

Raccomandazioni Choosing Wisely Italy in pediatria – luglio 2022

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)



<https://choosingwiselyitaly.org/societa/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 calibrazione 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>

Cinque raccomandazioni della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

1	Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.
	La Bronchiolite è la più frequente infezione delle basse vie aeree nel bambino di età inferiore a 1 anno. È causata da virus, il più comune dei quali è il virus respiratorio sinciziale (VRS). La maggior parte dei bambini affetti da bronchiolite guarisce spontaneamente. Non ci sono prove, nonostante il loro abituale utilizzo, che farmaci broncodilatatori e cortisonici utilizzati per aerosol o cortisonici utilizzati per via sistemica siano utili per migliorare il decorso della malattia o in grado di evitare il ricovero, né che esistano altre terapie efficaci.
2	Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.
	L'urinocoltura va eseguita dopo aver riscontrato la presenza di leucociti e/o nitriti alla determinazione con multistick o all'esame microscopico delle urine oppure, nei casi particolarmente suggestivi, assieme all'esame urine stesso. In assenza di un multistick o di un esame urine alterati, infatti, non è possibile valutare se l'eventuale positività dell'urinocoltura sia attribuibile ad una vera infezione urinaria, ad una contaminazione del campione o ad una batteriuria occasionale. Per la raccolta del campione di urine è raccomandata la metodica del "mitto intermedio" (raccolgere in un contenitore sterile un campione di urina del mattino dopo aver scartato il primo getto).
3	Non trattare sistematicamente una febbre, in assenza di altri sintomi. Se si decide di trattare, fare ricorso a dosaggi appropriati, evitando l'uso combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene.
	I farmaci ad azione anti febbrile di prima scelta per il bambino sono paracetamolo ed ibuprofene. La febbre necessita di trattamento farmacologico solo se e quando provoca malessere e/o si associa a dolore. I farmaci anti-febbrili non devono essere utilizzati con l'unico obiettivo di abbassare la temperatura corporea del bambino con febbre. Quest'ultima modalità, infatti, induce ad utilizzare i farmaci anti-febbrili in modo improprio ed eccessivo e molto spesso ad un uso combinato/alternato che nella maggior parte dei casi non è necessario per la salute e il benessere del bambino, con il rischio di incorrere in spiacevoli ed evitabili effetti collaterali. Per garantire la loro efficacia Paracetamolo e Ibuprofene devono essere utilizzati alla dose corretta. È possibile sostituire un farmaco con l'altro qualora il primo non si dimostri efficace nella gestione del malessere/dolore.
4	Non utilizzare farmaci cortisonici per via sistemica per il trattamento della febbre.
	I farmaci cortisonici esercitano una potente azione antipiretica e antiinfiammatoria ma il loro utilizzo deve essere riservato a condizioni in cui l'entità della risposta infiammatoria ponga a rischio le condizioni di salute del bambino. Non vanno utilizzati per la gestione degli episodi febbrili del bambino legati alle frequenti infezioni delle prime vie aeree tipiche dell'età prescolare. I cortisonici sistemici agiscono esercitando una potente azione immunosoppressiva e possono favorire infezioni opportuniste o esacerbare infezioni virali. La decisione di intraprendere una terapia con i cortisonici deve tenere in considerazione i potenziali rischi ed è fortemente sconsigliata per il trattamento della febbre di origine indeterminata.
5	Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.
	Non di rado accade che vengano prescritte terapie topiche veicolate con doccia nasale micronizzata per la gestione delle infezioni delle prime vie aeree (in particolare otiti, rinosinusiti, ipertrofia adenoidea, rinofaringiti, etc.). Nella maggior parte dei casi si tratta di farmaci cortisonici e antibiotici, questi ultimi utilizzati off-label per formulazione e indicazione terapeutica. In nessuna delle linee guida per il trattamento di tali infezioni è prevista o viene raccomandata tale pratica terapeutica. Alcune evidenze emergono solo per il trattamento con soluzione ipertonica e acido ialuronico. Vanno pertanto scoraggiate le pratiche terapeutiche nasali topiche con farmaci non specificamente autorizzati a questo scopo.

