

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)

1	<p>Evitare l'uso abituale dei cortisonici inalatori nelle flogosi delle prime vie respiratorie dei bambini.</p> <p>La tosse è il sintomo più frequente nei bambini che accedono all'ambulatorio del pediatra delle cure primarie. L'uso del cortisone per via aerosolica è largamente diffuso, nel nostro paese, per il trattamento delle patologie delle alte vie respiratorie e per il controllo del sintomo tosse a esse correlato, sebbene non esistano prove della sua efficacia. Tale pratica, se prolungata nel tempo, è associata a effetti collaterali.</p>
2	<p>Non somministrare ai/alle neonati/e formula o liquidi diversi dal latte materno nelle prime settimane di vita, in assenza di indicazioni mediche.</p> <p>La durata dell'allattamento, e soprattutto dell'allattamento esclusivo, si correla positivamente con la salute presente e futura di madre e neonato/a. L'allattamento esclusivo nelle prime settimane di vita è un fattore predittivo positivo di lunga durata dell'allattamento. L'offerta di formula o liquidi diversi dal latte materno in assenza di indicazioni mediche disturba il meccanismo di calibratura della lattazione tra madre e neonato/a, interferisce con un'adeguata produzione di latte materno, e riduce la durata dell'allattamento esclusivo e totale. Le vere indicazioni mediche all'aggiunta di formula sono pochissime, le altre difficoltà si possono superare con sostegno competente all'allattamento esclusivo.</p>
3	<p>Non prescrivere antibiotici nelle patologie acute delle vie respiratorie presumibilmente virali in età pediatrica (otiti, sinusiti, faringiti, bronchiti)</p> <p>Gli antibiotici sono i farmaci più prescritti in Italia anche in età pediatrica e il fenomeno dell'antibiotico resistenza è un problema grave. L'appropriata gestione clinica delle infezioni delle alte vie respiratorie prevede la vigile attesa nella gran parte dei casi, sulla base di criteri clinici, anamnestici ed epidemiologici, e l'utilizzo degli antibiotici, con le modalità corrette, solo nei casi che esordiscono con criteri di gravità o che non migliorano dopo vigile attesa. Evitare l'uso di antibiotici nelle infezioni presumibilmente virali, eventualmente identificate anche attraverso l'uso di test rapidi -come i RAD nella faringotonsillite- e trattare in modo ottimale le infezioni batteriche (il farmaco di prima scelta è amoxicillina non protetta) limita l'emergenza di patogeni resistenti e il rischio di eventi avversi da antibiotici.</p>
4	<p>Non effettuare Rx torace per la diagnosi e il follow up di polmonite non complicata nel bambino.</p> <p>La diagnosi clinica di polmonite nel bambino è possibile, secondo le linee guida che limitano l'uso della radiografia del torace a condizioni particolari ben definite. Più in generale, nella pratica clinica, l'esecuzione di qualsiasi procedura diagnostica (analisi cliniche o valutazioni strumentali) dovrebbe essere sempre motivata dalla necessità di acquisire informazioni indispensabili per orientare la gestione di un problema. Tuttavia, nella pratica quotidiana, accade non di rado che siano effettuate indagini di "controllo" senza una reale necessità pratica, con dispendio di energie e di tempo e possibili rischi per il paziente. L'accurata valutazione anamnestica, clinica ed epidemiologica e il confronto chiaro e completo con il paziente e con i genitori sono la base di una corretta impostazione diagnostico-terapeutica e consentono di ottenere risultati ottimali, selezionando le procedure più appropriate. In alcuni contesti a rischio socio-sanitario (es. bambini immigrati da zone ad alta prevalenza di tubercolosi) è possibile considerare, in casi selezionati, l'esecuzione della radiografia del torace nell'ambito di esami specifici.</p>
5	<p>Non prescrivere farmaci (anti H2, inibitori di pompa protonica e procinetici) nel reflusso gastroesofageo (RGE) fisiologico, che non compromette la crescita e non si associa a segni o sintomi sospetti di malattia da RGE. Informare e supportare i genitori.</p> <p>Il RGE fisiologico è causa molto frequente di rigurgito o vomito in bambini sani nel primo anno di vita, si risolve con la crescita e non vi sono evidenze significative che sia causa di lesioni, anche nel lungo periodo. Nei neonati e lattanti, la comparsa di crisi di pianto, irrequietezza, inarcamento del tronco, talora associati a rigurgiti anche abbondanti, possono essere manifestazioni fisiologiche di una fase evolutiva. È necessario riuscire a differenziare il RGE fisiologico da quello associato a sintomi che invece meritano un approfondimento diagnostico. I genitori devono essere informati adeguatamente sul significato di segni e sintomi e supportati nella gestione di queste manifestazioni fisiologiche. I farmaci inibitori di pompa e anti-H2 non sono efficaci per risolvere il RGE e il loro uso va riservato esclusivamente alla malattia da RGE (MRGE) correttamente diagnosticata che è molto rara in età pediatrica e per lo più correlata a condizioni predisponenti. Nel RGE non ci sono indicazioni all'utilizzo di farmaci procinetici. Non è indicato l'utilizzo dei farmaci per la MRGE come trattamento empirico a scopo diagnostico nei neonati e nei lattanti.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

