

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.



IL GRAFFIO

Ho ancora nel cuore la rabbia per la vicenda del vaccino anti-Rotavirus: un vaccino efficace, di alta complessità tecnologica, il cui sviluppo si è giovato in maniera sostanziale, alla fine degli anni '90, degli investimenti dedicati ai Paesi poveri ma che, per costo, numero di dosi necessarie e difficoltà nella distribuzione (catena del freddo), ha potuto poi trovare applicazione solo nei Paesi industrializzati (dove certamente non rappresenta una priorità). Una vera storia di "Zorro alla rovescia": rubo ai poveri per dare ai ricchi. Eppure la vaccinazione anti-Rotavirus non è bastata a rassicurare gli Americani e a saziare la sete di guadagno dei produttori di vaccini. Le gastroenteriti, ci viene detto ora da uno studio pubblicato sul NEJM, ci sono ancora. E c'è un nuovo nemico: il Norovirus. È contro questo virus che adesso bisogna impegnarsi a produrre un nuovo

vaccino! Mi sconcerta quanto possa essere fuorviante (e anche pericoloso: pensate a quanto è successo col vaccino anti-pneumococcico) l'investimento, eccessivo e ostentato, nelle vaccinazioni quando poco o nulla si investe su determinanti ben più importanti della salute: come la scolarizzazione, i diritti civili e più in generale la cultura. Stesso discorso potrebbe essere fatto per il possesso di armi e la sicurezza dei cittadini davanti all'evidenza che il popolo "più armato del mondo" è quello che ha pianto, in soli sei mesi, centinaia di morti per strage da arma da fuoco, in una delle quali, quella di Newtown, le vittime sono stati proprio i bambini. Vaccini e pistole fanno la ricchezza di chi li produce ma non è detto che siano, sempre e comunque, lo strumento più efficace per darci più salute e più sicurezza.

Alessandro Ventura

Obesità e falsi miti

Sono rimasto a dir poco stupito, per non dire disilluso, dall'entusiasmo mostrato da *Medico e Bambino* per un articolo del *New England Journal of Medicine (NEJM)* su obesità e falsi miti¹, cui ha dedicato ben tre pezzi, tutti acriticamente positivi, sul numero 2/2013: un editoriale, un graffio e un riassunto corredato dalla traduzione in italiano delle tre tabelle dell'originale. Forse il comitato di redazione si è lasciato ingannare da un *false friend*. Il *NEJM*, infatti, include l'articolo nel suo numero di gennaio 2013 come *special*. "Special" in inglese vuol dire speciale nel senso di straordinario; ma vuol dire anche speciale come quando una rivista include un inserto; speciale, anche in italiano, ma non necessariamente straordinario. Anzi, gli inserti speciali a volte si buttano direttamente nell'immondezzaio. Come è ormai evidente, io non condivido l'entusiasmo di *M&B*; al contrario, penso che si tratti di un brutto articolo, forse addirittura da immondezzaio. Come me la pensano molti degli Autori dei commenti apparsi sul sito del *NEJM* subito dopo la pubblicazione dello *Special Article*². Ecco le critiche che muovo all'articolo:

1. Quando si legge un articolo scientifico, la prima cosa che si cerca è l'obiettivo. A volte si può decidere di non leggere nemmeno l'articolo, se l'obiettivo è strampalato. In questo caso non c'è nemmeno un obiettivo. Ma alla fine del-

l'introduzione gli Autori scrivono: "in questa discussione, concludiamo in generale che un enunciato è dimostrato essere vero solo quando è sostenuto da studi randomizzati (RCT) che lo confermano". Un brutto inizio. Chiunque si occupi di obesità e non la guardi solo con gli occhi del clinico sa che le dimostrazioni derivanti da RCT valgono poco. Basta dare un'occhiata ai documenti, vecchi ormai di sei anni, pubblicati online dal progetto britannico *Foresight* per capirlo³. In particolare, consiglio di dare un'occhiata alla Figura 2.2 a pagina 13 del documento *Tackling obesity* (notare il plurale), liberamente scaricabile da web⁴; come si fa a pensare che basti affidarsi agli RCT per sbrogliare quella matassa? Si possono sottoporre a RCT leggi, politiche, marketing, cultura del cibo, architettura urbana, regolazione del traffico? E mi fermo qui per non annoiare il lettore. Pensare che solo gli RCT offrano una risposta è illusorio. E infatti le tre tabelle dell'articolo, con l'eccezione di un accenno a parchi e marciapiedi, includono solo *counseling* individuale e un po' di clinica.

