

Lettere

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.

Fitoterapia

Scrivo in merito all'articolo della dott.ssa Vitalia Murgia "Motivazioni di interesse per la fitoterapia" (*Medico e Bambino* 2006;25:174-80). Nella *Tabella I* del suddetto articolo viene riportato che in merito all'echinacea e alla propoli non esistono, sia in età pediatrica che nella popolazione generale, RCT che confermino l'efficacia di tali sostanze, che appare ancora molto controversa. L'articolo conclude affermando che "il pediatra consapevole di non avere conoscenze e competenze sufficienti per un uso razionale di questi prodotti dovrebbe astenersi dal loro uso". Nel periodico *Il Pediatra di famiglia* (n. 3, settembre 2006) del Di.Stu.Ri (Divisione Studi e Ricerche, Palermo, via L. Da Vinci 458), la stessa Autrice nell'articolo dal titolo "Pianta medicinali per le infezioni respiratorie" scrive: "L'echinacea ha al suo attivo una notevole mole di studi scientifici farmacologici in vitro e in vivo a conferma della sua attività immunomodulante. Un incredibile numero di studi clinici (234 trial secondo la più recente metanalisi) ne ha indagato l'efficacia, che si può dire confermata, anche se con qualche aspetto ancora controverso. Una review del gennaio 2006 della *Cochrane Library* conclude che sono presenti evidenze che preparazioni di parti aeree di *Echinacea purpurea* potrebbero essere efficaci nel trattamento precoce delle malattie da raffreddamento negli adulti, anche se i dati non sono sempre costanti e completamente coerenti. L'ultima metanalisi, pubblicata nei primi mesi del 2006, ha permesso di concludere che gli estratti standardizzati di *Echinacea* sono efficaci nella prevenzione dei sintomi delle infezioni delle alte vie aeree dopo inoculazione del virus, in confronto al placebo, anche se sarebbero necessari ulteriori lavori a conferma. Per quanto detto, pur con i limiti legati alla necessità di ulteriori, più numerosi e rigorosi studi in età pediatrica, che ne confermino le proprietà terapeutiche, l'*Echinacea* può ragionevolmente entrare a far parte del bagaglio terapeutico dei pediatri nella prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti... La propoli è un prodotto apistico che può essere usato a complemento della terapia preventiva attuata con l'*Echinacea*, sfruttandone le proprietà antiflogistiche, antivirali, antibatteriche e immunomodulanti. La sua attività antivirale si esplica soprattutto sull'Herpes simplex 1 e 2, sull'adeno-

virus, sui virus influenzali e parainfluenzali. Ha anche un'attività antibatterica importante, batteriostatica a bassi dosaggi e battericida a dosi superiori".

Chiedo quindi alla dott.ssa Vitalia Murgia se, contrariamente a quanto affermato nell'articolo di *Medico e Bambino* (marzo 2006), siano stati pubblicati ulteriori studi che confermino invece l'efficacia di tali sostanze.

Isodiana Crupi
Pediatra di famiglia, Messina

Le apparenti contraddizioni tra i due articoli sono giustificate dal diverso momento della loro redazione e pubblicazione. L'articolo per "Medico e Bambino" era già pronto per la stampa prima della fine del 2005 e perciò ben prima che venisse pubblicata la metanalisi di Schoop (febbraio 2006). Si trattava inoltre di un articolo di inquadramento generale della fitoterapia, in cui era impossibile analizzare in dettaglio le varie droghe vegetali, ed è per questo che si è evitato di inserire qualunque suggerimento prescrittivo a favore dell'una o dell'altra pianta medicinale. L'articolo scritto a luglio trattava esclusivamente delle piante per le infezioni respiratorie ricorrenti, ne analizzava le opportunità di uso alla luce della letteratura disponibile e argomentava a proposito della efficacia dell'echinacea sulla base dei dati molto favorevoli, attinenti all'attività preventiva di questa pianta, pubblicati nella metanalisi citata, tra l'altro condotta con buon rigore metodologico.

Quanto alla frase tratta dall'articolo su Medico e Bambino "il pediatra consapevole di non avere conoscenze e competenze sufficienti per un uso razionale di questi prodotti dovrebbe astenersi dal loro uso", estrapolata dal suo contesto, perde il suo significato originario.

