ad ascoltarlo, che sappia essere punto di riferimento per il bambino e per i suoi genitori nel cammino verso uno sviluppo psico-fisico equilibrato. Questo modo di operare costa molto tempo e per noi pediatri di famiglia il tempo è

tiranno, per cui deve essere chiaro a tutti come si vuole meglio impegnare questo tempo lavorativo.

Per cui ritengo non solo onorevole ma anche necessario in una nostra trattativa sindacale sottolineare alla controparte politica l'importanza ed il valore di essere "ammortizzatori sociali". Non per ottenere più soldi ma per lavorare meglio.

Maurizio Olivieri  
Castel Goffredo (Mantova)

### Le vaccinazioni dell'adolescente

Ho letto l'articolo di Gianni Bona "Le vaccinazioni nell'adolescente" (*Medico e Bambino* 10/2003), concordando pienamente con il positivo giudizio redazionale sull'analisi fatta dall'Autore.

Con particolare interesse sono venuto a conoscenza del nuovo vaccino combinato difterite-tetano-pertosse acellulare di tipo adulto, contenente una dose ridotta non solo di tossina difterica ma anche di antigene pertossico, e mi chiedo se non possa essere consigliato non solo per il periodo adolescenziale, ma anche e soprattutto per la dose di richiamo del 5-6° anno, per risolvere così, e nel modo forse più corretto, la questione relativa all'età più opportuna per passare alle dosi ridotte degli antigeni anti-difterite e antipertosse.

Una sola osservazione mi sembra giusto sollevare, che non riguarda d'altronde il contenuto dell'articolo quanto il contenuto della Tabella I, inserita per indicare il calendario vaccinale raccomandato in Italia, in base al DM del 7 aprile 1999, integrato nell'agosto 2002 per l'IPV. Allargando il discorso al problema più generale delle vaccinazioni di base, ritengo che sarebbe quanto mai opportuno fare sempre riferimento alla Tabella annessa al DM, corretta solo per le ultime due dosi di IPV: non c'è alcun dubbio, ed è stato ribadito dalle più autorevoli fonti, che si sbaglia a indicare l'età di 3, 5, 11 mesi per i primi vaccini, mentre nel Decreto si precisa testualmente che «la 1° dose va somministrata nel 3° mese (a compimento dell'ottava settimana)», e così per le dosi successive; e rappresenta imprecisione indicare l'età di 15 mesi per la prima dose di vaccino MMPR, quando la Tabella annessa al Decreto indica accettabile per il periodo compreso tra il 12° e il 15° mese, che è un periodo di tempo di 120 giorni.

Resta pertanto incomprensibile che nei vari Calendari in circolazione, che meriterebbero quanto meno la stessa attenzione dei più celebrati calendari delle dive dello spettacolo, venga perpetuato il frequente

errore consistente nel confondere i numeri ordinali con quelli cardinali, che nel caso delle vaccinazioni non giova certo ad assicurare uniformità e chiarezza alla strategia di immunizzazione, così come da ogni parte è giustamente auspicato.

Ilario Attisani, Locri (RC)

## Carità; ovvero, cari amici non andate in Africa!

Nel suo Editoriale di gennaio su *Medico e Bambino*, a commento del mio articolo su cause e rimedi della mortalità infantile, Franco Panizon, dopo aver concluso che il mondo è cattivo e immodificabile, indica la sola strada praticabile, quella della carità, anzi del gesto di carità. Per il suo valore intrinseco e, mi permetto di interpretare, per il suo valore estrinseco di messaggio di pace e solidarietà. Anche su questo mi è difficile non dargli ragione, ma nello stesso tempo sento la necessità di introdurre dei caveat, anche perché, se possiamo assumerci a cuor leggero la responsabilità verso noi stessi, quella nei confronti degli altri, soprattutto se i più derelitti, richiede maggiore attenzione.

In primo luogo, il gesto più disinteressato e ben intenzionato non è immune dal provocare danni. I danni diretti e immediati, quelli provocati da un medico che non opera appropriatamente, non dovrebbero sfuggire a una persona attenta e consapevole. Quelli indiretti, spesso più gravi e duraturi, richiedono un po' di esperienza e uno sguardo al contesto più ampio in cui si opera.

Ad esempio, l'intervento nell'ambito del quale si opera potrebbe non corrispondere alla priorità in quella particolare situazione, e quindi di fatto comportare una distorsione nell'uso delle risorse. Un tipico corollario è quello di indurre personale locale ad abbandonare il suo impiego corrente per accettare la migliore offerta del donatore. Oppure, si possono creare aspettative che poi non vengono mantenute, o ancora creare tensioni (che magari non percepiamo) tra i locali dovute alla nostra presenza.

In sostanza, anche quello che a noi sembra un gesto utile e di carità non sempre risulta tale o viene percepito come tale. In fondo, l'esempio citato nell'Editoriale della esportazione della democrazia è appropriato: c'è sempre dell'arroganza nel voler aiutare gli altri, a modo nostro e anche quando non ce lo chiedono. Occorre essere consapevoli che in molti casi quella che si fa è soprattutto carità verso noi stessi, che così operando ci sentiamo meno miserabili. Ma allora non sarebbe male

chiedersi se le risorse finanziarie e personali spese in qualche impresa, soprattutto se breve e quindi più soggetta a un rischio-beneficio sfavorevole, non sarebbero meglio utilizzate finanziando direttamente le attività locali (microcredito, adozioni a distanza ecc.), e contribuendo qui da noi a creare consapevolezza e magari a influire sulle politiche internazionali del nostro governo nazionale.