2. La seconda cosa che si cerca sono i metodi, ma anche questi mancano. Gli Autori citano pochi RCT, molti altri li mettono in appendice. Ma non dicono se la loro ricerca è stata sistematica, in tutte le lingue e per coprire un periodo sufficientemente lungo. Non dicono come hanno selezionato gli RCT, se ne han-

no pesato la numerosità e la qualità. Non dicono se e come hanno estratto i dati, se hanno fatto una meta-analisi, se si sono basati solo sulle conclusioni degli Autori degli RCT o di qualche revisione sistematica. Sembra di capire che il tutto sia viziato da un alto grado di soggettività, e sicuramente non vi è trasparenza.

3. Stupisce anche la facilità con cui gli Autori spaziano tra tutte le età e le classi sociali, tra tutti i tipi di dieta e di attività fisica, tra la genetica e l'educazione, navigando tra allattamento, parchi e marciapiedi. Avendo poche competenze e sapendo quanto è difficile acquisirle, sono sempre sorpreso, e diffidente, quando vedo ricercatori muoversi tranquillamente tra argomenti così diversi. Il rischio è non capirne la profondità o quei dettagli che a volte sono importanti per trarre conclusioni sensate. Prendiamo l'allattamento, di cui so qualcosa. Nel breve paragrafo che vi dedicano, dopo aver omesso il fatto che è difficile sottoporre la fisiologia a RCT, gli Autori dell'articolo inanellano inesattezze. Scrivono che l'OMS "ha trovato chiare evidenze di *publication bias* nella letteratura che ha sintetizzato". Ma se uno va a leggere l'originale, trova un'affermazione contraria⁵. Scrivono che un RCT che "ha coinvolto più di 13.000 bambini seguiti per più di 6 anni non ha fornito prove convincenti di un effetto dell'allattamento sull'obesità", ma in-

nanzitutto sbagliano la referenza⁶, quella giusta essendo un'altra⁷, e soprattutto: a) non scrivono che quello studio non era un RCT sull'allattamento, ma su un intervento mirante a migliorare i tassi di allattamento⁸, e b) non scrivono che è stato criticato perché non c'era un gruppo di controllo di bambini non allattati, oltre che per altri problemi^{8,9}. E poi finiscono, a mo' di conclusione, citando un'opinione¹⁰: alla faccia dell'impegno di affidarsi solo agli RCT! Se questo è il livello di inaccuratezza per il tema che conosco, mi è lecito sospettare che lo stesso valga per gli altri temi.

4. E infine ci sono i conflitti d'interesse, quelli scritti in lettere minute, ma che dovremmo proporre di stampare a caratteri cubitali, come il "nuoce gravemente alla salute" dei pacchetti di sigarette. La lista è lunga: Kraft, McDonald, CocaCola, PepsiCo, Red Bull, Wrigley, Mars e molte altre ditte che non conosco, ma sono sicuramente interessate al tema. Vi sono produttori e consorzi di cereali, farine, zucchero, latticini e birra. Non mancano le ditte dei lattini, né le multinazionali dei farmaci. Ci sono anche fornitori di attrezzature per il fitness. Alcuni Autori detengono brevetti e azioni, altri sono consulenti di compagnie di assicurazione per la salute. Difficile pensare che quanto scritto da questi Autori sia totalmente indipendente da interessi commerciali. E infatti l'unico accenno che fanno al marketing si trova alla fine del secondo paragrafo a pagina 447 e serve per difendere l'attuale sistema USA di autorizzazione dei *claims* commerciali. Non sia mai che qualcuno pensi di renderlo più rigoroso ai danni dell'industria!

