

NATI PER LEGGERE: CON IL VOSTRO AIUTO POSSIAMO FARE ANCORA MEGLIO



Questo numero di *Medico e Bambino* riporta nelle sue pagine centrali - in modo che si possano staccare e utilizzare separatamente - una "guidina" all'attiva promozione di Nati per Leggere (NpL) da parte dei pediatri. L'intento è quello di fornire al pediatra delle cure primarie alcuni semplici strumenti per implementare il progetto nella pratica quotidiana: una breve sintesi del razionale del progetto, utile per eventuali presentazioni in ambito locale; indicazioni su come dare attuazione al progetto nel proprio ambulatorio e nella propria pratica clinica; una scheda sullo sviluppo psicomotorio del bambino proposta nell'ottica del rapporto con il libro e la lettura.

Questo stesso materiale viene proposto dal Coordinamento Nazionale NpL a tutte le riviste pediatriche, nell'intento di rafforzare il contributo dei pediatri, che è fondamentale, all'ulteriore diffusione del programma.

I pediatri attivi in NpL sono allo stato un po' più di mille, circa il 10% dei pediatri impegnati nelle cure primarie. Non sono pochi, ma potrebbero essere di più, tenendo conto che il nostro Paese, come si sa ed è stato ribadito dalla più recente indagine promossa dall'OCSE, è tra gli ultimi quanto a competenze di lettura e scrittura da parte dei ragazzi; che la promozione della lettura in famiglia è stata definita "l'attività più efficace che il pediatra possa svolgere per promuovere lo sviluppo del bambino", ed è stata raccomandata dall'OMS, dall'UNICEF e dalla Banca Mondiale.

Nei 10 anni di attività, celebrati l'anno scorso, NpL ha fatto straordinari passi avanti. Oggi sono attivi circa 400 progetti locali, intere Regioni hanno adottato il programma, c'è stato il patrocinio del MIUR, l'attribuzione del Premio Nazionale della Famiglia, la medaglia speciale del Presidente della Repubblica conferita al Premio Nazionale NpL istituito l'anno scorso dalla Fiera del Libro di Torino, e riconfermata quest'anno. La stima di copertura del territorio nazionale era due anni fa di circa il 18%. Il programma è stato inoltre "esportato" con successo in Catalogna, Croazia, Svizzera, e tra i nostri emigrati in Germania.

Ma l'opera va ancora completata, vanno raggiunti quanti non sono stati raggiunti e, come spesso accade, ne avrebbero più bisogno: al Sud, nelle periferie delle grandi città, tra le famiglie di immigrati. Corrediamo questa breve nota con alcune citazioni, la prima tratta dalle "Lezioni Americane" di Italo Calvino; le altre, dai convegni NpL.

"Corriamo il rischio di perdere una facoltà umana fondamentale: il potere di mettere a fuoco visioni a occhi chiusi, di far scaturire colori e forme dall'allineamento di caratteri alfabetici neri su pagina bianca, di pensare per immagini."

"Nell'epoca di videocracy, della banalizzazione, della volgarità, del non tempo e della famiglia nucleare, NpL va controcorrente (contro la supremazia del video, contro la nuclearizzazione, contro la disuguaglianza, contro la volgarità, e per il giusto tempo). Ma questa è anche la forza di NpL: la consapevolezza dei rischi di regressione culturale infatti può accomunare tutti gli strati sociali, o quasi, tutte le parti politiche, o quasi, e tutti gli attori sociali, o quasi."

"Nati per Leggere va oltre i suoi obiettivi espliciti, i campi di azione e le professionalità dei proponenti: è un'opera di promozione sociale e culturale a vasto raggio."

"NpL ha le sue radici nelle cose migliori del passato, e nel contempo può rappresentare una evoluzione umanista e umanitaria, una coniugazione di scienza e cultura, che ha nel bambino il suo fine principale ma che trova nell'adulto e anche nell'anziano dei protagonisti fondamentali."

"Promuovere e rafforzare NpL al Sud e in generale nelle zone depresse, affette da criminalità organizzata e degrado sociale, è essenziale: la sua debolezza al Sud è infatti lo specchio della debolezza sociale di quei contesti; il suo sviluppo è un segno e un fattore di crescita e di consapevolezza."