Al termine dell'articolo su "Medico e Bambino" infatti non si analizzavano l'utilità o l'efficacia di singole piante medicinali, tanto meno echinacea e propoli, ma si parlava delle caratteristiche generali di qualità dei prodotti fitoterapici. L'accento era posto sul rischio che corre il pediatra che utilizzi le droghe vegetali senza valutare attentamente la qualità dei prodotti e senza una completa conoscenza del potenziale effetto terapeutico, del meccanismo di azione, dei possibili effetti collaterali o interazioni delle piante medicinali, alla luce dei dati della letteratura più recente. Queste considerazioni restano valide e vanno

applicate ogni volta che si decida di usare un prodotto a base di piante medicinali e un farmaco in genere.

Vitalia Murgia

Riferimento bibliografico

Schoop R, Klein P, Suter A, Johnston SL. *Echinacea* in the prevention of induced Rhinovirus colds: a meta-analysis. *Clin Ther* 2006;28(2):174-83.

Il contenuto della lettera può trovare un riscontro anche nel Digest di questo numero, che contiene un'altra metanalisi della Cochrane Library, sugli immunostimolanti aspecifici, di cui l'echinacea, e anche (con qualche colpo di tamburo in più battuto di recente a proposito del Cizukit) l'associazione dell'echinacea con la propoli, ricevono un'onorevole menzione (nel senso che servono quanto gli altri). Si tratta, in sostanza, di un trattamento "empirico" (nel senso buono della parola, cioè derivato dall'esperienza, e poi comprovato sull'esperienza testata sistematicamente e "scientificamente"). I lavori "accettati" per la metanalisi della Cochrane Library sull'insieme degli immunostimolanti sono 58, molto meno dei 234 riportati da Schoop R et al., anzi sono solo uno per l'echinacea e uno per il Cizukit, mentre quelli "accettati" per l'insieme degli immunostimolanti, prevalentemente di estrazione batterica, sono una cinquantina (segno di una ragionevole severità nella selezione), e la valutazione globale degli Autori è quella di una cauta accettazione di un probabile effetto. Pensiamo che la cosa debba restare in questi termini, quelli di una cauta accettazione (dell'intera categoria), anche se dobbiamo sapere che una preparazione non può essere eguale all'altra e che, per altro verso, per smontare (o confermare!), ragionevolmente più probabile) la somma delle evidenze positive sinora pubblicate occorrerebbe un impegno di ricerca rigorosa, controllata, policentrica, che forse varrebbe la pena di mettere in piedi, ma che potrebbe non essere così facile da condurre in porto.

Anche Medico e Bambino crede di poter, comunque (sempre cautamente), concordare, sia con le considerazioni della d.ssa Crupi sia con la risposta articolata della d.ssa Murgia.

Franco Panizon

Omeopatia

La lettera di Rosario Cavallo dal titolo "Affari loro" (*Medico e Bambino* 2006; 25:558-9), torna sul tema sempre attuale dell'omeopatia, a cui molti medici si rivolgono, spinti dalla richiesta di "naturalismo" che sembra così importante nella nostra società attuale. Desidero spronare *Medico e Bambino* a non abbandonare il suo tradizionale atteggiamento critico nei confronti di questa metodica, dal momento che essa manca completamente di evidenze scientifiche favorevoli.

Ricordo alcuni punti fermi a riguardo: 1. non esistono spiegazioni considerate attendibili dal mondo scientifico su come dovrebbe agire l'omeopatia. Un tentativo in tal senso teorizzato alcuni anni fa su *Nature*¹ costò poi al suo Autore l'accusa di truffa; 2. due fra le revisioni sistematiche più importanti sull'argomento non hanno dimostrato che alcun singolo rimedio omeopatico sia chiaramente efficace in una qualunque condizione clinica^{2,3}.

