

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.

Vaccinazione antinfluenzale universale?

La lettera di Rosario Cavallo¹ e il commento che segue suonano come gli ultimi rintocchi che segnano la fine del capitolo pandemia e l'abbandono di ogni velleità di vaccinazione allargata. L'influenza non costituirebbe in verità una seria minaccia, se non per i "ghetti" sociali rappresentati dagli anziani e dai malati cronici, ai quali vanno riservati in esclusiva vaccini di non provata efficacia e di potenziale pericolosità.

Si tratta di una visione semplicistica e anche un tantino egoistica che non contribuisce a fare chiarezza su argomenti che richiederebbero un approccio maggiormente documentato.

L'errore di fondo è quello di considerare solo le cifre ufficiali quando è ormai risaputo che, queste, non possono dar conto del bilancio reale delle ultime, come delle precedenti, stagioni. Ma se ci limitiamo ai dati ufficiali, la verità che emerge è che i sani vengono coinvolti in misura non marginale: si parla di percentuali di decessi che vanno dal 20% al 40%. Negli USA, durante l'ultima stagione, sono deceduti 115 bambini, il 49% dei quali non aveva precedenti problemi di salute².

Se anche non si voglia dar peso a questo aspetto, rimane il grosso tributo che pagano annualmente le categorie più deboli, di cui una società, che ambisce a definirsi civile, non può non farsi carico.

La vaccinazione delle sole categorie a rischio ha dimostrato da tempo di non dare i risultati sperati³. Un aiuto può venire dalla ricerca scientifica, da cui ci si aspetta lo sviluppo di vaccini sempre più immunogeni e sempre meno suscettibili di essere rapidamente superati dall'incessante deriva antigenica del virus. Ma non vanno escluse altre strade, compresa la vaccinazione della popolazione pediatrica sana.

Le ragioni per sostenerla sono molteplici:

- i bambini rappresentano il serbatoio principale di circolazione del virus;
- sono il secondo gruppo più colpito dalle conseguenze dopo gli over 65;
- al di sopra dei 2 anni vi sono dati convincenti sulla protezione e sulla sicurezza, come dimostrato sia dalla sorveglianza recente⁴ sia da studi che hanno valutato gli effetti sulla popolazione^{5,6};
- attraverso di essa si potrebbe manifestare lo spirito di solidarietà del forte nei confronti del debole e del giovane nei confronti del vecchio;

• non si tratta di una scelta irreversibile: si potrà sempre tornare sui propri passi. I Giapponesi hanno vaccinato per diversi anni tutti i bambini sani e poi hanno desistito. A posteriori ci si è accorti che negli stessi anni la mortalità senile era calata per poi risalire subito dopo la cessazione¹⁰.

Unico neo è la necessità di ripeterla ogni anno, ma la disponibilità di formulazioni alternative a quella iniettiva (spray, cerotti...) potrebbe aumentare l'accettazione da parte delle famiglie e dei diretti interessati.

Sui casi di narcolessia si legga il commento finale dell'Istituto di Sanità finlandese (THL) che, pur riconoscendo il legame tra malattia e vaccino, giudica favorevole il rapporto costi-benefici della campagna di vaccinazione che ha riguardato il 50% dell'intera popolazione, con un'efficacia del 75-88% e con la prevenzione di 40.000 casi nella stagione 2009-'10 e 40.000 casi in quella successiva¹¹. In effetti, la Finlandia ha registrato un impatto molto più blando della stagione 2010-'11, dominata dal virus H1N1, rispetto a Paesi con un livello di vaccinazione più basso (Inghilterra e Grecia *in primis*).

Inoltre è uscito di recente uno studio che mette in relazione l'insorgenza della narcolessia con una pregressa influenza e non con la vaccinazione¹².

Ragioniamo quindi sul vaccino adiuvato, ma non rigettiamo la vaccinazione *tout court*.