Come ha fatto *M&B* a cascarci? A parziale giustificazione c'è il fatto che si sono fatti ingannare in molti. Basta un *Google* con i termini "obesità falsi miti" per fare la conta¹¹: Fondazione Veronesi, il blog di Nino Cartabellotta, lo Spallanzani, Scienza Panorama, e mi fermo qui che tanto potete controllare voi stessi. E vi lascio immaginare la lista se fate lo stesso *Google* in inglese. Viene il sospetto che lo *Special Article* non sia uno *special article* ma un'operazione ben camuffata di *public relations* (PR), nella quale forse è cascato anche il *NEJM* (sperando non fosse connivente). Uno dei padri delle PR, tale Edward Bernays, diceva che le migliori PR sono quelle che non lasciano impronte digitali¹². Gli Autori dello *special article* di impronte digitali ne hanno lasciate tante. Evidentemente siamo tutti talmente assuefatti che non le vediamo, pur essendo in possesso delle lenti per vederle.

Bibliografia

1. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, et al. Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med* 2013;368:446-54.
2. www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsal208051#t=comments.
3. www.bis.gov.uk/foresight/our-work/projects/published-projects/tackling-obesities.
4. Foresight. Tackling obesity: future choices. Government Office for Science, 2010. www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/12-1210-tackling-obesity-mid-term-review.pdf.
5. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.
6. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics* 2008;121:e435-e440.
7. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007;86:1717-21.
8. Buyken AE, Karaolis-Dankert N, Günther A, Kersting M. Effects of breastfeeding on health outcomes in childhood: beyond dose-response relations. *Am J Clin Nutr* 2008;87:1965-6.
9. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact* 2012;28:335-42.
10. Gillman MW. Breastfeeding and obesity: the 2011 scorecard. *Int J Epidemiol* 2011;40: 681-4.
11. <https://www.google.it/search?q=obesity%3C%3A0+falsi+miti&aq=f&oeq=obesity%3C%3A0+falsi+miti&aqs=chrome.69j62.8587&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
12. Brandt AM. Inventing conflicts of interest: a history of tobacco industry tactics. *Am J Public Health* 2012;102:63-71.

Adriano Cattaneo
IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo"
Trieste

A cadere in questa trappola, come ci dice il dottor Cattaneo, pare che siano stati davvero in tanti se andiamo a guardare il numero enorme di siti, riviste e quanto altro che nel mondo (e anche in Italia) hanno ripreso i contenuti dell'articolo pubblicato sul NEJM. Con una puntuale disamina, di cui lo ringraziamo, Cattaneo, ricordandoci anche che la ricerca citata è viziata da conflitti di interesse, ci dice che l'articolo speciale pubblicato è fatto male, a partire dagli obiettivi, per arrivare poi ai metodi, e di conseguenza alle conclusioni che, dice sempre Cattaneo, probabilmente non sono giustificate.

Medico e Bambino ha ritenuto di dare ampio spazio ai risultati di questo lavoro proprio perché, nel corso degli anni, ha dedicato al problema dell'obesità del bambino una attenzione rilevante (digitando nel sito di Medico e Bambino la parola obesità vengono fuori 92 risultati) e crediamo, rivedendo questi lavori, di aver contribuito all'evol-

versi del pensiero, sia culturale che metodologico, sul tema dell'obesità. Tema che è sempre stato complesso e controverso, e non facilmente affrontabile. Da questo punto di vista siamo noi per primi consapevoli che gli RCT non possono essere l'unico approccio possibile nella ricerca sull'obesità.