1	<p>Non controindicare le vaccinazioni in caso di allergie.</p> <p>L'anamnesi positiva per allergie o per reazioni allergiche minori non sono controindicazioni alle vaccinazioni. Reazioni locali e sistemiche lievi (arrossamento del sito di inoculo e/o febbre) dopo la vaccinazione sono reazioni comuni e non controindicano la somministrazione di dosi di vaccino in futuro.</p> <p>Speciali precauzioni dovrebbero essere seguite solo in caso di soggetti che abbiano presentato reazioni sistemiche gravi con rischio della vita (dispnea grave, stridore, cianosi, alterazioni dello stato di coscienza, ipotensione).</p> <p>La presenza di una sensibilizzazione alle proteine dell'uovo non è una controindicazione alla vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia.</p>
2	<p>Non eseguire di routine test allergologici in bambini affetti da orticaria acuta.</p> <p>La diagnosi di orticaria acuta è fondamentalmente clinica e le infezioni (in particolare virali) rappresentano nel bambino la causa nettamente più frequente. Solo quando è presente uno stretto rapporto temporale tra l'ingestione dell'alimento e la comparsa dell'eruzione orticarioide è indicato procedere con test per le allergie: le indagini di laboratorio non sono indicate in prima istanza per cui è opportuno limitarsi al test cutaneo con estratto del commercio (SPT) o con alimento fresco (prick + prick).</p>
3	<p>Non somministrare mucolitici in bambini con asma bronchiale.</p> <p>Nell'asma, l'infiammazione, l'edema della mucosa e l'ipersecrezione di muco aumentano il restringimento del lume bronchiale con formazione di tappi di muco che peggiorano l'ostruzione bronchiale. Studi condotti sull'efficacia dei mucolitici nelle esacerbazioni asmatiche e nella terapia di fondo dell'asma ne hanno dimostrato l'inutilità e la possibilità di effetti collaterali pericolosi. Le più importanti linee guida (GINA, ATS, BTS) internazionali non includono i mucolitici nel "management" del bambino con asma bronchiale. I mucolitici sono inoltre controindicati sotto i due anni d'età per il rischio di un peggioramento consistente della difficoltà respiratoria da difficoltoso drenaggio bronchiale.</p>
4	<p>Non prescrivere di routine esami immunologici in caso di infezioni respiratorie ricorrenti.</p> <p>Non occorre fare indagini immunologiche e genetiche quando il bambino è affetto dalle comuni infezioni virali indifferenziate a carico delle alte vie aeree e quando non ci sia familiarità per immunodeficienze primitive o malattie polmonari ereditarie. Per decidere l'esecuzione di esami non basarsi solo sul numero d'infezioni ma piuttosto sulla gravità, presenza di germi inusuali o opportunisti, sul decorso protratto della infezione e sulla ricorrenza delle infezioni al di fuori dell'età della prima socializzazione. Emocromo con formula e dosaggio delle immunoglobuline sono considerati i test di primo livello, insieme al test del sudore nei pazienti con ricorrenza di otiti, sinusiti batteriche, broncopolmoniti o con altre infezioni invasive.</p>
5	<p>Non escludere un alimento dalla dieta solo per la positività di test cutaneo (prick test) e/o IgE sieriche specifiche.</p> <p>Per la diagnosi di allergia alimentare è fondamentale raccogliere un'approfondita e corretta storia clinica, dalla quale deve emergere un quadro compatibile con allergia alimentare e un rapporto temporale tra l'introduzione dell'alimento e la comparsa dei sintomi. La presenza di test cutaneo (prick test) e/o di IgE sieriche specifiche positive nei confronti di alimenti indica soltanto una sensibilizzazione, condizione che può essere compatibile con l'assunzione di un alimento. Per una corretta diagnosi di allergia alimentare si deve prevedere (se l'anamnesi e il prick test/IgE sieriche specifiche non sono dirimenti) un test di provocazione orale.</p>

Cinque raccomandazioni della Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI)



