

VACCINARE TUTTI CONTRO TUTTO?

L'articolo sui "nuovi vaccini", pubblicato a pag. 19, segue il dibattito sul Piano Nazionale Vaccini (PNV), apparso sul numero di giugno 2005 di *Medico e Bambino*. Il dibattito originava da un'analisi del collega Rosario Cavallo sulle contraddizioni tra premesse e indicazioni del PNV; seguivano una spiegazione degli estensori del Piano e un commento di M&B. Il dibattito si può riassumere sinteticamente: il PNV non dà indicazioni univoche, non prende posizione. Difesa del PNV: è necessario condividere le decisioni. La discussione riguardava e riguarda principalmente l'opportunità di avviare un programma di vaccinazione universale per pneumococco, meningococco, varicella. Gli schieramenti sono ancora spesso contrapposti: "vaccinare tutti per tutto" ("VTPT") o NO?

Partiamo dal consenso: la vaccinazione è la misura di salute pubblica più efficace, seconda soltanto all'acqua pulita. Tutti d'accordo. Ma la scelta di "VTPT" trova divisi molti esperti sull'opportunità di singoli interventi, proprio gli interventi più recentemente proposti. Si tratta di posizioni professionali diverse o di impostazioni culturali diverse?

L'estensione dell'intervento vaccinale fino a "VTPT" è un aspetto dell'estensione dell'intervento della medicina: si abbassa la soglia per cui un sano diventa malato, si interviene più facilmente in situazioni di non malattia, aumentano le prescrizioni, aumentano i malati.

La spinta è evidentemente legata all'organizzazione economica e sociale in cui viviamo: crescere per sopravvivere, aumentare i clienti e la produzione. Il vaccino non può fare eccezione. Con i numerosi aspetti positivi di questa realtà: la ricerca innanzitutto, finanziata e sostenuta in gran parte dalle aziende farmaceutiche, soprattutto nel campo dei vaccini. Fronte sul quale il numero di aziende farmaceutiche impegnate è in riduzione.

Ma la scelta di avviare un nuovo programma di salute pubblica - la vaccinazione di tutti i neonati per... - deve rispondere ai criteri generali ben delineati dal PNV.

Perché questa scelta sia seguita da successo è necessaria la partecipazione concorde di numerosi professionisti: coloro che operano nei servizi vaccinali, i pediatri di famiglia, gli ospedalieri. Ma è necessario soprattutto che si mantenga la convinzione dei genitori che si tratta di un intervento utile, efficace, conveniente per la salute dei propri figli.

Le nuove proposte vaccinali - se rispettiamo sia le opinioni di chi le promuove sia di chi non ritiene soddisfino i criteri per un intervento di vaccinazione universale - non sono certamente condivise. Sarebbe utile conoscere l'impatto delle nuove proposte vaccinali non condivise, sull'opinione dei genitori in merito alle vaccinazioni in generale.

Forse questa è la motivazione più forte che ha portato a una stesura del PNV apparentemente contraddittoria, ma figlia delle attuali convinzioni sul tema: non c'è consenso, attendiamo prima di prendere una posizione. In questa fase, ogni Regione intervenga, se crede.

E l'evoluzione delle conoscenze darebbe ragione a un atteggiamento di attesa. Con un unico invito che forse il PNV avrebbe potuto inserire: "l'obbligo" (in questo caso sì), per chi avvia un programma, di valutarne l'impatto in modo

scientifico (raccolta dati prima e dopo), utile a tutti, in un progetto di ricerca pubblico che permetta domani di utilizzare elementi raccolti nella realtà italiana. Altrimenti, oggi, si tratta di un intervento quasi ideologico: "VTPT", comunque! Logica che potrebbe svilire il significato delle vaccinazioni e offrire elementi scientifici (paradossale!) ai comitati di boicottaggio dei vaccini.

L'articolo sui nuovi vaccini vuole proporre, nello schematico dei "pro e contro", un atteggiamento di dialogo reale, sentire ognuno le ragioni degli altri, senza schieramenti preconcetti. In attesa di novità che possano portare a un ampio consenso. Oggi certamente assente, ma premessa essenziale per una scelta realmente condivisa nella pediatria italiana.

M&B

LE PAGINE ELETTRONICHE DI "MEDICO E BAMBINO"

Per la prima volta, su questo numero della rivista, è pubblicato l'indice dei contributi delle pagine elettroniche dell'anno 2005 (pag. 62). Si è deciso di farlo perché il Comitato editoriale ritiene che i tempi siano maturi per presentare ai lettori la parte elettronica della rivista, in modo più formale rispetto a quanto fatto in questi anni.