Vengono chiesti studi rigorosi per avvalorare l'efficacia delle vaccinazioni, ma bisogna considerare che un conto è studiare le proprietà di un farmaco, un altro i benefici della vaccinazione dei soggetti sani sulla popolazione. In bibliografia sono citati alcuni studi recenti ben congegnati^{5,9}, anche se le molteplici variabili in gioco rendono difficili risultati inoppugnabili, almeno se posti al vaglio dei severi criteri di revisione. Ma, come un puzzle, si compone di tanti pezzi di cui non è necessario avere l'insieme completo per capire il disegno, così per la sostenibilità della vaccinazione mancano certamente molte tessere, e quelle disponibili non sempre si incastrano l'una con l'altra, ma lasciano intravedere un percorso sufficientemente credibile che alcuni Paesi hanno già iniziato a seguire.

Un'ultima parola sugli interessi delle multinazionali: vorrei che si riflettesse sull'esiguo ruolo ricoperto dal settore vaccini, che non sono in grado di competere nemmeno lontanamente, per giro d'affari, con le statine di ultima generazione o con i far-

maci per l'impotenza e che, inoltre, esercitando un'azione preventiva, tagliano le gambe a tutti quei prodotti che si usano per alleviare i sintomi e per curare le complicanze. Questo sì che è un vero conflitto, ma contro il proprio interesse.

Bibliografia

1. Cavallo R. Prepariamoci alla stagione influenzale 2011-'12 (Lettere). Medico e Bambino 2011; 30:424-5.
2. MMWR - Morb Mortal Wkly Report. Influenza-Associated Pediatric Deaths - United States, September 2010-August 2011. Weekly 2011; 60:1233-8. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6036a1.htm>.
3. Rizzo C, Viboud C, Montomoli E, Simonsen L, Miller MA. Influenza-related mortality in the Italian elderly: no decline associated with increasing vaccination coverage. Vaccine 2006;24: 6468-75.
4. Girard MP, Katz JM, Pervikov Y, Hombach J, Tam JS. Report of the 7th meeting on Evaluation of Pandemic Influenza Vaccines in Clinical Trials, World Health Organization, Geneva, 17-18 February 2011. Vaccine 2011.
5. Loeb M, Russell ML, Moss L, et al. Effect of influenza vaccination of children on infection rates in Hutterite communities: a randomized trial. JAMA 2010;303:943-50.
6. Sander B, Kwong JC, Bauch CT, et al. Economic appraisal of Ontario's Universal Influenza Immunization Program: a cost-utility analysis. PLoS Med 2010;7:e1000256.
7. Ambrose CS, Wu X, Belshe RB. The efficacy of live attenuated and inactivated influenza vaccines in children as a function of time post vaccination. Pediatr Infect Dis J 2010;29:806-11.
8. Hurwitz ES, Haber M, Chang A, et al. Effectiveness of influenza vaccination of daycare children in reducing influenza-related morbidity among household contacts. JAMA 2000;284: 1677-82.
9. Glezen WP, Gaglani MJ, Kozinetz CA, Piedra PA. Direct and indirect effectiveness of influenza vaccination delivered to children at school preceding an epidemic caused by 3 new influenza virus variants. J Infect Dis 2010;202:1626-33.
10. Reichert TA. The Japanese program of vaccination of schoolchildren against influenza: implications for the control of the disease. Semin Pediatr Infect Dis 2002;13:104-11.
11. National Institute for Health and Welfare. Association between Pandemrix and narcolepsy confirmed among Finnish children and adolescents. 2011. http://www.thl.fi/en_US/web/en/pressrelease?id=26352.
12. Han F, Lin L, Warby SC, et al. Narcolepsy onset is seasonal and increased following the 2009 H1N1 pandemic in china. Ann Neurol 2011;70:410-7.