Il primo passo dell'Associazione Culturale Pediatri per ottenere la lista di raccomandazioni è stato coinvolgere direttamente tutti i pediatri suoi iscritti, con la collaborazione dei referenti di ogni regione, attraverso una mail contenente la storia, il rationale e gli obiettivi del progetto. A ciascun pediatra è stato chiesto di individuare, nella propria attività quotidiana, una o più procedure diagnostiche o terapeutiche - molto comunemente utilizzate, non vantaggiose per il paziente in quel determinato momento, potenzialmente rischiose - delle quali si dovrebbe fare un uso più accorto, basato sui reali bisogni del paziente e con esso condiviso. Tra tutte le raccomandazioni risultate coerenti coi criteri di inclusione del progetto, sono state selezionate dal gruppo di lavoro quelle segnalate dal maggior numero di pediatri, valorizzando anche la loro corrispondenza ai temi propri dell'ACP. Le raccomandazioni sono state tutte riviste nell'aprile 2021.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. La prescrizione di farmaci respiratori in pediatria. Rapporto Nazionale OsMed 2019 sull'uso dei farmaci in Italia. https://www.aifa.gov.it/web/guest/-/rapporto-osmed-2019. Sezione 5. 2. Effectiveness of Nebulized Beclomethasone in Preventing Viral Wheezing: An RCT. <i>Pediatrics</i>. 2014 Mar;133(3):e505-12. doi: 10.1542/peds.2013-2404. Epub 2014 Feb 17. 3. Anderson-James S, Marchant JM, Acworth JP, Turner C, Chang AB. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28;2:CD008888. doi:10.1002/14651858.CD008888.pub2. Inhaled corticosteroids for subacute cough in children. 4. L'uso dei corticosteroidi inalatori in età evolutiva. Consensus intersocietaria 2019. https://www.sipps.it/wp/wp-content/uploads/2019/10/SIP055_CONSENSUSCORTICOSTEROIDI_231019.pdf
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. <i>Lancet</i> 2016;387:475-90 2. Vehling L, Chan D, McGavock J et al. Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: implications for health equity. <i>Birth</i> 2018;45:440-9 3. McCoy MB, Heggie P. In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. <i>Pediatrics</i> 2020;146:e20192946 4. Kellams A, Harrel C, Omage S et al. ABM Clinical Protocol #3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate. Revised 2017. <i>Breastfeed Med</i> 2017;12:188-98
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I et al. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. <i>Fam Pract</i> 2017;34:511-19. 2. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA – Annual Epidemiological Report 2019. Stockholm: ECDC; 2020 3. Fraser H, Gallacher D, Achana F et al. Rapid antigen detection and molecular tests for group A streptococcal infections for acute sore throat: systematic reviews and economic evaluation. <i>Health Technol Assess</i> 2020;24:1-232. 4. Hu Y, Walley J, Chou R et al. Interventions to reduce childhood antibiotic prescribing for upper respiratory infections: systematic review and meta-analysis. <i>J Epidemiol Community Health</i> 2016;70:1162-70. 5. Mas-Dalmau G, Villanueva López C, Gorrotxategi Gorrotxategi P et al. Delayed antibiotic prescription for children with respiratory infections: a randomised trial. <i>Pediatrics</i> 2021;147: e20201323. 6. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2017;9:CD004417. 7. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP et al. Antibiotics for acute otitis media in children. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2015;2015:CD000219.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poutanen R, Virta T, Heikkilä P et al. National Current Care Guidelines for paediatric lower respiratory tract infections reduced the use of chest radiographs but local variations were observed. <i>Acta Paediatr</i> 2020;00:1-7. https://doi.org/10.1111/apa.15692 2. Sherwin S, Chan, Manish K, Kotecha, Cynthia K et al. ACR Appropriateness Criteria® Pneumonia in the Immunocompetent Child. <i>J Am Coll Radiol</i> 2020;17(5S):S215-S225. doi: 10.1016/j.jacr.2020.01.033. 3. Andronikou, S, Lambert E, Halton, J et al. Guidelines for the use of chest radiographs in community-acquired pneumonia in children and adolescents. <i>Pediatr Radiol</i> 2017;47:1405-11. https://doi.org/10.1007/s00247-017-3944-4
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> 2018;66:516-54. 2. Barfield E, Parker M. Management of Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease. <i>JAMA Pediatrics</i> 2019;173:485-6. 3. Heitlinger L. Guidelines for Management of Pediatric Gastroesophageal Reflux. <i>JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery</i> 2018;144:755-6.
<p>Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto “Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy” in analogia all’iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it</p>	<p>L’Associazione Culturale Pediatri - ACP - è una libera associazione di 1400 tra pediatri delle cure primarie, ospedaliere e universitarie, finalizzata allo sviluppo della cultura pediatrica e alla promozione della salute del bambino. Ha un Codice Etico di comportamento. Svolge attività editoriale, di formazione e di ricerca, NON PROFIT. È impegnata in iniziative di educazione sanitaria e supporto a programmi di Cooperazione Internazionale. Sono suoi temi fondamentali d’interesse: il rispetto e la promozione dei diritti di bambini e adolescenti e la loro salute mentale, la riduzione delle disuguaglianze, la promozione e valorizzazione delle competenze di bambini e genitori fin dalle prime epoche della vita, il corretto utilizzo delle risorse umane ed economiche in ambito sanitario, l’ambiente come determinante di salute. Per una più completa informazione: www.acp.it</p>