E oramai opinione consolidata e largamente condivisa che qualsiasi intervento terapeutico in medicina deve dimostrare la sua efficacia attraverso studi clinici randomizzati, che rappresentano l'unico disegno metodologico, che se ben condotto può essere esente da distorsioni ed errori sistematici. Attraverso l'assegnazione "casuale" del trattamento in due gruppi, uno che assume il medicinale attivo, l'altro il placebo, si permette ai pazienti di iniziare e di continuare lo studio con una prognosi simile: tutti gli eventuali effetti ottenuti saranno così dovuti unicamente al diverso trattamento offerto. Purtroppo l'omeopatia non è riuscita in tanti anni a realizzare trial randomizzati di buona qualità metodologica, ma basa i suoi supposti successi soprattutto su studi osservazionali, che sono gravati da "bias" (errori) che tendono a sovrastimare in modo insopportabile i "benefici" del trattamento.

Gli omeopati "difendono" la loro pratica sostenendo come l'arruolamento random dei pazienti e il doppio cieco, ambedue cardini dello studio randomizzato, non possano essere da loro adottati, perché tale schema non rispetterebbe l'atteggiamento olistico della prescrizione omeopatica. In realtà sono stati invece realizzati anche in questo settore studi randomizzati, che non hanno però dato risultati convincenti.

Per questi motivi ritengo nostro "dovere" accettare nella pratica clinica solo interventi che si sono dimostrati efficaci, in accordo con le regole scientifiche che abbiamo adottato e che ci hanno permesso di migliorarci in questi anni.

Daniele Radzik

Bibliografia

1. Benveniste J. Human Basophil Degranulation Triggered by Very Diluted Antiserum Against IgE. *Nature* 1988;333:816.
2. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997;350(9081):834-43.
3. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet* 2005;366(9487):726-32.

Medicine alternative

Quando leggo lettere come quella del dott. Longo (vedi rubrica "Dietro le sbarre", *Medico e Bambino* 2006;25:595) riguardo alle medicine non convenzionali rimango quanto meno allibito. La medicina "alternativa" o serve al paziente e quindi se ne osservano gli effetti positivi (non credo ci sia bisogno di produrre tutte le volte dati statistici per capire se abbiamo fatto bene o no) oppure non è medicina. Che debba essere praticata da medici mi sembra il minimo indispensabile. Voglio aggiungere che questi medici "alternativi" dovrebbero essere anche bravi e ben formati (deploro, pertanto, i mini-corsi che sfornano agopuntori e omeopati in poche settimane). Considerare queste discipline alternative alla stregua di fastidi inevitabili e che, visto che le dobbiamo sopportare, vanno regolamentate, mi sembra sicuramente superficiale. È lo stesso atteggiamento di chi si rifiuta di usare la corrente elettrica perché non ne comprende il "funzionamento", oppure asserisce che le teorie atomiche sono stupidaggini perché non riesce a capirle.

Le cose funzionano indipendentemente dalle dimostrazioni scientifiche e dalle sentenze degli scienziati, nonostante facciamo finta di non accorgersi di ciò. Molte cose che adesso accadono semplicemente e non sappiamo spiegarci, fra un po' di tempo avranno, forse, la loro bella spiegazione scientifica, per la gioia di tutti. O forse no, ma continueranno ad accadere comunque, per quanto sia difficile accettarlo dalla scienza. Basterebbe avvicinarsi a queste discipline "alternative" con un po' di mente libera da pregiudizi per capire quanta saggezza e quanta cultura si nascondono in pratiche apparentemente prive di senso. Certo, per le viti occorre il cacciavite e per i chiodi il martello, e quindi in molti casi è d'obbligo usare la nostra bella medicina "materialista", in altri sarà meglio usare una medicina di tipo "energetico" o "dinamico". Per esempio le cefalee (ma non solo) vanno benissimo con l'agopuntura, in poche sedute, e senza im-

bottire il paziente di farmaci che, come sappiamo, apportano i loro begli effetti collaterali. Cosa deve fare allora il medico agopuntore, deferire il medico tradizionale al Presidente dell'Ordine? Mi piacerebbe vedere i medici fare meno "settarismo" e più "cultura medica", nel senso di essere aperti a tutto ciò che può giovare ai malati. So che probabilmente ho pestato qualche piede, ma la penso così. Saluti a tutti.