Il Coordinamento Nazionale Nati per Leggere

LA TERAPIA DELL'OTITE MEDIA ACUTA: QUELLO CHE GLI STUDI CLINICI E LE LINEE GUIDA NON DICONO

La prima volta che abbiamo sentito parlare della "vigile attesa" nei casi di otite media acuta (OMA) è stato 30 anni fa. Lo hanno fatto per primi gli Olandesi, in studi osservazionali prima e poi in formali studi clinici randomizzati (RCT)¹. Da allora sono stati pubblicati diversi RCT e, come raramente succede in letteratura, è stato possibile produrre nel tempo ben 5 metanalisi sull'argomento, con la valutazione di diverse misure di esito e con tentativi di stratificazione dei pazienti per arrivare a definire quali sono i sottogruppi di bambini che possono beneficiare del trattamento antibiotico immediato, rispetto a quelli che invece possono adottare la vigile attesa.

I risultati delle metanalisi evidenziano che i bambini trattati da subito con l'antibiotico rispetto a quelli trattati con il placebo hanno un dimostrato vantaggio in termini di miglioramento dei sintomi ma che il beneficio complessivo è molto modesto (bisogna trattare, NNT, da 7 a 21 bambini a seconda delle metanalisi per avere un successo terapeutico in più dell'antibiotico rispetto al placebo) a fronte di un maggiore numero di effetti collaterali (più del 20% ha la diarrea ad esempio) e di un dimostrato aumento delle resistenze agli antibiotici. Possiamo ipotizzare che proprio per quest'ultimo aspetto (quello dell'uso indiscriminato degli antibiotici e dell'aumento delle resistenze) l'interesse per il problema è ancora vivo, rispetto a una patologia di fatto banale. In pratica la possibilità di adottare, nella pratica, la vigile attesa nel trattamento dell'OMA, rappresenta un modello culturale e di popolazione a cui fare riferimento quando si parla dell'uso razionale della terapia antibiotica nel bambino.

Con il tempo, agli RCT e alle metanalisi, ha fatto seguito la formalizzazione di Linee Guida (LG) sulla diagnosi e sulla terapia dell'OMA, anche queste numerose, anche queste con raccomandazioni in parte in disaccordo su chi trattare da subito con l'antibiotico e chi no. Negli Stati Uniti, dopo anni di forti diffidenze sulla vigile attesa, l'AAP le ha pubblicate nel 2004 (nei Paesi Scandinavi diversi anni prima). In Italia sono state pubblicate, sotto l'egida della SIP, nel 2010. Le due LG,

quella dell'AAP e della SIP, sono molto simili, e i punti essenziali delle raccomandazioni (che riconoscono la vigile attesa come una pratica assolutamente ragionevole in casi selezionati) sono sintetizzati e discussi nell'articolo di Giorgio Longo pubblicato su questo numero a pag. 175².

Recentemente, a rimettere in discussione l'adozione della vigile attesa nell'OMA, ci sono i risultati di due importanti RCT pubblicati sullo stesso numero del *N Engl J Med* (per le referenze vedasi l'articolo di Longo e, per un commento, la Pagina Gialla di gennaio), entrambi sponsorizzati dalle case farmaceutiche, entrambi molto criticati per la sostanziale distanza da quella che è la normale pratica assistenziale. Nella valutazione del beneficio del trattamento antibiotico rispetto al placebo si tiene conto, ad esempio, di uno score non solo clinico ma anche otoscopico, a distanza di molti giorni dalla fine del trattamento. Tuttavia, nel calcolo del NNT, considerando la risoluzione dei sintomi al secondo giorno di trattamento (nel trial di Hoberman A, *et al.*) e il miglioramento delle condizioni generali al terzo giorno (nel trial di Tähtinen PA, *et al.*) come misure di esito (quelle che il pediatra di famiglia osserva comunemente nella pratica), la differenza tra i trattati e i non trattati è di fatto molto modesta (35% vs 28%, NNT=14,6% e 92,5% vs 86,1%, NNT=15,5, rispettivamente) e in conformità con le evidenze riportate nei lavori di metanalisi. Inoltre l'utilizzo in entrambi gli RCT dell'uso di amoxicillina + acido clavulanico (ricordiamo che non aggiungono nulla rispetto alla sola amoxicillina nelle OMA da *S. pneumoniae*) è molto sospetto e non spiegato dagli Autori. Le LG dell'AAP e della SIP, ad esempio, raccomandano l'uso dell'amoxicillina protetta nei casi con una sintomatologia sistemica molto importante (temperatura > 39 °C), che rappresentano solo il 13% della popolazione reclutata con OMA nello studio di Tähtinen.