Ho tanti amici che con generosità si lanciano in attività di cooperazione e solidarietà, e molte volte mi è capitato di vedere interventi discutibili, pressoché inutili, o anche dannosi nel contesto più ampio. E purtroppo succede che chi li propone e li agisce non si sente in dovere di confrontarsi, cercare un riscontro o valutazione esterna, coordinarsi con chi già ha esperienza. Mi viene da concludere: cari amici pediatri, non andate in Africa (Africa come realtà e come metafora del massimo bisogno)! Oppure, se lo fate, studiate, cercate la critica, cercate gli strumenti adatti, non siate autoreferenziali. Siate, dunque, caritatevoli.

Giorgio Tamburlini

*Le cose che dice Giorgio Tamburlini sono tutte vere. Vero è soprattutto che, come per il proprio figlio, si deve conservare la fiducia che ogni popolo, anche attraverso sofferenze, ingiustizie e sopraffazioni interne, trovi da sé (solo da sé) la propria maturità. Ma la presenza dell'Occidente in quei Paesi c'è, ed è una presenza brutale, di ruberie, di sopraffazione, di sostegno all'ingiustizia. Questo ci giustifica, anzi, ci obbliga moralmente, a una presenza gentile.*

*Il microcredito e l'adozione a distanza sono già presenze gentili e discrete e organizzate e potenzialmente efficaci, e sono quello che la maggioranza delle persone di buona volontà potrebbe/dovrebbe fare. Ma la presenza personale, la presenza per sentire/soffrire/capire, la presenza per testimoniare, sono anche quelle necessarie. Sono necessarie anche per portare qualcosa del nostro mondo, che ha altrettanto bisogno di solidarietà e di buona volontà.*

*A mio avviso le cose non sono separabili. Che ci voglia cautela, discrezione, rispetto, non improvvisazione (ma la milizia all'interno di organizzazioni stabili rappresenta un antidoto, seppur imperfetto, a queste ingenuità) è una condizione necessaria.*

F.P.

## L'allergia dei capelli

Si può fare diagnosi di allergia alimentare esaminando i capelli di un soggetto?

Le mie conoscenze scientifiche dicono di no. E invece nella mia città, in una erboristeria, viene raccolto il suddetto materiale organico che, inviato in Inghilterra (?!), sarebbe sottoposto a uno speciale test che dopo circa due mesi e con la spesa di circa duecento euro fornirebbe la diagnosi che specificerebbe perfino a quali trofoallergeni il paziente è allergico. Per me è una truffa. Voi, che ne pensate?

Piero Cappelletti, Rimini

*Questo test per l'allergia alimentare fatto su campione di capelli (tricotest) non è nuovo, se ne parla già da diversi anni. Il test consiste in un esame del capello con uno spettrofotometro ad assorbimento atomico, apparecchiatura piuttosto costosa ma che certamente è disponibile anche in Italia. È un esame mineralometrico; null'altro si può dosare se non frazioni anche infinitesimali di elementi di ogni tipo, purché inorganici.*

*L'applicazione in "medicina non convenzionale" prende lo spunto dall'idea che nel capello si depositino, così come in ogni tessuto dell'organismo, forse in maniera più stabile, tracce di vari elementi minerali più o meno tossici (molibdeno, cadmio, piombo, antimonio, selenio ma anche calcio, rame ecc.) ritenuti (arbitrariamente) responsabili delle più varie patologie: allergie, cefalea, insonnia, deficit di concentrazione ecc.*

*A titolo di curiosità, un'altra modalità dell'esame del capello prevede lo studio delle variazioni della frequenza di oscillazione di un pendolo posto sopra i capelli. Fa parte di una serie di altri test "magici", di cui purtroppo l'allergologia è piena, che non hanno mai ricevuto alcuna validazione scientifica. Alcuni anni fa sono stati pubblicati i risultati di una ricerca che ha messo a disposizione di alcuni laboratori attrezzati per questo test i capelli di allergici al pesce (cl clinicamente ben documentati) e di controlli senza allergie.*

*Nessun laboratorio ha individuato l'allergia al pesce mentre, senza distinzioni tra casi e controlli, sono state segnalate varie "ipotetiche" allergie alimentari di cui i soggetti studiati erano assolutamente all'oscuro. E, per finire, i risultati di un singolo individuo non erano simili da un laboratorio all'altro (Sethi TJ, Lessof MH, et al. Lancet 1987;10(1):92-4).*

*Per finire di rispondere al collega agguinderei anche che, a mio parere, l'aver mandato il campione di capelli (sarà poi vero) in Inghilterra, come probabilmente l'aver fatto attendere un così lungo tempo per il responso, è probabilmente servito per farne lievitare il costo.*

Giorgio Longo