Giovanni Candela
Pediatria, Firenze

"Messagger non porta pena". È così che dovrei in effetti rispondere al dott. Giovanni Candela che si dichiara "allibito" dai contenuti della mia lettera, dove mi ero soltanto limitato a sottolineare l'incongruenza esistente tra quello che è l'attuale indirizzo della FNOMCeO, che nel documento di indirizzo sulle medicine non convenzionali le dichiara, a tutti gli effetti, "atto medico", e l'articolo 15 (ex articolo 13) del Codice Deontologico che recita testualmente: "...il ricorso a pratiche non convenzionali NON deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso".

Questo significa che una terapia alternativa può essere prescritta soltanto: se non esiste alcuna terapia convenzionale (raro e improbabile), oppure in associazione a una terapia convenzionale "scientificamente consolidata"; cosa che peraltro accade raramente perché, il più delle volte, chi sceglie l'una, abbandona l'altra, proprio per "sfuggire" ai tanto temuti farmaci "ufficiali" o, più semplicemente, perché non ritiene di aver ricevuto da questi il giovamento atteso. Per questo sono io che mi dovrei dichiarare "allibito" (o perlomeno fortemente sorpreso) che i tanti cultori delle "medicine non convenzionali" non si siano sollevati in massa per chiedere la modifica del citato articolo cogliendo, oltre tutto, l'occasione della nuova scrittura, da parte della FNOMCeO, del Codice di Deontologia Medica che, per chi non lo sapesse, è stato approvato e licenziato proprio in questi giorni (il 16 dicembre u.s.).

E sono stato proprio io, nella mia carica di Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trieste, a inoltrare al Comitato Centrale della FNOMCeO la proposta (non recepita!) di riformulare l'articolo in oggetto come segue: "... Il ricorso a pratiche non convenzionali, che sottraggano il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati, richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso".

E questo non perché sia un fautore delle medicine "alternative", ma semplicemente

Lettere

perché, pur senza entrare nel merito se e quanto e quali di questi trattamenti “non convenzionali” ha dignità di “medicina basata sulle evidenze”, ritengo che sia sempre e comunque da rispettare la libertà di scelta di ogni individuo (sempre che lo stesso sia stato prioritariamente ben informato dei costi e benefici della sua decisione). Per fare solo qualche esempio: se un paziente non gradisce lo steroide topico per curare la dermatite del figlio; o non intende utilizzare il paracetamolo per abbassare la febbre; o non vuole più utilizzare l’antistaminico perché a suo parere scarsamente efficace; o ancora, come suggerito dal dott. Candela, è stanco di prendere antidolorifici per la sua emicrania, come ha il diritto di non curarsi, ha anche tutto il diritto di rivolgersi a un medico che sappia prescrivergli un farmaco omeopatico, o “alternativo” in generale, abbandonando così, di fatto, “trattamenti specifici e scientificamente consolidati”. Ma non per questo, quel medico deve rischiare di essere deferito all’Ordine per aver disatteso il Codice Deontologico.

Il prof. Benciolini, nella sua risposta alla mia domanda, ha peraltro riconosciuto l’oggettiva responsabilità del medico che dovesse adottare farmaci non convenzionali per patologie per le quali esistono terapie “ufficiali” di riconosciuta efficacia.

Ma alla fine tutta questa discussione risulta fine a se stessa perché poi, nella pratica, tutto si aggiusta, per il semplice fatto che il medico, di norma, sa ben riconoscere i limiti delle terapie “alternative”, e questo evita che ci siano gravi pericoli o danni per il paziente (da ciò l’importanza, sottolineata più volte dalla FNOMCeO, che siano soltanto i medici a poter prescrivere le medicine non convenzionali).

È però anche vero che quando vedo bambini che per mesi, o anni, sono stati tormentati dalla dermatite atopica per aver seguito trattamenti alternativi fatti con cocchiuta ostinazione soltanto perché nessuno si è occupato di rimuovere la “steroidofobia” dei genitori (in barba al consenso informato); oppure pazienti portati all’exasperazione con cervelotiche diete di eliminazione strutturate sulla base di test diagnostici senza alcuna validazione scientifica, non sono poi tanto sicuro che non sia giusto deferire quell’operato alla Commissione Medica.

Giorgio Longo

Quale pediatria per quale pediatria - 1

Concordo con l’editoriale di Panizon e Marchetti sul tema “Quale pediatria per quale pediatria” (*Medico e Bambino* 2006; 25:483).