<https://choosingwiselyitaly.org/societa/simri/>

1	<p>Non eseguire la radiografia del torace nel bambino nel sospetto di una polmonite acquisita in comunità non grave o in presenza di crisi d'asma non complicata.</p> <p>Nel sospetto di una broncopolmonite nel bambino, i reperti radiografici non sono dirimenti per l'eziologia e quindi per distinguere una polmonite batterica da una non batterica. Inoltre, la radiografia del torace non influenza l'esito clinico, sottopone il paziente ad una dose di radiazioni pari a 10 giorni di radioattività naturale e comporta un costo economico non indifferente.</p> <p>La radiografia del torace risulta normale nella maggioranza degli attacchi acuti di asma, per cui non è necessaria e deve essere effettuata solo nel sospetto di complicanze (pneumotorace, pneumomediastino, addensamento parenchimale) o in caso di mancata risposta alla terapia.</p>
2	<p>Non somministrare farmaci a base di salmeterolo nella crisi d'asma del bambino.</p> <p>Nell'attacco d'asma del bambino l'utilizzo di broncodilatatori beta2-agonisti a lunga durata d'azione (long-acting beta2-agonists, LABAs) non è raccomandato a causa della lenta insorgenza di azione (10-20 minuti) e i dati clinici presenti in letteratura sulla sua sicurezza in età pediatrica sono molto limitati. Nei pazienti affetti da asma acuto il Salmeterolo incrementa, in monoterapia, il rischio di ospedalizzazione e la necessità di ventilazione invasiva. In caso di crisi d'asma nel bambino viene raccomandato il trattamento con broncodilatatori beta2-agonisti a breve durata d'azione (short-acting beta2-agonists, SABAs), anche in dosi ripetute e in associazione agli anticolinergici, supplemento di ossigeno a flusso controllato e precoce somministrazione di steroidi sistemici.</p>
3	<p>Non eseguire la TC del torace nel bambino senza un preciso quesito clinico.</p> <p>E' fondamentale che il pediatra o lo pneumologo richiedano la tomografia computerizzata TC con parsimonia ed esclusivamente in presenza di un quadro clinico suggestivo di patologia evidenziabile tramite TC; inoltre, è fondamentale che il pediatra o lo pneumologo indichino sempre il quesito clinico, in modo che il tecnico radiologo e il radiologo possano utilizzare i protocolli più adatti per ottenere le informazioni necessarie con la minore esposizione possibile (principio "ALARA - As low as reasonably possible"), senza correre il rischio di dover ripetere l'esame in quanto incompleto. La TC del torace è un esame diagnostico di valore inestimabile per molte patologie respiratorie, in quanto permette di visualizzare nel dettaglio tutte le strutture toraciche e il parenchima polmonare. Purtroppo, la TC è gravata dall'inevitabile esposizione alle radiazioni ionizzanti (corrispondente, per una TC tradizionale del torace, a circa 150 radiografie del torace), che, in età pediatrica, si traduce in un significativo rischio biologico in termini di incremento dell'incidenza di molte neoplasie. Se l'esame è ritenuto necessario, è bene tenere presente che negli ultimi decenni sono stati realizzati e adottati protocolli TC pediatrici, che permettono di ridurre al minimo l'esposizione, ottenendo comunque immagini valide.</p>
4	<p>Non somministrare antistaminici per la prevenzione dell'asma nel bambino.</p> <p>Il ricorso agli antistaminici non è raccomandato nell'asma del bambino. La terapia dell'asma ha tra i suoi scopi il controllo dei sintomi e la riduzione del rischio di riacutizzazioni. L'uso degli antistaminici è suggerito nei pazienti asmatici che presentano la comorbidità della rinite allergica per il controllo dei sintomi di rinorrea, starnutazioni e prurito nasale.</p>
5	<p>Evitare di diagnosticare e gestire l'asma nel bambino senza l'impiego della spirometria</p> <p>La spirometria rappresenta il gold standard nella valutazione della funzione respiratoria dei bambini con asma, al fine di stratificare la patologia secondo livelli di gravità, ottimizzare il trattamento e verificare il raggiungimento dello stato di controllo della malattia. L'anamnesi e l'esame obiettivo senza spirometria possono sottostimare o sovrastimare il controllo dell'asma. Oltre agli aumentati costi, le conseguenze di una errata diagnosi comprendono un ritardo della corretta diagnosi e dell'adeguato trattamento. Si raccomanda di eseguire la spirometria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla valutazione iniziale, per stabilire il livello di severità • dopo l'avvio della terapia di fondo nei controlli di follow-up per modulare la terapia • in occasione di riacutizzazione dei sintomi • almeno ogni 1-2 anni nell'asma intermittente <p>Per la diagnosi di asma è necessario dimostrare la broncoreversibilità mediante il test di broncodilatazione. La spirometria può anche essere tentata in età prescolare, se vengono utilizzati appropriati criteri di accettabilità.</p>

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Nefrologia Pediatrica - SInePe



