

Otite media acuta

In caso di OMA, è risaputo che il 90% dei bambini non andrebbero trattati subito con l'antibiotico, cioè bisognerebbe aspettare l'eventuale evoluzione e invece non è così. Perché?

I pediatri di famiglia lo prescrivono per rendere tranquilli i genitori, specie il venerdì o il sabato, ma i pediatri ospedalieri e gli otoiatri, categorie poco chiamate in campo, che motivi validi hanno per dare subito l'antibiotico?

Secondo me non è giustificabile nessuna delle tre categorie. E allora, quand'è che cominciamo a fare più seriamente informazione e meno prescrizioni inutili?

In caso di otorrea senza febbre e dolore precedente, deve o non deve essere trattato il bambino?

Pediatra di base

Questa lettera era arrivata alla rubrica "Domande e Risposte". Ma la risposta dell'esperto non ha del tutto soddisfatto il responsabile della rubrica: ci siamo così trovati con due risposte, la prima più cauta, la seconda più radicale e critica nei riguardi della prima. Di comune accordo, pensando che anche le divergenze possano essere istruttive e fornire la misura dell'indefinitività dello stato dell'arte, abbiamo deciso di pubblicare tutte e due le risposte.

In verità nessuna delle due risponde in maniera precisa né al quesito tecnico (il bambino con otorrea va trattato o non va trattato?) né al quesito etico-deontologico (perché non riusciamo a comportarci tutti nella stessa maniera e, in particolare, perché l'Ospedale non segue le regole "giuste" e non dà il buon esempio?).

Alla domanda tecnica non c'è una risposta chiara, perché mancano i dati oggettivi di una osservazione controllata. Il bambino con otorrea è un bambino a rischio perché il timpano è aperto oppure è un bambino guarito a cui l'otite non procura più dolore? Che il rischio sia piccolo è certo: ma quanto piccolo? Le opinioni possono essere diverse ma, come dice la seconda lettera, la vera verità non è stata misurata.

Alla domanda deontologica le due lettere danno una risposta implicita. L'otite non complicata non dovrebbe arrivare al ricovero, ma al Pronto Soccorso sì. Ed ecco due persone che lavorano entrambe anche in un Pronto Soccorso ospedaliero dare due risposte diverse, a cui corrispondono due comportamenti diversi: «Io non conosco la famiglia e non posso fidarmi del tutto»; oppure: «Spiego bene il problema e dò una raccomandazione scritta: se è un atto di buona pratica medica, ha un valore universale». Voglio dire: una variabilità decisionale non può essere considerata buona o cattiva me-

dicina. Non esiste, e ci vorrà del tempo prima che si affermi una linea veramente condivisa sui confini "giusti" tra il trattamento e il non trattamento dell'otite.

Le sperimentazioni condotte sul campo, nei Paesi Bassi, nel Regno Unito, in Italia, sulla non pericolosità e non dannosità di limitare a poche indicazioni la terapia antibiotica dell'otite in prima battuta, sono assolutamente convincenti, e sono sufficienti a proteggere la coscienza, la professionalità e forse anche la posizione medico-legale di ogni medico, ma questo convincimento ha ancora della strada da fare prima di ricevere un consenso formale, di passare l'Atlantico, di diventare una "linea-guida" autenticamente condivisa dalla larga maggioranza dei pediatri, ospedalieri o di famiglia.