La storia delle pagine elettroniche di *Medico e Bambino* è relativamente breve. Nascono nel settembre 1998 grazie all'idea originale e al lavoro di Giorgio Bartolozzi e Franco Panizon e dal settembre 2000 di Alberto Tommasini. Nell'ottobre 2003 la rivista elettronica ha cambiato la sua veste grafica e in parte i suoi contenuti, arricchendosi di nuove rubriche (Caso interattivo, Il punto su..., Striscia la notizia, Occhio all'evidenza). Il Comitato di redazione si è allargato a medici giovani, allora specializzandi. È stata una sfida: quella di creare una nuova rivista dentro *Medico e Bambino*, senza pubblicità, libera nell'accesso a tutti. Una sfida che crediamo, con i suoi limiti, ha avuto risultati positivi: sul piano dell'entusiasmo, del metodo, dei contenuti e del riscontro del numero di lettori che si sono avvicinati alla parte elettronica della rivista (attualmente gli accessi al sito sono mediamente circa 100 al giorno). La parte elettronica di *Medico e Bambino* è anche qualcosa in più se si guardano i contenuti pubblicati come ricerche e casi contributivi. Esprimono il lavoro della pediatria italiana (di famiglia e anche ospedaliera) che è cresciuta nella metodologia del lavoro, nella collaborazione, e nei risultati, degni a volte di pubblicazioni internazionali.

Queste le nostre impressioni e la nostra breve storia, raccontata forse con troppo entusiasmo. Attendiamo il vostro giudizio e le vostre critiche e suggerimenti. Siamo consapevoli che molto rimane da fare, ma ci stiamo attrezzando per farlo.

Il 2006 sarà un anno, crediamo, importante per la rivista, proprio perché dal mese di maggio il sito delle pagine elettroniche avrà una ristrutturazione con la disponibilità di un motore di ricerca (per autore e parole chiave) degli articoli cartacei ed elettronici di *Medico e Bambino* e degli articoli cartacei in formato PDF per gli abbonati alla rivista (a partire dal 1997). Molti contenuti della parte elettronica rimar-

Editoriali

ranno aperti a tutti i lettori, altri "riservati" agli abbonati. Si cercherà di intraprendere il percorso di formazione a distanza (ECM) e soprattutto di favorire l'interattività della rivista. Una promessa annunciata da tempo che sarà questa volta (speriamo) mantenuta.

Medico e Bambino è una rivista che vive grazie alla fedeltà dei suoi lettori. Gli abbonamenti consentono di poter rendere la rivista sempre più "al servizio" e di crescere nella qualità della in-formazione. Da qui anche un invito a far pervenire alla redazione (redazione@medicoebambino.com) le vostre necessità; in altre parole cosa ritenete utile venga trattato, che temi vi stanno a cuore, cosa ritenete abbia una ricaduta pratica nella vostra attività quotidiana.

Un ultimo desiderio: quello di rendere la rivista sempre più aperta alla pediatria italiana che cresce e che si riconosce nei contenuti di *Medico e Bambino*, ma anche alle Società scientifiche e Federazioni che possono trovare nella rivista (anche elettronica) un canale di comunicazione e di interazione con i lettori. Decidiamo insieme come farlo.

M&B

DALLA RICERCA ALLA PRATICA CLINICA: IL CASO DELL'OTITE MEDIA ACUTA

L'otite media acuta (OMA) è una delle affezioni più comuni nella popolazione pediatrica, responsabile del 25-50% delle prescrizioni annuali di antibiotici. Esistono tuttavia evidenze controverse sull'efficacia della terapia antibiotica sia in termini di riduzione dei sintomi che di prevenzione delle complicanze. Le evidenze derivanti da quattro revisioni sistematiche degli studi clinici controllati indicano che i benefici della terapia antibiotica sono limitati se si considera che bisogna trattare da 7 a 20 bambini per avere 1 caso che ne trae beneficio. È inoltre da considerare che la prescrizione indiscriminata degli antibiotici per l'OMA è ritenuta una delle maggiori cause di insorgenza di resistenza agli antibiotici, senza considerare il costo del trattamento, gli effetti collaterali della terapia oltre che la mancata opportunità di coinvolgimento delle famiglie in una scelta informata.

Un promettente approccio per la riduzione dell'impiego degli antibiotici è la prescrizione ritardata (sul modello "aspetta e vedi"). Formulata come ipotesi già nel 1985 dai general practitioners olandesi¹ è stata recentemente condivisa dall'*American Academy of Pediatrics* (AAP) che ha pubblicato nel 2004 una corposa linea guida (LG) sulla diagnosi e sulla terapia dell'OMA², ribadendo l'opportunità di un approccio di attesa in casi selezionati che, semplificando, sono: a) i bambini >2 anni di età; b) quelli con diagnosi dubbia di OMA; c) quelli con malattia non severa. Indicazioni in parte diverse da quelle olandesi (per l'adozione di criteri più restrittivi nel non uso dell'antibiotico in prima istanza), per alcuni aspetti criticabili³, ma sicuramente di notevole importanza, soprattutto se si considera la netta presa di posizione contraria al non uso dell'antibiotico in prima istanza, adottata per anni dal mondo scientifico statunitense (e di parte di quello italiano).