Stefano Prandoni
Pediatra di famiglia, Valdagno (Vicenza)

Certo la pandemia, le pandemie sono una minaccia. Seria? Non seria? Ogni ma-

lattia ha i suoi morti, ogni pandemia ha le sue migliaia di morti. Vogliono eliminare la morte, l'imprevedibilità prevedibile della nostra vita? Vogliono continuare a sperimentare sul rapporto costi/benefici di un farmaco, non più sulla cavia, né su volontari ma su popolazioni. Sì, credo che vogliono. Chi lo vuole? Quelli che hanno a cuore la vita di queste popolazioni? E allora questi benefattori perché non danno un po' da mangiare alle popolazioni che non mangiano? Certo, ognuno fa il suo mestiere. E che mestiere possono fare i ricercatori di una ditta che fa vaccini? E una ditta che fa vaccini che cosa può fare se non vaccini? Anche loro devono mangiare, no? Queste considerazioni sono poco scientifiche e se volete un po' troppo emotive e lo sono in risposta (anche) a quanto è successo due anni fa quando si è parlato di pandemia, con il risultato che, alla fine, delle categorie a rischio che andavano necessariamente vaccinate solo 1 su 10 lo ha effettivamente fatto.

Ma se volessimo attenerci a programmi di vaccinazione degni di questo nome, che seguono, come in altri Paesi, le direttive di chi questi programmi li deve decidere (nel nostro caso il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità), allora il senso della lettera del dott. Cavallo (e la nostra relativa risposta) assumono un significato molto più pratico e appunto finalizzato a una "vera campagna di vaccinazione" rivolta, perlomeno, a quelle che sono le categorie a rischio.

Le direttive ministeriali per la campagna vaccinale per l'influenza 2011-12 al comma 2.2.2 "Raccomandazioni sull'impiego dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2011-12" recita nel seguente modo: "... La campagna di vaccinazione stagionale, promossa ed economicamente sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale, è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati a rischio di complicanze severe e a volte letali, in caso contraggano l'influenza. L'offerta gratuita attiva è rivolta anche alle persone non a rischio che svolgono attività di particolare valenza sociale. L'inserimento dei bambini sani di età compresa tra 6 mesi e 24 mesi (o fino a 5 anni) nelle categorie da immunizzare prioritariamente contro l'influenza stagionale è un argomento attualmente oggetto di discussione da parte della comunità scientifica internazionale, soprattutto a causa della mancanza di studi clinici controllati di efficacia. L'offerta di vaccinazione è raccomandata dalla Sanità americana e canadese e da pochi Paesi della Comunità Europea (es. Finlandia) ma i dati di copertura vaccinale finora raggiunti non consentono di valutare l'impatto di tale intervento. Pertanto, non si ritiene necessario promuovere programmi di offerta attiva gratuita del vaccino influenzale

stagionale ai bambini che non presentino fattori individuali di rischio. Ciò non significa che vi siano controindicazioni alla vaccinazione dei bambini "sani" di età superiore a 6 mesi, qualora il loro pediatra optasse per tale scelta. Valgono per loro le stesse regole (dosaggio, n° di dosi) indicate per i bambini appartenenti ai gruppi a rischio".

Sì, è vero: è possibile che la vaccinazione delle sole categorie a rischio non sia stata e non sia in grado di ridurre la mortalità e che non sia un vantaggio in assoluto favorevole per la comunità in termini di costi e benefici. Ma queste considerazioni, al momento, valgono anche nel caso in cui si decidesse di vaccinare "tutti" i bambini con età superiore ai 6 mesi. La direttiva ministeriale è molto chiara: il presunto vantaggio di questa strategia non è noto e la comunità dei pediatri, in assenza di chiare e ulteriori evidenze, dovrebbe essere consapevole di questi dati di fatto. La scelta di chi è in attesa di queste evidenze (prima di proporre una vaccinazione antinfluenzale "universale") non è aprioristica ma è basata su un uso razionale e ragionevole delle risorse disponibili, di cui vanno informate anche le famiglie.