Credo che, dall’esperienza personale

nei due ambiti, sia giunto il momento in cui pediatri ospedalieri e territoriali lavorino in collaborazione, e cessino le rivalità o le superiorità che ancora si vedono. In realtà l’interesse per la buona salute del bambino dovrebbe eliminare ogni scontro, che ancora c’è talvolta per una insoddisfazione di certi dirigenti di Reparto o per la supponenza di certi PLS.

Io penso che un mio paziente, se ricoverato, debba essere seguito anche da me, che possa andare a vederlo senza sentirmi addosso gli occhi di altri che sembrano dire: cosa sei venuto a fare? Inoltre tante cose che si fanno in ospedale potrebbero essere svolte sul territorio, e una organizzazione adeguatamente riconosciuta anche economicamente porterebbe a una diminuzione di accessi in Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda la formazione, perché le Università, dedite per loro istituzione all’insegnamento, non aprono, con turni regolamentati, gli ambulatori specialistici vari in modo che i pediatri di famiglia, che desiderano, possano frequentare alcune ore tali ambulatori, per vedere, confrontare, discutere sul campo con altri colleghi esperti le varie patologie?

Giovanni Meneghetti, Pediatra Bassano del Grappa (Vicenza)

Questa ruggine tra pediatria di famiglia e pediatria ospedaliera è un leit motiv che dura da sempre e che sembra non debba cessare mai. Non ho nessuna idea di come si possa fare per farla sparire. Forse, se è vero, come è vero, quello che dice indirettamente il dottor Meneghetti: la cura della ruggine potrebbe essere quella di ridurre il numero degli ospedali e il numero dei pediatri, in modo che ci siano tante cose da fare che non ci sia né tempo né bisogno per farsi la concorrenza. Certo, questo dovrebbe avvenire per ambiti programmatici e di bisogni (regionali?), come suggerito nell’editoriale. Anche la lettera che segue mi spinge a pensare così.

Franco Panizon

Quale pediatria per quale pediatria - 2

Argomento vasto, del quale si è molto parlato, per il quale si sono cercate negli anni diverse soluzioni e del quale si continua oggi a parlare senza però riuscire a ottenere alcuna forma di cambiamento (*Medico e Bambino* 2006;25:483).

Ho molto riflettuto negli anni passati su questo argomento e ho cercato di dare, nel mio piccolo, delle soluzioni al problema, occupandomi a Palermo, città dove lavoro, di dislessia e di disturbi del linguag-

gio e, successivamente, di ADHD e di screening dell’autismo e, successivamente, di tutto ciò che consegue a questi disturbi quando questi disturbi, come spesso accade, non vengono diagnosticati e quindi trattati: bassa autostima, difficoltà di inserimento nel gruppo dei coetanei, depressione, ansia, disturbi della personalità.

Alla fine sono arrivato a una conclusione che purtroppo è questa: non ci sono ancora (almeno a Palermo, ma credo in quasi tutto il territorio nazionale) le condizioni affinché non solo il pediatra di famiglia (PdF), ma anche il neuropsichiatra infantile e l’insegnante si occupino in modo completo ed efficace di questi argomenti.

E questo per vari motivi: perché manca una preparazione adeguata, perché manca la disponibilità dei medici sia materiale che spirituale, perché si è sopraffatti da una richiesta di prestazioni esagerata per problemi banali o addirittura inesistenti, che non permette al PdF di affrontare argomenti molto più importanti.

Non sono un pessimista, ma credo fermamente che sia molto difficile che il PdF riesca, nel prossimo futuro, ad adeguarsi ai nuovi bisogni di salute del bambino: i disturbi dello sviluppo, del comportamento, del comportamento alimentare, l’obesità, le difficoltà scolastiche, le difficoltà a socializzare, i disturbi di personalità, la depressione.

Occorrerebbe un cambiamento, non solo della pediatria di famiglia ma della società in genere e della famiglia in modo particolare, per ottenere dei risultati in termini di assistenza appropriata ed efficace a vantaggio dei bambini e degli adolescenti. La mamma dovrebbe recuperare il suo ruolo e la sua serenità che ha perso per vari motivi: per la mancanza di qualsiasi forma di sostegno, per le difficoltà economiche che l’hanno condotta a entrare nel mondo del lavoro, per la disinformazione a cui è sottoposta quotidianamente soprattutto dai mass media. Anche il padre dovrebbe recuperare il suo ruolo che è quello di dare sicurezza e protezione. Oggi il papà è ansioso quanto la mamma, e questa è una situazione paradossale perché oggi si diventa genitori molto più tardi, senza che ci sia però quella sicurezza e quella saggezza che dovrebbero derivare da una età più matura.