Nell'editoriale che ha accompagnato la sintesi dei risultati del NEJM (ma anche nelle tante lettere e articoli pubblicati nel corso di questi anni) abbiamo scritto che "l'obesità infantile deve essere prevenuta, in primis, nei primi mesi/anni di vita (riducendo l'introito calorico, soprattutto proteico), e poi ancora anticipata e curata attraverso un approccio a lungo termine che deve vedere la famiglia coinvolta, adeguatamente informata (come si fa per il diabete) e motivata. Ben consapevoli che siamo tuttavia ancora molto spesso nell'ambito delle lodevoli esperienze e di pochi studi, di incerta efficacia, come peraltro evidenziato dai risultati di una recente review", pubblicata proprio dal gruppo del dottor Cattaneo, basata, tra l'altro, anche sui risultati degli RCT.

Una prospettiva quindi, la nostra, molto pragmatica, che va oltre gli incerti risultati degli RCT, che tiene conto dei tanti fallimenti quotidiani nella cura dell'obesità, basati su singoli interventi puntuali ma effimeri, su campagne pubblicitarie di dubbia efficacia e su rilevazioni epidemiologiche di incerto significato. Da qualcosa bisognerà partire (o continuare a lavorare) e in questo senso restiamo convinti che l'articolo del NEJM, con i suoi limiti, possa aiutare la discussione e sia di stimolo.

In tema di obesità parcellizzare gli interventi, pensare che si possa lavorare con efficacia come singoli pediatri quando i giochi sono già fatti a monte e su ben altri piani con rilievo di sanità pubblica, crediamo che non sia di aiuto. È vero, i fatti vanno dimostrati con rigore. Ma rimanere fermi su supposizioni, false convinzioni, se non miti, non è utile per andare avanti. Va invece prospettata una ricerca innovativa, magari partendo da presupposti diversi e con il concorso di più discipline.

Federico Marchetti, Alessandro Ventura

Miti, supposizioni, fatti e ricerca in pediatria di famiglia

Il numero di febbraio di *Medico e Bambino*, nel suo *News box* sull'obesità ci rende consapevoli che spesso i nostri comportamenti professionali (individuali e collettivi) si fondano su **miti** (ipotesi addirittura smentite dalla letteratura) e **supposizioni** (ipotesi poi non confermate dalla letteratura) invece che su **fatti** (cioè i dati supportati da studi di alta qualità metodologica).

Ovviamente questo non riguarda solo il tema dell'obesità; la pagina gialla dello stesso numero riporta lo studio finlandese che evidenzia (**fatti**) che *“la precoce introduzione dei cibi solidi (precoce vuol dire dai 5 mesi), anche fortemente allergenici come i cereali, l'uovo e il pesce, riduce significativamente il rischio di sviluppare manifestazioni atopiche (come l'asma, l'eczema e la rinite) a cinque anni di età”*. Ciononostante molti continuano ad attenersi alle raccomandazioni di ritardare l'introduzione di questi alimenti.

Seguendo queste logiche di pensiero l'implementazione di uno strumento di semplice utilizzo come lo sviluppo della ricerca in pediatria di base permetterebbe in modo relativamente facile di verificare se determinate **ipotesi** abbiano sufficienti probabilità di essere verificate come **fatti concreti** o se, viceversa, si tratti solo di **supposizioni** quando non addirittura di falsi miti.

Realizzare in pediatria di base studi di alta qualità metodologica non è semplice; è invece relativamente semplice coordinare le osservazioni epidemiologiche sugli eventi che possono essere indagati da un gruppo di pediatri di base che condividono un comune protocollo di ricerca.

Quella che da parte di un singolo pediatra non rappresenta altro che una semplice osservazione aneddotica, se valutata sulla base di un protocollo condiviso da un gruppo di 100 diventa se non un **fatto**, una **supposizione robusta** (cioè avvalorata da una osservazione organizzata scientificamente su un largo numero di casi).