Franco Panizon e Federico Marchetti

Linee guida sull'OMA

Abbiamo letto con vivo interesse l'editoriale e l'articolo di G. Longo "Le linee guida della SIP e dell'AAP sull'otite media acuta", pubblicati su *Medico e Bambino* di marzo 2011 e le reazioni presenti nel numero di giugno. A nome dell'ampio gruppo multidisciplinare che ha preparato la "Linea guida sull'otite media acuta, dalla diagnosi alla prevenzione"¹ vorremmo proporre i nostri commenti argomentandoli su 3 punti, con una non scontata premessa: l'otite media acuta (OMA) è una patologia che è ben lontana dall'essere banale.

1. La diagnosi. Il problema è ancora su questo punto: la diagnosi. Pare sia ancora necessario chiarire cosa si intende per OMA perché nell'articolo del dott. Longo si mescolano vari tipi di definizione: otite media acuta, otite batterica, otite vera, otite finta, otite lieve virale, arrossamento della membrana timpanica...

La linea guida italiana fa riferimento a una sola diagnosi, quella di OMA certa e a nient'altro. Non corrisponde alla realtà affermare che "nella quotidianità della pratica ambulatoriale il pediatra si imbatte in due tipi fondamentali di otiti": quelle "vere" e quelle "lievi" o "virali" (così definite nell'articolo). Se fosse veramente così a che scopo tanta letteratura sull'argomento? A

che scopo tante discussioni e tanti confronti ancor oggi?

La chiave per una corretta gestione dell'OMA rimane l'accuratezza della diagnosi² e un uso corretto delle definizioni: otite non è *tout-court* OMA e certamente iperemia della membrana timpanica non è OMA. L'OMA, lo ricordiamo, è caratterizzata da tre condizioni che devono essere contemporaneamente presenti: **1.** esordio improvviso dei sintomi (febbre, otalgia, iritabilità); **2.** flogosi (eritema/iperemia) della membrana timpanica (MT); **3.** presenza di essudato nella cassa timpanica (estroflessione della MT, mobilità della MT ridotta o assente, otorrea)³. Questa è l'OMA vera, quella certa, tutto il resto possiamo chiamarlo come vogliamo, ma non è OMA! Basterebbe ribadire e aver chiaro questo concetto perché la linea guida italiana diventi leggibile e comprensibile. È ben riconosciuto, d'altronde, che i soli sintomi, anche se rilevati da genitori attenti, non sono in grado, nei bambini al di sotto dei 3 anni, quelli più predisposti al problema, di differenziare l'OMA certa da un'aspecifica infezione delle alte vie aeree⁴. La stessa otalgia, inoltre, è presente in proporzioni non dissimili fra i bambini con OMA certa e i bambini con infezione aspecifica delle alte vie aeree (IVAS). E soprattutto, i sintomi non sono in grado di differenziare le forme batteriche da quelle virali.

Pertanto chiamiamo OMA solo l'OMA e non ciò che viene definito "arrossamento semplice del timpano": quest'ultima condizione non è un'OMA e quindi non si può dire "questa è un'OMA da non trattare con l'antibiotico", semplicemente perché non è un'OMA e non va nemmeno pensato l'antibiotico: punto e basta.

Di fatto tra l'OMA grave e la semplice iperemia della MT c'è un mondo: il pediatra di famiglia lo sa e deve saper riconoscere le diverse modalità di presentazione di una flogosi dell'orecchio medio. Per farlo ha a disposizione due modi: "semplificare", operando una diagnosi approssimativa o "sogettivizzando" la diagnosi, utilizzando spesso in modo improprio la terapia antibiotica o applicando una vigile attesa "alla cieca", oppure utilizzare tutti gli strumenti, clinici e strumentali, necessari per giungere a una diagnosi corretta. Oltre a una anamnesi precisa e a un attento esame otoscopico per il rilevamento della flogosi della MT, è necessario, infatti, verificare la presenza di essudato nella cassa timpanica. Salvo che ci si trovi di fronte a una MT francamente e marcatamente estroflessa (il *bulging* degli anglosassoni), che di per sé è diagnostica, quest'ultimo e decisivo criterio è valutabile solo con lo studio della mobilità della MT e per farlo il pediatra ha a disposizione uno strumento efficace ed effi-