Oggi nascono pochi figli, e questi pochi figli sono considerati dai genitori dei “beni preziosi”. L’idea che un figlio possa ammalarsi o addirittura morire non è più accettata dai genitori come avveniva in passato, quando in una famiglia vi erano anche cinque o sei figli.

Oggi i figli devono “stare bene, subito e a tutti i costi”.

Anche noi medici abbiamo contribuito a creare questo stato di paura nella mente

dei genitori: perché abbiamo prescritto e continuiamo a prescrivere farmaci per qualsiasi cosa, perché consigliamo vaccini per tutte le malattie, anche per quelle che non hanno complicazioni, che sono rare o che sono curabili con gli antibiotici, con la conseguenza che il genitore oggi è convinto che ogni raffreddore debba essere curato, perché se non curato si può trasformare in qualcosa di più grave; che si deve fare il vaccino contro la varicella perché anche di varicella si muore.

A complicare ulteriormente le cose si aggiungono gli ospedali che ricoverano per qualsiasi banalità (perché "è meglio tenere in osservazione il bambino in quanto la febbre può essere l'inizio di una grave patologia") e che trasformano molte faringiti in polmoniti per fare cassa (vedi DRG), con la conseguenza che il genitore oggi è convinto che ogni febbre possa essere l'espressione di una polmonite, e da qui gli accessi impropri negli studi medici dei Pdf e nei PS degli ospedali stessi.

Possono una diversa formazione universitaria, un maggior numero di Pdf, un maggior numero di ore di ambulatorio, una diversa pediatria di famiglia condurre a un cambiamento? No, sicuramente no se prima non si creano le basi per un cambiamento della società. Occorrono migliori condizioni economiche, una migliore cultura, una migliore politica per la famiglia, leggi a vantaggio dei minori, una maggiore serietà professionale e un maggiore e migliore impegno da parte dei medici, di chi fa le leggi, di chi fa informazione. Occorre infine un maggiore rispetto verso chi merita un grande rispetto: il bambino.

Angelo Spataro
Pediatria di famiglia, Palermo

Mi pare una lettera bella e sincera; e che dice tutto. Lo sforzo per cambiare, la impossibilità a cambiare, il trovarsi prigionieri di una realtà che noi medici abbiamo contribuito a costruire. Una realtà fatta di un eccesso di attenzione e di cure, specialmente per il bambino ma non solo, che ha fatto sì che le cure non siano mai abbastanza, che non sia possibile lasciare un raffreddore senza almeno la soluzione fisiologica nel naso e la tosse senza almeno un po' di cortisone per aerosol. Se non glieli dai, vuol dire che non gli dai abbastanza attenzione. Una realtà in cui si è predicato e prodotto tanta sicurezza (il 118, il Pronto Soccorso, i vaccini) da creare un disperato bisogno di sempre maggiore sicurezza. E anche una realtà in cui il

bambino è padrone e signore, e in cui i genitori chiedono non solo a se stessi, non solo ai pediatri, ma anche agli insegnanti, di servirlo e specialmente di promuoverlo.

Come si comprende da quest'ultima battuta, il mio personale accordo con Spataro non riguarda solo la presa d'atto delle cose, non le conclusioni finali. Il bambino merita rispetto, sì certo; ma il rispetto deve basarsi sulla verità, e questo sembra divenuto impossibile, e questa impossibilità non sembra possa far bene né al bambino, né alla famiglia, né alla società. Le "agenzie" che si occupano del bambino, la famiglia, la scuola, la pediatria, mi sembra che stiano fallendo. E sono loro che dovrebbero, cambiando se stesse, cambiare la società. Capisco, mentre lo dico - e in questo concordo con Spataro - che questo è quasi impossibile. E che forse allora è inevitabile attendere che siano le cose a cambiare le cose. Ma questa risposta è molto parziale, non solo perché esprime uno stato d'animo piuttosto che un pensiero organico, ma anche perché le cose da dire, nel concreto, sarebbero molte di più. Il dibattito è appena iniziato.