<https://choosingwiselyitaly.org/societa/sinepe/>

1	<p>Non eseguire urocolture come esame di routine o in assenza di sintomi tipici di infezione delle vie urinarie; evitare l'utilizzo del sacchetto per la raccolta delle urine.</p> <p>L'esecuzione di urocoltura di routine (una volta al mese) è spesso prevista nel follow-up di bambini con malformazioni nefrourologiche o fa parte degli esami di screening prescritti a bambini in benessere clinico. In questi casi il riscontro di crescita batterica, anche a elevato titolo, è quasi sicuramente legato a contaminazione, vista la difficoltà a raccogliere le urine in maniera sterile nel bambino o la possibile presenza di batteriuria asintomatica, che non richiede trattamento specifico. L'uso del sacchetto, di larghissimo uso nel bambino per raccogliere l'urina per l'esecuzione per l'urocoltura, ha il maggiore rischio di contaminazione e dovrebbe essere sostituito da altre metodiche come la raccolta da mitto intermedio o il cateterismo vescicale.</p>
2	<p>Evitare di effettuare subito, in caso di proteinuria di basso grado e asintomatica, esami ematici e strumentali complessi, ma eseguire: anamnesi, visita clinica e nuovo esame delle urine per due volte, con cadenza settimanale. In caso di conferma proseguire l'iter diagnostico della proteinuria.</p> <p>Nel bambino il riscontro occasionale di proteinuria di basso grado, frequente nella pratica clinica, non sempre indica una condizione di danno o malattia renale. Pertanto è utile definire un percorso diagnostico più appropriato, avendo la necessità sia di scoprire in tempo una condizione patologica che, se trascurata o misconosciuta, potrebbe avere ripercussioni negative sulla funzione renale, sia di evitare indagini e trattamenti inutili e costosi.</p> <p>Al riscontro di proteinuria di basso grado, effettuati anamnesi ed esame clinico alla ricerca di segni e sintomi evidenti di patologia renale (edemi, disturbi minzionali, alterazioni macroscopiche del colore delle urine, ipertensione arteriosa, alterata crescita statura-ponderale e/o lesioni cutanee particolari) va confermata la persistenza di tale dato. Con anamnesi ed esame clinico negativi, l'approccio diagnostico più adeguato è la ripetizione del semplice esame delle urine. Infatti, in coincidenza di eventi scatenanti (sforzo fisico, febbre o una momentanea disidratazione con eccessiva concentrazione delle urine) si può verificare proteinuria in un singolo esame delle urine. In tal caso è utile ripetere, in assenza dell'evento scatenante, almeno due volte l'esame delle urine con cadenza settimanale.</p> <p>La persistenza della proteinuria richiede invece il passaggio al successivo approfondimento diagnostico (esame microscopico del sedimento urinario, urinocoltura, quantificazione della proteinuria, esami ematici ed indagini strumentali).</p>
3	<p>Non usare indiscriminatamente l'albumina nei soggetti con sindrome nefrosica all'esordio.</p> <p>Nei pazienti pediatrici con Sindrome Nefrosica all'esordio le infusioni di albumina (seguite da boli di furosemide) dovrebbero essere limitate esclusivamente ai soggetti ipovolemici. Infatti, mentre in questi ultimi l'infusione di albumina può aumentare il volume intravascolare, migliorando l'emodinamica renale ed aumentando la diuresi, nei soggetti ipovolemici al contrario può esacerbare l'ipovolemia, contribuendo all'ipertensione ed al rischio di creare o peggiorare l'edema polmonare. La sintomatologia clinica (ipotensione, tachicardia, dolore addominale, cefalea o capogiri, sonnolenza, ritardato tempo di refilling, crampi muscolari) ed una riduzione significativa della frazione di escrezione del sodio ($FeNa < 0.2$) sono i parametri da valutare per la diagnosi di ipovolemia.</p>
4	<p>Non eseguire alcuna indagine bioumorale e strumentale in caso di microematuria asintomatica risultata ad un esame di urine random.</p> <p>Ad un esame delle urine random la microematuria isolata nei bambini di tre anni incide mediamente nell'8% dei casi, in una percentuale superiore a quella che si riscontra in età scolare (mediamente 3-4%). Tuttavia in entrambi i gruppi di popolazione pediatrica l'incidenza di microematuria crolla significativamente, riscontrandosi in una percentuale media tra lo 0,7-1,5%, al secondo controllo urinario. Solo di fronte ad una microematuria persistente vi sono le indicazioni ad esami di secondo livello, correlando il reperto urinario all'anamnesi, alla sintomatologia clinica ed alla morfologia eritrocitaria, per orientare le indagini per screenare una patologia glomerulare od urologica.</p>
5	<p>Nei bambini di età inferiore a sei anni con enuresi primaria monosintomatica non è necessario richiedere una consulenza specialistica, esami laboratoristici o strumentali (eccetto uno stick urine) e iniziare una terapia farmacologica.</p> <p>L'enuresi primaria monosintomatica non richiede sotto i sei anni di vita l'invio dallo specialista e approfondimenti diagnostici particolari eccetto un semplice stick delle urine. Quest'ultimo deve essere eseguito prestando particolare attenzione all'eventuale presenza di glicosuria, di proteinuria e valutando il peso specifico. Non è altresì indicata alcuna terapia farmacologica. È necessaria, invece, un'attenta anamnesi minzionale. Dopo i sei anni di vita, prima dell'invio dallo specialista, è utile praticare terapia comportamentale per almeno sei mesi (nell'ora e ½ prima di dormire ridurre al minimo l'introito dei liquidi, svuotare la vescica prima di andare a letto e non bere durante la notte), compilando diario minzionale. Inoltre correggere, se necessario, l'alvo. In caso di fallimento della terapia comportamentale (almeno 50% di notti asciutte) valutare in accordo con la famiglia di associare per 8 settimane una terapia di supporto ("l'allarme per enuresi notturna" o la desmopressina a 120 mcg/sera) previa compilazione del "diario notturno" il mese prima dell'inizio della terapia. Quest'ultimo dovrà essere confrontato con quello del mese dopo l'avvio del trattamento. In caso di insuccesso (almeno 50% di notti asciutte) inviarlo al centro specialistico.</p>