Prima risposta. L'otite con otorrea, quella del bambino sotto i due anni, quella con grave compromissione dello stato generale va sempre trattata con l'antibiotico e per 10 giorni. Discussa la necessità dell'antibiotico negli altri casi, ovvero per l'otite non complicata del più grandicello. L'ipotesi e la proposta di non trattare discendono effettivamente dalla troppo esigua differenza tra antibiotico e placebo in questi soggetti, ma non è ancora una politica universalmente accettata o "basata sull'evidenza". In altre parole i conti non si possono fare soltanto con i numeri, perché un solo caso di meningite su 100 otiti non trattate può non essere sufficiente per modificare il P statistico ma ampiamente sufficiente per dare gravi problemi al medico che ha fatto la politica del risparmio. In conclusione, ritengo che nell'OMA non complicata del bambino sopra i due anni (vedi anche Medico e Bambino: Ronfani L, et al. 2002;21(3):170-8) si possa evitare ragionevolmente l'antibiotico, ma bisogna anche avere un buon (e consolidato) rapporto con i genitori (difficile per esempio se si opera in un Pronto Soccorso) ed essere sempre disponibili a rivedere il bambino (farsi trovare al telefono!) se i sintomi dovessero persistere o aggravarsi.

Seconda risposta. Non sono completamente in accordo con la prima risposta e questo per alcune ragioni.

□ La politica di non uso dell'antibiotico in prima istanza (perché di questo si tratta) è un approccio molto evidence based, sulla base di diversi clinical trial e di ben 3 metanalisi che sono nella stessa direzione: l'antibiotico riduce di un po' la sintomatologia dolorosa e la durata della febbre (bisogna trattare 17 bambini per avere un beneficio in più su questi sintomi), ma non le complicanze, non la ricorrenza, non l'OME.

□ Il gruppo di lavoro italiano dei pediatri di famiglia ha adottato nella pratica delle linee

guida che prevedevano l'uso dell'antibiotico da subito nei casi: a) <1 anno (il limite di uso necessario credo che per l'età debba essere questo), b) con otorrea e c) con una storia di OMAR. Negli altri casi si poteva attendere 48-72 ore e in 7 casi su 10 si è riusciti a non usare l'antibiotico. I casi che avevano un decorso poco favorevole hanno usato l'antibiotico. La famiglia era informata su quando e come dare l'antibiotico. Nessuna complicità a 30 gg di follow-up.

□ La durata dei 10 gg è eccessiva. Anche negli Stati Uniti hanno rivisto questa indicazione e tutti sono favorevoli a un trattamento più breve (5-7 gg a dosi alte di amoxicillina, 75-90 mg/kg).

□ L'altro punto che nella prima risposta crea qualche "paura" e difficoltà nell'applicare la linea guida di ragionevole attesa è la necessità di un rapporto consolidato con la famiglia. Certamente vero. Ma non condizione assoluta. In Pronto Soccorso (e come pediatra di famiglia) continuo, tranne le situazioni su indicate, a non usare l'antibiotico in prima istanza e a fornire delle indicazioni verbali e poi scritte su quando usare l'antibiotico (se il bambino continua ad avere febbre e/o dolore dopo 48-72 ore o se domani stesso sta male in quanto abbattuto, con febbre molto elevata ecc.). La ricetta dell'amoxicillina la faccio la stesso, per evitare disagi in caso di necessità di uso. Alla fine molte delle OMA saranno otalgie (ma non è proprio vero), ma il risparmio e l'informazione di cui il pediatra parla nella sua domanda stanno proprio su questo punto e anche in contesti non proprio familiari. La famiglia non ha mai grosse difficoltà ad accettare questo approccio, anche se non ti conosce, ma sei sufficientemente informativo.

Amare se stessi per amare gli altri

La Pediatria e le problematiche attinenti alla salute del bambino sono un campo di osservazione e di attuazione di principi, etici e salutistici, che ci coinvolgono. Parlare e scrivere di Pediatria è una cosa bellissima, perché significa aprire il cuore ai sogni e ai bisogni del fanciullo e percepire che gli avremo come nostri "tutor" (parola brutta non perché inglese, ma perché non sottolinea quello che è o dovrebbe essere il rapporto reciproco, per una crescita sociale e civile che ci aiuti ad essere uomini).