Franco Panizon

Pediculosi del capo

Dopo aver letto con interesse l'articolo sulla pediculosi del capo (*Medico e Bambino* 2006;25:505-7), che riepiloga in maniera chiara e sintetica i capisaldi del trattamento di questa infestazione, scrivo perché, nel paragrafo riguardante la rimozione meccanica, si parla di un trattamento con shampoo applicato su capelli inumiditi, seguito da pettinatura, per la rimozione dei pidocchi. Non conoscevo il sistema di rimozione con shampoo e dubito sia efficace (i pidocchi nuotano benissimo e sono molto resistenti).

La bibliografia riportata nell'articolo fa poi capo ad alcuni RCT¹, che usano lo "wet combing", un sistema di rimozione meccanica molto usato in Inghilterra e in Nuova Zelanda, che si basa sull'uso di balsamo per capelli. Lo *wet combing* consiste nell'applicare abbondanti quantità di balsamo sui capelli asciutti, per poi pettinare accuratamente tutta la testa e i capelli dalla radice alla punta per almeno 20 minuti o comunque fino a che non rimangono più nuovi insetti sul pettine². Il parassita infatti non riesce a "nuotare" lungo i capelli a causa del balsamo e il pettine a denti fitti lo rimuove. La metodica va ripetuta ogni 2-3 sere per

almeno 15 gg (tempo massimo di schiusa delle lendini), cosicché tutte le uova vitali possano produrre insetti. Poiché le ninfe neonate non sono in grado di riprodursi prima di 8-10 gg, la loro rimozione insieme a quella degli insetti adulti consente non soltanto di fare diagnosi di infestazione, ma anche di avvenuta eradicazione.

Lo *wet combing*, messo a punto soprattutto a scopo diagnostico, si è dimostrato più accurato di altri sistemi (esame visivo con pettine e con lente di ingrandimento sui capelli asciutti: *dry combing*)^{3,5} e la sua efficacia nella rimozione è risultata tale che il Ministero della Salute inglese, a fronte di resistenze sempre più elevate a pediculicidi sempre più costosi^{6,7}, ha proposto questo sistema di rimozione meccanica come alternativa agli insetticidi tradizionali, arrivando a fornire un cofanetto munito di tutto l'occorrente (Bug Buster kit) a ogni scolaro inglese al suo ingresso a scuola. Il trattamento richiede una certa laboriosità e una buona pratica, ma i risultati sembrano promettenti⁸.

Laura Reali
Pediatria di famiglia, Roma

Bibliografia

- Hill N, Moor G, Cameron MM, et al. Single blind, randomised, comparative study of the Bug Buster kit and over the counter pediculicide treatments against head lice in the United Kingdom. *BMJ* 2005;331:384-6.
- Aston R, Duggal H, Simpson J, Burgess I. Head Lice: A Report for Consultants in Communicable Disease Control. London, United Kingdom: Public Health Medicine Environmental Group; 1998. www.phmeg.org.uk/Documents/Headlice/phmeghl.htm. Accessed September 1, 2003.
- Vander Stichele RH, Gyssels L, Bracke C, et al. Wet combing for head lice: feasibility in mass screening, treatment preference and outcome. *J R Soc Med* 2002;95:348-52.
- Roberts RJ. Head lice. *N Engl J Med* 2002;346:1645-50.
- De Maeseneer J, Blockland I, Willems S, Vander Stichele R, Meersshaut F. Wet combing versus traditional scalp inspection to detect head lice in school children: observational study; *BMJ* 2000;321:1187-8.
- Downs AM, Stafford KA, Hunt LP, Ravenscroft JC, Coles GC. Widespread insecticide resistance in head lice to the over the counter pediculocides in England and the emergence of Carbaryl resistance. *Br J Dermatol* 2002;146:88:93.
- Pearlman DL. A simple treatment for head lice: dry-on, suffocation-based pediculicide. *Pediatrics* 2004;114(3):e275-9.
- Dawes M. Combing and combating head lice. *BMJ* 2005;331:362-63.