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria (SIP) sull'infezione da SARS-CoV-2 in età pediatrica adolescenziiale

<https://choosingwiselyitaly.org/societa/sip/>

1	<p>Sconsigliare che si presentino in Pronto Soccorso pazienti pediatrici con sintomi lievi suggestivi di COVID o contatti di pazienti SARS-CoV-2 positivi in assenza di sintomi e non ritardare l'accesso ai Servizi Sanitari nel caso in cui i bambini e gli adolescenti presentino qualsiasi condizione clinica indicativa di una possibile malattia grave (correlata o meno alla presunta infezione da COVID-19).</p> <p>I bambini sembrano essere meno colpiti da COVID-19 rispetto agli adulti, con una presentazione clinica più lieve e un tasso di mortalità significativamente inferiore. Tuttavia, in età pediatrica possono verificarsi gravi complicanze, come la sindrome infiammatoria multisistemica temporaneamente correlata a COVID-19 (MIS-C), che può associarsi a danno miocardico. La decisione se ricoverare un bambino positivo si basa sostanzialmente su tre fattori: gravità della malattia, comorbidità e <i>compliance</i> familiare. Vi è consenso unanime sulla indicazione al ricovero nelle forme da moderate a critiche e nel lattante febbrile al di sotto dei 3 mesi. I bambini con sintomi lievi possono essere gestiti a domicilio con sorveglianza telefonica, eventuale visita da parte del pediatra curante o delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) pediatriche e istruendo i <i>caregivers</i> sui segni clinici di deterioramento che richiedono l'accesso ai Servizi Sanitari (quali distress respiratorio, dolore toracico, cianosi, alterazione stato coscienza, oliguria). Non ritardare l'accesso ai Servizi Sanitari nel caso in cui il bambino-adolescente presenti qualsiasi condizione clinica indicativa di una possibile malattia grave.</p>
2	<p>Non somministrare terapie farmacologiche diverse da quelle sintomatiche in età pediatrica e adolescenziale nei casi di COVID-19 per cui non sia richiesto il ricovero ospedaliero.</p> <p>Il trattamento sintomatico è lo stesso che viene utilizzato per le comuni infezioni respiratorie e per la gastroenterite. Nella maggioranza dei casi sintomatici di infezione da SARS-CoV-2 in età pediatrica e adolescenziale, è raccomandata la sola terapia sintomatica con paracetamolo o, in assenza di disidratazione, con ibuprofene. In caso di sintomi respiratori che possono beneficiare di terapia inalatoria con broncodilatatori e/o cortisonici, è da preferire il distanziatore al nebulizzatore per ridurre la diffusione di particelle virali nell'aria. In caso di diarrea o vomito, va assicurata una corretta idratazione con soluzioni reidratanti orali. Non è indicata la terapia antibiotica se non in presenza di una verosimile complicanza batterica. Non è indicato l'uso a scopo terapeutico, immunomodulatore o antivirale dell'azitromicina o di cloroquina/idrossicloroquina.</p>
3	<p>Non modificare, ridurre o sospendere le terapie usuali senza una specifica indicazione clinica nei bambini e negli adolescenti con patologia cronica e COVID-19.</p> <p>I bambini con malattie croniche sono una popolazione ad alto rischio da un punto di vista infettivo e, pertanto, possono essere soggetti a sviluppare una malattia più grave da SARS-CoV-2. Di tutta rilevanza è la raccomandazione di educare i bambini e le loro famiglie a comportamenti preventivi: allontanamento sociale, uso di maschere adatte considerando anche la taglia e pulizia delle mani, nonché una corretta alimentazione, un adeguato esercizio fisico e un sonno regolare. Nelle fasi epidemiche più acute è meglio ridurre i controlli clinici a quelli strettamente necessari utilizzando risorse di telemedicina, ma garantendo un contatto diretto e tempestivo qualora compaiano sintomi di sospetto, soprattutto respiratori o gastrointestinali. Non ci sono indicazioni per modificare, ridurre o sospendere le terapie usuali senza una specifica indicazione clinica.</p>