Siamo sicuri che i risultati di questi studi riapriranno una discussione molto serrata tra gli esperti del problema, che recentemente non hanno trovato un formale accordo su diversi punti della gestione dell'OMA, a partire dai criteri per la diagnosi³ (ma è così difficile?).

Tuttavia quello che i risultati degli RCT e in parte le raccomandazioni riportate nelle LG non dicono è che la gestione dell'OMA è relativamente semplice se si adotta come regola assistenziale un approccio che prevede la vigile attesa nei casi in cui è ragionevole e possibile adottarla. Un bambino con OMA merita come prima cosa un trattamento analgesico in presenza di una dimostrata o presunta condizione di dolore. La condivisione con la famiglia su cosa osservare nelle successive ore per valutare la guarigione spontanea e su quando e come intervenire con l'antibiotico di fatto non trova ostacoli di rilievo nella pratica ambulatoriale e di Pronto Soccorso.

I bambini che, alla fine di questo percorso condiviso di gestione, vengono trattati con l'antibiotico sono pari a circa il 30% dei casi (gli altri 70% non ne hanno bisogno), come dimostrato in larghi studi prospettici condotti sia nel contesto

ambulatoriale che di Pronto Soccorso^{4,5}. Avere scelto la vigile attesa anche in questi casi che poi devono ricorrere all'uso dell'antibiotico ha dei limiti (ma di poco conto, con un risparmio di mezza giornata di dolore e/o di febbre), ma anche dei benefici in merito a un approccio educativo nei confronti della famiglia sull'uso dell'antibiotico e a un richiamo a un maggior rigore nell'utilizzo di questa classe di farmaci, che ci impone oggi di riconsiderare le nostre abitudini prescrittive. Molti pediatri lo fanno, molte famiglie condividono questa scelta.

Il resto appartiene a margini di incertezza che vanno esplicitati, con la consapevolezza che ciascun pediatra si può trovare di fronte a casi con OMA (non numerosi) che non rientrano, per le loro caratteristiche, nell'ambito delle raccomandazioni riportate nelle LG. A queste aree di incertezza cerca di rispondere Longo² con la sua farmacoriflessione, a partire dalla messa in discussione di alcune raccomandazioni delle LG che derivano da evidenze "statistiche" prodotte dai lavori di metanalisi, in merito ad esempio alla raccomandazione di trattare da subito i casi con OMA bilaterale.

Le osservazioni riportate nell'articolo, che solo apparentemente sembrano essere controcorrente, cercano di rispondere alle domande e alle perplessità largamente condivisibili poste da Auro Della Giustina, partendo proprio dall'aspetto cruciale che è la tipizzazione della gravità dell'otite per arrivare alla scelta dell'antibiotico più immediatamente fruibile e condivisa (oltre che già ampiamente collaudata sul campo dai pediatri di famiglia). Le conclusioni sono assolutamente ragionevoli e nei fatti in linea con le LG, anche se con sottigliezze e indicazioni apparentemente diverse: la maggior parte dei casi sarà palesemente costituita da quelli in cui si può/deve attendere ma esistono casi che si presentano da subito (per aspetto otoscopico e sintomatologia clinica) con caratteristiche tali da meritare il trattamento in prima battuta.

Il resto della discussione che ruota intorno alla gestione dei casi di OMA rischia di essere ai limiti dell'accademia scientifica e di poca utilità pratica.

Bibliografia

1. van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A double-blind study in children. *Lancet* 1981;2:883-7.
2. 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.
3. Vergison A, Dagan R, Arguedas A, et al. Otitis media and its consequences: beyond the earache. *Lancet Infect Dis* 2010;10:195-203.
4. Siegel RM, Kiely M, Bien JP, et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. *Pediatrics* 2003;112:527-31.
5. Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, Tamburlini G. Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media: a prospective observational study in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:679-84.

Federico Marchetti