Dalla prima evidenza della bontà dell'approccio di attesa sono passati 20 anni, fatti di studi per molti aspetti superflui

che avevano l'unico obiettivo di trovare la "non inferiorità" di una nuova molecola antibiotica rispetto a quella tradizionalmente ritenuta come di prima scelta (nei casi da trattare), vale a dire l'amoxicillina.

In Italia un largo studio prospettico osservazionale, condotto da 165 pediatri di famiglia con il reclutamento di 1277 casi di OMA, ha valutato l'applicabilità e l'efficacia nella pediatria di base di un approccio basato su una linea guida "aspetta e vedi"^{4,5}. Si tratta della più larga esperienza pubblicata in letteratura sull'argomento, che ha prodotto risultati di grande rilevanza pratica e metodologica. Questa strategia ha permesso di evitare la somministrazione dell'antibiotico in 2 casi su 3. Inoltre i casi che hanno utilizzato l'antibiotico (8 volte su 10 l'amoxicillina) presentavano con maggiore frequenza un quadro di OMA definito come severo sulla base della presenza concomitante di febbre >38,4° e di un quadro otoscopico caratterizzato dalla contemporanea presenza di rossore ed estroflessione della membrana timpanica.

Le conclusioni dello studio e le riflessioni condotte all'interno dei 13 gruppi locali ACP partecipanti auspicavano una futura e sempre maggiore applicazione nella pratica clinica della vigile attesa, con il coinvolgimento attivo dei genitori nel processo decisionale⁶.

Sulle pagine elettroniche di questo numero di *Medico e Bambino* (www.medicoebambino.com), e in sintesi a pag. 53, Michele Martocchia, un pediatra di famiglia, riporta l'esperienza che ha fatto seguito alla sua partecipazione allo studio OMA-ACP e alla adozione nella pratica quotidiana dell'approccio "aspetta e vedi". Si tratta di un lavoro che rappresenta un esempio di audit e di riflessione metodologica, condotto su 748 bambini con OMA, visti in ambulatorio e a domicilio, in un periodo di quattro anni.

La conclusione principale è che, adottando la vigile attesa, si riesce a non utilizzare l'antibiotico in circa la metà dei casi eleggibili al non trattamento. L'approccio che Martocchia utilizza nella pratica è innanzitutto di classificazione delle OMA sulla base del quadro otoscopico. Definisce vari quadri e li correla anche con l'esito e la necessità di utilizzo della terapia antibiotica. Questo nel tentativo (ambizioso?) di distinguere i casi di otite media essudativa (OME) da quelli di vera OMA e di dare una sorta di "punteggio di gravità" otoscopica della stessa OMA. L'approccio risente della sua formazione di pediatra con la passione per l'otorinolaringoiatria. I risultati che vengono riportati indicano un maggiore ricorso all'utilizzo dell'antibiotico in presenza di un quadro otoscopico riconducibile a una diagnosi certa di OMA.

In letteratura si discute molto sulla appropriatezza diagnostica dell'OMA, basata necessariamente sull'esame otoscopico. Sappiamo che, nella pratica clinica, è relativamente comune trovare dei casi "dubbi" di OMA (riconosciuti dalla stessa AAP) e che di fronte a questi un atteggiamento di attesa è oltremodo ragionevole. Sappiamo anche che l'adozione di uno score clinico e otoscopico, nel tentativo di distinguere le forme da *Streptococcus pneumoniae* (che richiedono con maggiore frequenza l'antibiotico) da quelle da *Haemophilus influenzae* (più facilmente a guarigione spontanea) o con coltura negativa, trova sì una differenza statistica (quelle da *Streptococcus pneumoniae* sono più gravi

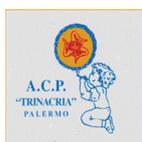
cl clinicamente e più "indicative" otoscopicamente) ma con un'alta probabilità di sbagliare (il valore predittivo dello score è basso). In altre parole, è difficile poter scegliere se utilizzare o meno l'antibiotico sulla base del solo esame otoscopico, ma sarà l'insieme delle situazioni (l'età, l'otoscopia, la severità clinica, la storia clinica e le aspettative dei genitori) a indicarci quando è possibile proporre un atteggiamento di vigile attesa.