Lo abbiamo già fatto: lo scorso anno un gruppo di una cinquantina di pediatri (a cui devo rinnovare un grande ringraziamento per il lavoro svolto) ha dimostrato che la cheratocongiuntivite primaverile (*vernal KC*), ufficialmente considerata una malattia rara, è invece una malattia frequente, diagnosticabile e gestibile in modo relativamente semplice dal pediatra e dall'oculista, con la eventuale consulenza del Centro per i casi più importanti (il lavoro è attualmente sottoposto alla revisione di *Medico e Bambino*).

Il lavoro è costato un po' di fatica e di tempo dedicato (senza alcun ritorno economico), ma ha sicuramente contribuito a una migliore conoscenza di una patologia di grande impatto “dis-funzionale” per il bambino e la famiglia, con una ricaduta di sicura utilità anche per tutti gli altri pediatri; sono convinto che questo tipo di ritorno di conoscenze e di soddisfazione nel fare bene il proprio lavoro sia stato gratificante per i colleghi partecipanti.

Stiamo ripetendo quest'anno l'esperienza proprio sul tema della prima introduzione dell'uovo nell'alimentazione del

bambino: da studi scientifici eseguiti su poche decine di casi reclutati negli ambulatori allergologici si evidenzia un'alta frequenza di reazioni avverse (anche sistemiche, potenzialmente gravi), soprattutto se il bambino ha la dermatite atopica, indipendentemente dalla sua gravità; da qui la **supposizione** che sia meglio eseguire un prick test almeno nel bambino con dermatite atopica e in quelli con test positivo procedere all'introduzione dell'uovo in ambiente protetto^{1,3}.

La verifica del numero e del tipo di reazioni avverse registrate nella popolazione generale (forse diversa da quella che affligge agli ambulatori di allergologia), compresi i bambini con dermatite atopica, consentirà di verificare la fondatezza della supposizione, evitando in caso contrario una complicazione enorme nelle procedure.

Ovvio che il risultato sarà tanto più attendibile quanti più saranno i pediatri di famiglia che accetteranno l'invito a partecipare. Se sei interessato a partecipare a questo studio puoi scrivere al seguente indirizzo: rosario.cavallo.2qkp@alice.it.

Bibliografia

1. De Boissieu D, Dupont C. Natural course of sensitization to hen's egg in children not previously exposed to egg ingestion. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006;38:113-7.
2. Caffarelli C, Cavagni G, Giordano S, Cavagni G. Relationship between oral challenges with previously undigested egg and egg-specific IgE antibodies and skin prick tests in infants with food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:1215-20.
3. Miceli Sopo S, Monaco S, Giorgio V, Calvani M, Tripodi S, Onesimo R Risk of adverse IgE-mediated reaction at the first egg ingestion in children with atopic dermatitis. Results of a case-control study. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2012 Dec 17. pii: S0301-0546(12)00295-9. doi: 10.1016/j.aller.2012.07.015. [Epub ahead of print].

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

Caro Rosario,

ci fa un enorme piacere vedere che la ricerca in Pediatria di base ha ancora voce e contenuto. A partire proprio dai presupposti di una incertezza conoscitiva che sono la base per mettere in piedi un ragionevole e utile progetto di ricerca. È anche interessante il metodo “rapido” che proponi con il quale ci si pongono alcune domande e si cerca di darne delle risposte. Il partecipare a una ricerca è sempre di per sé un percorso utile di formazione, di cultura e a volte (a seconda dei quesiti che ci si pone) anche di ricaduta pratica.

In Italia la ricerca in Pediatria di base ha sempre avuto e in parte ha ancora (ma con meno slancio e passione di prima) un

grande rilievo. Quando ci si è messi nella condizione di essere protagonisti e partecipi di un progetto di ricerca si sono raggiunti quasi sempre risultati importanti, con ricadute anche internazionali.