Oggi vivere con i bambini e per i bambini è difficile, perché il bambino è stato reso oggetto: non gli si parla con il cuore, ma con le immagini forti o con i giochi freddi, molto spesso stranieri (giapponesi), giochi che non appartengono quindi al-

la nostra cultura e che non si legano intensamente alle nostre radici; riempiono solo certi spazi di tempo, e hanno a volte contenuti falsi. Per contrastare questa tendenza dovremo rimeditare le nostre storie quotidiane; dovremmo innamorarci fortemente di noi stessi, del nostro spirito, vivendo con filosofia la nostra pratica quotidiana.

Così facendo, realizzeremo una società migliore, non fatta di schemi e interpretazioni scientifiche, ma impegnata in un lavoro di ricerca, ognuno di se stesso.

L'etica, la scienza, la religione, dovrebbero occuparsi del bambino, perché lui sia al centro della vita di ciascuno di noi, nel bene e nel male.

Ogni esperienza positiva fatta nell'infanzia rafforza la nostra mente, la personalità, e ci sostiene in un percorso di amore per gli altri.

Amore che poi ancora si riflette su di sé perché, se uno è in pace con gli altri, sarà anche in pace con se stesso.

Gaspere Salerno
Vice Segretario Provinciale FIMP, Trapani

Cosa si può dire? Che se all'interno di ciascuno di noi si verificasse realmente quella così difficile "conversione" per cui l'amore del prossimo (o l'amore di Dio, le due cose dovrebbero poter essere una sola) diventa la guida naturale delle scelte, il mondo (e non solo quello del bambino) sarebbe migliore. Ma non credo che al bambino noi possiamo trasmettere qualcosa di diverso da quello che noi stessi siamo: quindi è dentro di noi (magari aiutati dalla presenza dei bambini, segnali della continuità della specie) che dovrebbe verificarsi il cambiamento. In realtà sembra semmai che il mondo stia vivendo una rivoluzione di segno opposto; e il fatto che non nascano bambini può essere visto indifferentemente come causa o come effetto di questa involuzione. Abbiamo dei compiti che trascendono il nostro stretto mestiere? Io credo di sì, ma credo che ciascuno li debba ricercare nel suo sé e nel suo quotidiano. E se semplicemente fa questo suo mestiere secondo coscienza (e con umana, normale, sollecitudine), contribuisce a correggere questa deriva. Ognuno porta la sua pietra.

F.P.

Era meglio quando era peggio?

Una volta, pochi anni fa, anche per noi piccoli pediatri di famiglia senza grandi mezzi era possibile organizzare eventi formativi che ci formavano per davvero. Con poca spesa e molta passione e magari con l'aiuto di qualche illuminato dirigente della

ASL si poteva far avvicinare anche alla nostra periferia alcuni personaggi che avevamo imparato a conoscere e apprezzare per le loro capacità di didattica e di promozione del nostro sapere, che poi noi ci sforzavamo di tradurre in saper essere e poi saper fare, liberi da ogni condizionamento esterno.

Possedevamo in abbondanza solo gli ingredienti che tutti dicono essere quelli fondamentali per fare una buona formazione: la voglia di imparare da parte di noi discenti e la gioia di comunicare da parte di docenti motivati, che ci aiutavano a strappare uno a uno i veli di mistero (o di confusione) che per la maggior parte di noi avevano ammantato le precedenti esperienze didattiche (leggi Università).

Non voglio entrare in polemica con una didattica universitaria che chissà come e quanto sarà cambiata (spero) in questi ultimi 15-20 anni; nessuno ci obbligava a partecipare; partecipavamo perché ne avevamo voglia, e questa resta l'unica vera garanzia di formazione.

Avevamo imparato a dribblare i personaggi che apparivano troppo contigui a interessi particolari e quelli che, magari in buona fede, continuavano a cercare vie tortuose per rendere complicate le cose semplici. Ma a un certo punto tutto è diventato più difficile, cosa era successo?