ciente come l'otoscopio pneumatico. Ebbene sì, proprio quella otoscopia pneumatica che da un lato si riconosce essere raccomandata a livello internazionale perché sostenuta da forti evidenze scientifiche e dall'altro si dubita sbrigativamente che sia realmente efficace e dirimente (*vedi* la risposta alle lettere del numero di giugno). Forse che c'è EBM ed EBM? Se l'otoscopia pneumatica è sostenuta da forti evidenze scientifiche (perché ci permette di fare diagnosi certa di OMA) perché non lavorare tutti assieme per far sì che diventi una prassi diffusa e condivisa, cercando di superare alcune pigrizie e prassi "consolidate dall'abitudine" come abbiamo imparato a fare in molti altri ambiti della pediatria?

2. Terapia e vigile attesa. Solo di fronte a una diagnosi certa di OMA ci possiamo porre la domanda: "La tratto o non la tratto?". La linea guida italiana ci propone, di fronte a una diagnosi certa di OMA, i criteri per un percorso ragionato e ragionevole all'utilizzo della terapia antibiotica o della vigile attesa sia in ambito ambulatoriale sia in quello ospedaliero.

Se non si tratta di un'OMA certa non c'è discussione né sulla terapia antibiotica né sulla vigile attesa: semmai sarà una vigile attesa rispetto all'evoluzione di un'IVAS ma non di un'OMA. La vigile attesa dell'OMA, infatti, ha caratteristiche e condizioni ben definite da abbondante letteratura^{5,6}, ma soprattutto si deve porre come dilemma solo di fronte a una diagnosi certa di OMA: in questo caso a tutt'oggi c'è un consenso ancora abbastanza condiviso sull'utilizzo immediato della terapia antibiotica nel bambino sotto i due anni, mentre sopra i due anni si può procedere con ragionevole sicurezza alla proposta di una corretta vigile attesa⁷.

Avendo chiaro tutto quanto detto finora risulta poco condivisibile la sottolineatura riportata nell'articolo citato: "*sarei per una terapia antibiotica senza attese nelle otiti importanti, a tutte le età, ma paradossalmente vedrei più idonea la vigile attesa proprio nei bambini con otiti ricorrenti, o nei piccoli, all'esordio della febbre e buona risposta al paracetamolo (...) quando il timpano rosso rappresenta un comune segno minore di accompagnamento delle virosi respiratorie*". Il conflitto sta ancora qui, cioè nel mettere sullo stesso piano l'OMA vera e le semplici iperemie della membrana timpanica di comune riscontro nelle IVAS che, come tali, non entrano nell'albero decisionale clinico-terapeutico dell'OMA previsto dalla linea guida.

3. Scelta della molecola e frazionamento. Per un'OMA non complicata, non ricorrente, in un bambino senza fattori di

rischio, la molecola di prima scelta è e rimane l'amoxicillina.

Rimandiamo al testo completo della linea guida per il dettaglio delle altre scelte. Tuttavia ci sembra opportuno aggiungere alcune considerazioni.

Alla luce di recenti dati microbiologici rappresentativi della realtà italiana, l'indicazione nella linea guida dell'uso della amoxicillina trova come valida alternativa tra le cefalosporine orali il cefaclor nelle forme con sintomi lievi proprio per le caratteristiche microbiologiche e farmacologiche di questo derivato cefemico disponibile in Italia⁸. L'associazione amoxi-clavulanato trova giustificazione nelle forme di OMA con sintomi gravi a causa della possibile alterazione dei patogeni responsabili dell'OMA dopo vaccinazione antipneumococcica su larga scala⁹; in alternativa la letteratura più accreditata ha dimostrato l'efficacia della cefuroxima axetil tra le cefalosporine di II generazione e della cefpodoxima proxetil tra quelle di III generazione¹⁰.