Gli esempi possono essere tanti, ma vorrei richiamare proprio la ricerca pubblicata su questo numero di Medico e Bambino sulle malattie croniche (pag. 243). Ci fornisce stime puntuali della prevalenza delle patologie croniche in una determinata area territoriale e del carico di spesa per l'assistenza. Ma soprattutto credo che abbia determinato un profondo cambiamento nella cultura complessiva assistenziale da parte degli 11 pediatri di famiglia (PdF) del territorio di Jesi, che si sono resi più consapevoli degli effettivi bisogni “comunitari” dei bambini con malattia cronica e delle loro famiglie. Avrà questo prodotto un miglioramento complessivo nell'assistenza? È sempre difficile saperlo, ma, come tu dici, a volte rimanere nell'ambito delle ipotesi, dei falsi miti, delle opinioni personali, non fa che aumentare le incertezze. O magari fa credere che così è sempre stato e che non vi sia bisogno di ulteriori ipotesi di lavoro, verifiche delle prove e, appunto, fatti. Essere in rete, condividere esperienze, dialogare, ragionare per problemi, fare ricerca, ha ancora un grande significato, sul quale tutti confidiamo.

Un solo richiamo va fatto. Il richiamo è al metodo della ricerca. Una ricerca senza un'adeguata metodologia di lavoro perde di significato, rischia di essere improduttiva e frustrante per i singoli pediatri. In bocca al lupo e speriamo in una larga partecipazione.

Federico Marchetti

La reidratazione nella gastroenterite: alcuni chiarimenti

Ho letto con interesse l'articolo sulla gestione del bambino con gastroenterite (Massaro M, et al. *Medico e Bambino* 2012; 31:570-7) e premesso che mi è del tutto chiaro il calcolo delle perdite (e quindi del relativo deficit di sodio) e dei fabbisogni (idrico e di sali), gradirei un chiarimento su un punto che non ho capito bene: nel Box 4 (Protocollo per la reidratazione endovenosa), alla voce DISIDRATAZIONE ISONATRIEMICA al quarto capoverso leggo “correggere metà delle perdite residue con SF al 5% di glucosio nelle prime 4-6 ore”. Cosa significa? Aggiungere alla soluzione fisiologica (SF) glucosio alla diluizione del 5%? E inoltre: al quinto capoverso “somministrare l'altra metà + mantenimento nelle successive 18-20 ore”: in sostanza la domanda è quale soluzioni utilizzare nella pratica (tenendo sempre presente che non bisogna utilizzare soluzioni povere di

sodio?) per il recupero delle perdite e per il fabbisogno? Noi, in ambiente ospedaliero, utilizziamo (credo correttamente) all'inizio la fisiologica, ma poi utilizziamo spesso una soluzione glucoelettrolitica come il Normosol M che contiene glucosio, ma che è ipotonica. Dopo la fisiologica bisognerebbe utilizzare la glucosata al 5% corretta con il deficit salino (Na e K) residuo? O, se no, cosa? Ringrazio anticipatamente.

Fabio Forte
UO di Pediatria, Matera

Gentile dottor Forte,

la soluzione fisiologica al 5% di glucosio è costituita da normale soluzione fisiologica a cui si deve aggiungere il glucosio: in 100 ml di soluzione fisiologica si dovranno aggiungere 5 grammi di glucosio, mentre in un flacone di soluzione fisiologica da 500 ml si dovranno aggiungere 25 grammi. Per mettere il glucosio nella soluzione fisiologica si può usare la soluzione glucosata più concentrata di cui si dispone, per esempio la glucosata al 33%: si deve solo fare la proporzione per prendere i ml di glucosata al 33% necessari per avere la quantità di glucosio richiesta e inserirli nel flacone di soluzione fisiologica (ovviamente dopo aver tolto una pari quantità di ml dal flacone di fisiologica stesso). Spero di essere stata esauriente.

Marta Massaro
IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo"
Trieste

Formazione a distanza, industria e conflitto di interesse

Caro Medico e Bambino, è la prima volta che scrivo dopo che Franco Panizon ci ha

lasciato e mi prende un poco di malinconia. Vi disturbo per segnalare un caso che penso possa interessare la classe pediatrica.