Erano stati inventati i crediti, l'apoteosi dell'ipocrisia: come voler far credere alla popolazione di pazienti-utenti che si faceva di tutto per coinvolgere anche la fino ad allora intoccabile classe dei medici, in un processo di trasparenza che avrebbe dovuto garantire un continuo aggiornamento delle capacità professionali di chi, nell'immaginario collettivo, possiede le chiavi della salute, senza in realtà voler in alcun modo inimicarsi una lobby potente, cercando di realizzare un serio modello di verifica della professionalità.

Ma chi di noi in realtà può essere infastidito da una verifica? Non certo chi si avvicinava a un seminario in sedi scomode, senza aria condizionata né sofisticati mezzi interattivi né pranzi luculliani, con il solo piacere di confrontarsi con i colleghi e con il docente bravo e simpatico che ti apriva nuove prospettive culturali; forse sbaglio, ma credo che questo sia il profilo della maggior parte di noi pediatri, e forse di noi medici, ma probabilmente la parte con minor "peso" politico. La lobby probabilmente è costituita dalla restante parte, quella più vicina alle leve del potere, minoritaria come numero ma tutta impegnata alla conservazione dei privilegi, attività notoriamente molto impegnativa, che non lascia certo tempo da dedicare a stupidaggini come il cercare un continuo miglioramento delle proprie capacità professionali; chi dovesse essere in queste condizioni

certo farà di tutto per evitare di essere verificato.

I crediti hanno innescato un meccanismo di "mercato" (anche per la decisione di far pagare l'accREDITamento, cosa che ideologicamente più che assurda è scandalosa) e di conseguenza la nascita dei "credifici". Oggi, volendo, è possibile acquistare (a spese dello sponsor) i crediti necessari, cioè la patente di aggiornamento.

E daranno più formazione cinque ore serrate con un piccolo gruppo che discute animatamente con la guida di un bravo tutor, o 2 giorni al mare o in montagna (5 stelle superiore, una decina di grossi nomi impegnati a leggere qualche diapositiva, tre quarti del tempo impegnato in presentazioni e ringraziamenti degli innumerevoli presidenti, moderatori, aiuto-moderatore, break, aperitivo, pranzo, spazio dedicato allo sponsor ecc.)?

Per il Ministero il primo evento (ammesso che si trovino i soldi per accreditarlo) merita 3 bollini, il secondo almeno 12, a patto ovviamente di ricordarsi di compilare e consegnare i pre e i post-test, quasi che qualcuno li legga.

Eppure ogni tanto ancora sogno di vivere in un Paese normale, dove sia naturale che il Servizio Sanitario si impegni ad agevolare e possibilmente finanziare l'aggiornamento della professionalità dei propri strutturati con mezzi propri o comunque filtrando l'intervento degli sponsor, avendo poi il sacrosanto diritto di chiedere una verifica effettiva.

E, visto che ho cominciato a sognare, non mi costa niente continuare: in un Paese normale ci possono anche essere esami seri e corretti, senza imbrogli e sotterfugi per i soliti furbi... ma forse questo è troppo e potrei bruscamente essere costretto a svegliarmi.

Rosario Cavallo

È così. Ma è anche così. L'obbligo di accumulare crediti non è stato immaginato, penso, per quei medici che considerano parte della propria vita non restare mai uguali a se stessi, tenersi al passo con il progresso, confrontarsi, quanto piuttosto per gli altri, quelli che rimangono al margine e che non sentono il bisogno di questo continuo rinnovarsi.

È vero che chi non ne sente il bisogno non potrà migliorare solo accumulando numeri: non c'è apprendimento senza desiderio di apprendere. Ma è vero anche che questo compito di organizzare e fornire un servizio di formazione continua gratuita sarebbe un dovere del Servizio Sanitario Nazionale, anzi delle Regioni e/o delle ASL e dei Distretti. È l'unica faccenda in cui la devolution può avere un senso.

F.P.