Per quanto riguarda il frazionamento delle dosi c'è un diffuso consenso, sia per considerazioni teoriche¹¹ sia per esperienze cliniche¹², sull'efficacia e sulla sicurezza della somministrazione *bis in die* dell'amoxicillina e dell'amoxi-clavulanato.

Bibliografia

1. Marchisio P, Principi N, Bellussi L, a nome del gruppo multidisciplinare. Linea guida sull'otite media acuta: dalla diagnosi alla prevenzione. Accessibile su www.sip.it.
2. Klein JO. Is acute otitis media a treatable disease? *N Engl J Med* 2011;364:168-9.
3. Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children. *JAMA* 2010;304:2161-9.
4. Laine MK, Tähtinen PA, Ruuskanen O, Huovinen P, Ruohola A. Symptoms or Symptom-Based Scores Cannot Predict Acute Otitis Media at Otitis-prone age. *Pediatrics* 2010;125:e1154-61.
5. Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, Tamburini G, for the Italian Study Group on Acute Otitis Media. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:679-84.
6. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:1235-41.
7. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368:1429-35.
8. Stefani S, Mezzatesta ML, Fadda G, et al. Antibacterial activity of cefditoren against major community-acquired respiratory pathogens recently isolated in Italy. *J Chemother* 2008;20:561-9.
9. Block SL, Hedrick J, Harrison CJ, et al. Community-wide vaccination with the heptavalent pneumococcal conjugate significantly alters the microbiology of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:829-33.
10. Fallon RM, Kuti JL, Doern GV, Giroto JE,

Nicolau DP. Pharmacodynamic target attainment of oral beta-lactams for the empiric treatment of acute otitis media in children. *Paediatr Drugs* 2008;10:329-35.

11. Bax R. Development of a twice daily dosing regimen of amoxicillin/clavulanate. *Int J Antimicrob Ag* 2007;30S:S118-S121.

12. Behre U, Burrow HM, Quinn P, Cree F, Harrison HE. Efficacy of twice daily dosing of amoxicillin/clavulanate in acute otitis media in children. *Infection* 1997;25:163-6.

**Mattia Doria, Pediatra di famiglia
Chioggia (Venezia)**

**Luisa Bellussi, Otorinolaringoiatra,
Presidente onorario SIOIP, Roma**

**Giuseppe Di Mauro, Pediatra di famiglia,
Presidente SIPPS, Caserta**

**Nicola Mansi, Otorinolaringoiatra,
Presidente SIOIP, Napoli**

**Andrea Novelli, Farmacologo clinico,
Università di Firenze**

**Paola Marchisio, Pediatra,
Università di Milano e Fondazione IRCCS
Ca' Granda Ospedale Maggiore, Milano**

Ringrazio innanzitutto gli Autori della lettera, che a nome del Gruppo multidisciplinare che ha elaborato le "Linee Guida sull'otite media acuta" (LG), mi permette di riprendere la discussione su una patologia che -condivido- è tutt'altro che banale, se non altro per l'impatto epidemiologico che comporta.