Alcuni giorni or sono si è presentato nel mio ambulatorio un informatore scientifico proponendomi un corso FAD cartaceo. Avendo io accettato la proposta, immediatamente mi proponeva le risposte esatte scrivendole a memoria sul frontespizio. Meravigliato di tanta memoria mi faceva presente che ne aveva già compilata tante di queste risposte.

Non vi scrivo per segnalare il caso di illegalità ma per sottoporre due domande che mi sono fatto non appena l'informatore è uscito. Un comportamento del genere, che ho il sospetto sia frequente in Italia, è comune anche nei Paesi del Nord Europa? L'altra domanda che mi sono posto è la seguente: come avrei dovuto comportarmi? Rifiutare semplicemente la proposta, come in effetti ho fatto, oppure andare alla prima Stazione dei Carabinieri e denunciare il fatto mettendo nei guai il giovane informatore che, poveretto, agisce in tal modo dietro pressioni dei suoi dirigenti? Lascio a Lei decidere se è opportuno pubblicare questa lettera o se impostarla diversamente onde evitare eventuali conseguenze legali e non gradirei che compaia la mia firma per non rendere individuabile il nome dell'informatore scientifico.

Un pediatra di famiglia

Grazie per la Sua lettera e per la Sua onestà nel segnalare quanto è successo. Che dire? Le sue parole si commentano da sole. Le proposte di FAD che girano, che vengono presentate, sono davvero tante, troppe forse. Non sappiamo quello che accade in Europa, ma pensiamo (speriamo) che sia

tutto diverso. Senza volere cadere nella trappola della demagogia (di questi tempi è facile farla) sarebbe davvero importante che la classe medica e infermieristica, quella che vive ancora questo bellissimo mestiere "a servizio" della comunità (come avrebbe detto il prof. Panizon), non seguisse più, mai più, queste proposte di puro "mercato". La formazione (sul campo o a distanza) ha un altro significato. È difficile definire quale formazione può essere davvero utile per il pediatra nel 2013, dopo anni e anni di lavoro e appunto di formazione. Non c'è stata mai una riflessione seria e collettiva su questi aspetti. Probabilmente quella che può avere delle immediate ricadute in termini di salute: per risolvere un caso difficile, per scegliere la strategia terapeutica migliore (e basata su "vere" evidenze) anche in un rapporto imprescindibile tra i benefici/costi/rischi di un determinato trattamento. Magari una formazione di gruppo territoriale su determinate tematiche che vedono una distanza rilevante tra quello che andrebbe fatto e quello che si fa.

Medico e Bambino dopo una lunga riflessione (motivata crediamo proprio dai rischi di entrare in un mercato che ha anche nel suo humus le vicende da Lei riportate) ha deciso di proporre la FAD per i suoi lettori. Quello che faremo è sicuramente di stare "dentro" i contenuti della rivista. Saremo all'altezza? Lo giudicherete voi. Di certo il nostro obiettivo non sarà quello di fornire dei crediti e basta. Ma quello di crescere insieme, dialogando insieme, come abbiamo sempre fatto. Vi daremo precise informazioni su questa ulteriore sfida per la rivista e speriamo per i lettori di Medico e Bambino.

Medico e Bambino



SOTTOSCRIVI LA TUA QUOTA DEL 5 PER MILLE AL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO - ONLUS

Il Centro per la Salute del Bambino - onlus è nato nel 1999 per promuovere la salute e lo sviluppo dei bambini, con una particolare attenzione ai gruppi più svantaggiati. Svolge un ruolo cruciale nel coordinare e sostenere a livello nazionale i progetti **Nati per Leggere** e **Nati per la Musica** e pubblica e diffonde la newsletter **Fin da Piccoli**. Collabora alla Rete nazionale di monitoraggio sulla Convenzione Internazionale dei Diritti del Bambino. Promuove e collabora a progetti di cooperazione internazionale.

Nell'effettuare la dichiarazione dei redditi (con UNICO, 730, CUD ecc.), indicate il numero di **Codice Fiscale** del Centro per la Salute del Bambino - onlus **00965900327** nell'apposita casella prevista per la destinazione del 5 per mille.