

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Settembre 2026

numero 7

IL COMMENTO

ANTIBIOTICI IN ETÀ PEDIATRICA: IL CAMBIAMENTO POSSIBILE, OLTRE I NUMERI

Federico Marchetti

*UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale di Ravenna, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC),
Università di Bologna*

Indirizzo per corrispondenza: federico.marchetti@auslromagna.it

Il rapporto AIFA 2024 sull'uso degli antibiotici in età pediatrica aggiunge nuovi dati a una storia che, nei suoi tratti essenziali, è stata a lungo discussa, anche sulle pagine di *Medico e Bambino*. Dopo la contrazione osservata negli anni della pandemia, la prescrizione torna a crescere: nel 2024 oltre il 42,4% dei bambini fino ai 13 anni ha ricevuto almeno un antibiotico, rispetto al 33,7% del 2022 e al 40,9% del 2023. Un incremento che acquista significato soprattutto se letto dentro una cornice che, da anni, rimane sostanzialmente invariata. L'esposizione resta infatti massima nei più piccoli, con un picco tra i 2 e i 5 anni, dove circa sei bambini su dieci ricevono almeno una prescrizione. E, ancora una volta, si confermano le differenze territoriali marcate: si va da una prevalenza del 39,7% al Nord al 46% al Centro e al 44,2% al Sud. Uno scarto di diversi punti percentuali che difficilmente può essere spiegato solo da differenze epidemiologiche.

Se si guarda al dettaglio regionale, queste differenze diventano ancora più evidenti in termini di tassi di prescrizione e di molecole di antibiotici utilizzate. Il consumo di amoxicillina risulta inferiore rispetto a quello di amoxicillina + acido clavulanico nella quasi totalità delle Regioni, a eccezione di Emilia-Romagna (*ratio*: 1,86), Friuli-Venezia Giulia (*ratio*: 1,69) e Veneto (*ratio*: 1,06). A livello nazionale, nel 2024, il valore medio dell'indicatore si attesta a 0,50, in miglioramento rispetto all'anno precedente (*ratio*: 0,40), ma lontano dagli obiettivi prefissati (almeno paritario, *ratio*: 1,0).

Anche l'indicatore ESAC, che misura il rapporto tra antibiotici ad ampio spettro (come, ad esempio, amoxicillina/clavulanico o azitromicina) e a spettro ristretto (la sola amoxicillina), mostra un miglioramento rispetto al passato (da 4,7 nel 2022 a 3,8 nel 2024), ma resta elevato, soprattutto se si considerano le differenze geografiche: 2,4 al Nord, 5,0 al Centro e fino a 8,0 al Sud. Con dei *range* tra le Regioni che vanno dal 23,2 della Calabria allo 0,9 del Friuli-Venezia Giulia.

Ancora una volta emerge un problema di scelte. Differenze di questa entità difficilmente riflettono solo bisogni clinici diversi e suggeriscono piuttosto modelli prescrittivi profondamente eterogenei. Nonostante indicazioni consolidate, continua a prevalere una logica orientata verso molecole ad ampio spettro, spesso utilizzate anche quando non rappresentano la prima scelta (vedasi trattamento di faringotonsillite da SBEA, otite, polmonite e della stessa sinusite). È un atteggiamento che riflette una medicina prudente, talvolta difensiva, in cui la copertura "più larga" (soprattutto nei quadri di febbre da causa non determinata e d'infezione indifferenziata delle alte vie respiratorie) viene percepita come più sicura, anche in assenza di reali indicazioni.

Questo quadro si inserisce in un contesto ben noto che ha le sue basi nell'incertezza diagnostica, nella pressione (reale o percepita) da parte delle famiglie, nella necessità di decisioni rapide e nella difficoltà a sostenere e spiegare il non utilizzo dell'antibiotico (vigile attesa). Tuttavia, la persistenza nel tempo di questi dati suggerisce che non siamo più di fronte a un problema di conoscenza. Le Linee Guida sono disponibili, diffuse e sostanzialmente condivise. Il problema è la loro traduzione nella pratica quotidiana.

Le differenze tra aree del Paese rafforzano questa lettura. Dove si prescrive meno e meglio non si tratta necessariamente di bambini più sani che richiedono meno interventi, ma di contesti professionali in cui le raccomandazioni sono applicate con maggiore aderenza. Questo implica che il cambiamento è possibile, ma anche che non avviene spontaneamente. Le strategie finora adottate, basate prevalentemente su campagne informative e raccomandazioni generali, hanno prodotto effetti limitati. Se si vuole ottenere un cambiamento reale, è necessario spostare il *focus*. Più che insistere su messaggi generici di riduzione, potrebbe essere utile lavorare su obiettivi semplici e misurabili. Tra questi, come detto, il rapporto tra amoxicillina e amoxicillina/acido clavulanico rappresenta un indicatore immediato, comprensibile e clinicamente rilevante. Rendere

questo dato visibile e confrontabile a livello locale potrebbe avere un impatto maggiore rispetto a raccomandazioni più astratte. È inoltre sempre più necessario introdurre strumenti di *audit e feedback* sistematici, cosa che di prassi avviene in alcune realtà assistenziali virtuose in merito ai profili di prescrizione degli antibiotici. Restituire ai pediatri i propri dati prescrittivi, confrontarli con quelli dei colleghi e con standard di riferimento, favorire un interscambio continuo relazionale e di protocolli tra la Pediatria di famiglia e quella ospedaliera, possono rappresentare un potente motore di cambiamento. Non si tratta di controllo, ma di consapevolezza.

Anche sul versante della comunicazione con le famiglie è probabilmente necessario un cambio di passo. Non basta informare: occorre condividere il significato clinico della vigile attesa, quando appropriata, e costruire un'alleanza che renda questa decisione comprensibile e accettabile.

Infine, resta il tema degli strumenti operativi. Le Linee Guida, da sole, non bastano se non sono facilmente applicabili nel contesto reale. Algoritmi sintetici, supporti deci-

sionali integrati, facilitazioni pratiche possono aiutare a ridurre la distanza tra sapere e fare. Il modello adottato dalla stessa AIFA di rendere disponibile un'APP – sviluppata sulla piattaforma Firstline –, che ingloba e rielabora le raccomandazioni fornite dell'OMS nell'*AWaRe Antibiotic Book* versione italiana, sulla gestione delle infezioni più comuni nei bambini, può essere un modello di riferimento (<https://firstline.org/aifa>). Semplici schede, molto pratiche e d'indirizzo comune, che sono state riprese e pubblicate su *Medico e Bambino*.

Nel complesso, il rapporto AIFA 2024 conferma che il problema dell'uso degli antibiotici in età pediatrica in Italia non è tanto nei numeri quanto nella loro stabilità nel tempo. I valori oscillano, gli indicatori migliorano lentamente, ma il modello di fondo rimane lo stesso. Più che immaginare trasformazioni radicali, si tratta forse di valorizzare e rendere sistematiche buone pratiche che esistono già. In questa prospettiva, ogni prescrizione rappresenta un'opportunità: non solo di cura per il singolo bambino, ma anche di costruzione di un modello d'assistenza più coerente, sostenibile e consapevole.