Come ho già confessato nella risposta al dottor Mirabassi (cfr. rubrica Lettere, in Medico e Bambino del giugno scorso), personalmente non ho alcuna esperienza di pneumo-otoscopia, non l'ho mai fatta e credo che mai la farò. Le mie argomentazioni erano pertanto quelle di un, oramai vecchio, pediatra che con l'otoscopio in mano ha passato una vita e che, nel rispondere alle perplessità del dott. Della Giustina, ha cercato di interpretare le difficoltà dei tanti pediatri di famiglia (anche questi, per la maggior parte, non avvezzi alla pneumo-otoscopia) nel condividere le raccomandazioni delle LG in oggetto. E in questo il problema della diagnosi è certamente centrale; tuttavia limitarsi ad affermare che si può parlare di "otite acuta" soltanto quando il timpano rosso è accompagnato da un chiaro essudato endotimpanico (indicato dalla estroflessione della membrana timpanica o dalla ipomotilità del timpano in oto-pneumoscopia) mi sembra molto riduttivo. Ogni bambino acutamente ammalato e con timpano rosso ha un'OMA; che poi quell'iperemia sia dovuta a una consensuale compromissione del timpano in corso di una banale infezione respiratoria virale e/o che receda con il solo antidolorifico, non può modificare la correttezza della diagnosi di "otite". Che poi l'utilizzo dell'otoscopio pneumatico possa aiutare a una più precisa definizione delle OMA con essudato non posso

che accettarlo (pur con le eccezioni a tutti note, della piccola età, alla possibile preesistenza di un essudato endo-timpanico). Tuttavia, se il pediatra medio (quello che l'otoscopio pneumatico non lo sa usare) impara a valorizzare bene tutti gli elementi clinici e obiettivi che l'OMA "suppurativa" esprime, e che ho ben ricordato nella mia farmacoriflessione¹, credo che alla diagnosi e alla successiva decisione di usare o meno l'antibiotico ci arriva ugualmente anche senza l'ausilio della oto-pneumoscopia. E questo, è facile capirlo, è tanto più vero se si adotta, come tutti dovrebbero fare, la politica della vigile attesa nei casi di "otite" più lievi o dubbi. Di fatto, negli studi che hanno documentato la fattibilità della vigile attesa, la pneumo-otoscopia non è stata considerata come un passaggio diagnostico essenziale.

Ma, per dirla tutta, io credo che debba essere considerata con cautela e molto senso critico l'affermazione che l'antibiotico giochi un ruolo solo marginale nella maggior parte delle OMA "suppurative", per intenderci quelle a chiara eziologia batterica,

con forte otalgia e membrana estroflessa. È quanto affermato, senza mezze misure, anche dall'editorialista del *N Engl J Med*² a commento degli ultimi trial clinici, già più volte ricordati a questo proposito³. L'eccessivo utilizzo dell'antibiotico non è certamente legato al trattamento del bambino con l'OMA suppurativa, bensì all'indiscriminato utilizzo dell'antibiotico in ogni infezione respiratoria virale, otite compresa, e la politica della "vigile attesa" è su queste otiti che ha il suo target fondamentale.

Infine, per le note sull'uso dell'antibiotico e del Cefaclor in particolare, non posso che ribadire le perplessità già esposte nella mia "farmacoriflessione" e alla quale rimando il lettore interessato¹.

Bibliografia

1. Longo G. Le Linee Guida della SIP e dell'AAP sull'otite media acuta. Commenti "sul campo" di un bravo pediatra di famiglia e di un esperto di lungo corso. *Medico e Bambino* 2011;30:175-9.
2. Klein JO. Is Acute Otitis Media a Treatable Disease? *N Engl J Med* 2011;364:168-9.

3. Ventura A (a cura di). Pagina gialla. *Medico e Bambino* 2011;30:11.

Giorgio Longo

Come togliere con facilità la zecca dalla cute

Ho letto, e condiviso, la lettera dei colleghi sulle parassitosi da zecche. Informo che in Svizzera è in vendita la *ZeckenKarte*, una piccola carta di plastica, simile a una carta di credito o un bancomat, con una fessura dentro la quale si infila delicatamente la zecca che poi si toglie con estrema facilità e senza complicanze. L'ho provata sui miei pazienti (acquistata in una farmacia di Lugano) e funziona a meraviglia. Gli svizzeri la tengono in tasca quando escono sui monti. È comodissima.

Provatela!

Giovanni Meneghetti
Pediatra di famiglia
Bassano del Grappa (Vicenza)