Abbiamo sempre detto che l'OMA (malattia banale) rappresenta un "modello" di patologia ambulatoriale. Sappiamo che in Italia, così come in altre realtà assistenziali, i margini di razionalizzazione di quello che facciamo nella pratica sono in parte disattesi. La larga esperienza di Martocchia, facendo seguito alla ricerca collaborativa italiana dello studio OMA-ACP, è per questo importante perché rappresenta un esempio di come, attraverso un processo di attenta verifica, sia possibile trasferire nella pratica clinica le evidenze prodotte dalla ricerca. Tutto questo con la forza oggettiva dei dati e delle riflessioni che ne derivano.

Federico Marchetti

Bibliografia

1. van Buchem FL, Peeters MF, van't Hof MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. *BMJ* 1985;290(6474):1033-7.
2. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113(5):1451-65.
3. Marchetti F. La terapia dell'otite media acuta. Medico e Bambino pagine elettroniche. 2004 luglio. http://www.medicoebambino.com/elettroniche/archivio/ARCH2004/AE/Terapia_Otite_Media_Acuta.ppt.
4. Ronfani L, Conti Nibali S, Marchetti F, per il Gruppo di Lavoro OMA-ACP. Il trattamento sintomatico dell'otite media acuta: uno studio collaborativo in Pediatria ambulatoriale. *Medico e Bambino* 2002; 21:170-8.
5. Marchetti F, Ronfani L, Conti Nibali S, Tamburini G, and Italian Study Group on Acute Otitis Media. 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(7):679-84.
6. Merenstein D, Diener-West M, Krist A, Pinneger M, Cooper LA. An assessment of the shared-decision model in parents of children with acute otitis media. *Pediatrics* 2005;116(6):1267-75.
7. Leibovitz E, Satran R, Piglansky L, et al. Can acute otitis media caused by *Haemophilus influenzae* be distinguished from that caused by *Streptococcus pneumoniae*? *Pediatr Infect Dis J* 2003;22(6):509-15.



10 ANNI DI PEDIATRIA: COSA SAPPIAMO E COSA VOGLIAMO ANCORA SAPERE

Palermo-Mondello, 17-18 marzo 2006 - Hotel Splendid La Torre



Venerdì 17 marzo

Presentazione: F. Panizon, B. Amoroso

1ª Sessione Conducono: G. Corsello, B. Rinaudo

Le pietre miliari negli ultimi dieci anni in:

9.00 Neuropsichiatria infantile (S. Millepiedi, Pisa)

9.30 Discussione

9.50 Epatologia (G. Maggiore, Pisa)

10.20 Discussione

2ª Sessione Conducono: G. Longo, D. Ferrara

Le pietre miliari negli ultimi dieci anni in:

11.00 Genetica (G. Corsello, Palermo)

11.30 Discussione

11.50 Dieci anni di pediatria in ordine alfabetico (A. Ventura, Trieste)

12.20 Discussione

3ª Sessione Conducono: A. Ventura, F. Grassa

Le pietre miliari negli ultimi dieci anni in:

14.00 Oncoematologia (M. Aricò, Palermo)

14.30 Discussione

14.50 Gastroenterologia (G. Magazzù, Messina)

15.20 Discussione

15.40 Vaccinazioni (G. Bartolozzi, Firenze)

16.10 Discussione

4ª Sessione Conducono: G. Maggiore, N. La Macchia

Le pietre miliari negli ultimi dieci anni in:

17.00 Allergologia/Asma (G. Longo, Trieste)

17.20 Discussione

17.50 Immunologia (L.D. Notarangelo, Brescia)

18.20 Discussione

Sabato 18 marzo

5ª Sessione Conducono: G. Magazzù, G. Primavera

La pratica clinica

9.00 Endocrinologia pediatrica: attese e illusioni! (P.N. Garofalo, Palermo)

9.30 Discussione

9.50 Le novità... non vere (S. Miceli Sopo, Roma)

10.20 Discussione

10.40 Le domande all'ortopedico pediatra (G. Maranzana, Trieste)

11.10 Discussione

6ª Sessione Conducono: G. Bartolozzi, A. Spataro

La pratica clinica

11.50 Quiz iconografici in dermatologia pediatrica (F. Arcangeli, Cesena)

12.20 Cosa è cambiato in Pediatria, cosa non deve cambiare, la semeiotica dimenticata (F. Panizon, Trieste)

12.50 Discussione

13.10 Verifica di apprendimento (test ECM)

13.30 Chiusura dei lavori



PER QUESTO CONGRESSO SONO STATI ASSEGNATI 7 CREDITI FORMATIVI ECM

PRESIDENTI DEL CONGRESSO: F. Panizon, G. Corsello
SEGRETERIA SCIENTIFICA: A. Aloisio, B. Amoroso, A.M. Barresi,
C. D'Andrea, B. Rinaudo, S. Spedale



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Quickline sas
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it; <http://www.quickline.it>