4	<p>Non posticipare le vaccinazioni di routine né modificare le usuali misure di prevenzione e di cura in età pediatrica sia sul territorio sia in ospedale durante la circolazione del SARS-CoV-2.</p> <p>Nei bambini, nei primi due anni di vita, durante la pandemia di COVID-19 si sono osservati ritardi di 3-6 mesi nelle sedute vaccinali programmate, mentre negli adolescenti le coperture vaccinali per le dosi di richiamo sono calate di oltre il 10%. Inoltre, sono state segnalate diagnosi tardive di malattie croniche (es. diabete di tipo 1, patologie oncologiche) per ritardo di accesso in Pronto Soccorso e risultano ridotte le percentuali di bambini e adolescenti che hanno svolto nei tempi previsti i controlli di salute dai pediatri di libera scelta. Tutto questo evidenzia che gli sforzi profusi negli anni sulla prevenzione e sulle diagnosi precoci di malattia in età pediatrica possono essere vanificati, con rischi di salute gravi nell'immediato futuro.</p>
5	<p>Evitare il più possibile la chiusura dei servizi educativi e delle scuole valutandone attentamente la necessità con le autorità competenti, per tutelare la salute psicofisica e promuovere lo sviluppo dei bambini e degli adolescenti.</p> <p>In età pediatrica l'infezione da SARS-CoV-2 si manifesta in maniera meno grave rispetto agli adulti. I bambini si contagiano prevalentemente all'interno dei nuclei familiari, mentre meno frequente risulta essere la trasmissione all'interno dei servizi educativi. In corso di pandemia da COVID-19 fattori stressanti quali la mancanza di contatti sociali e la perdita delle routine scolastiche sono risultati associati a sequele neuropsichiatriche anche sul lungo termine. In particolare, diversi studi hanno rilevato elevati livelli di ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti sottoposti a quarantena. Per tali motivi, tra i diversi interventi di isolamento sociale attuati come misure preventive per contenere l'epidemia, la chiusura dei servizi educativi e delle scuole è quella di cui maggiormente deve essere valutata la reale necessità con le autorità competenti, a fronte di una importante ricaduta sociale, comportamentale e psicologica.</p>

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria (SIP)

sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico in età neonatale e pediatrica

<https://choosingwiselyitaly.org/societa/sip/>

1	<p>Non sostituire una attenta igiene delle mani con il solo uso dei guanti.</p> <p>In età neonatale e pediatrica, le infezioni del sito chirurgico (ISC) si verificano nel 2-10% degli interventi chirurgici e sono associate a un prolungamento del ricovero in ospedale, a un aumento della mortalità e a un incremento dei costi per il sistema sanitario. La maggior parte delle ISC vengono acquisite in sala operatoria e in oltre il 50% dei casi sono prevenibili. L'igiene delle mani e il corretto uso dei guanti rappresentano la pratica fondamentale per evitarne la comparsa. L'igiene delle mani va effettuata prima e dopo il contatto con il paziente, prima di manipolare dispositivi medici indipendentemente dall'uso o meno di guanti, dopo il contatto con liquidi biologici o secrezioni, mucosa, cute non intatta o medicazioni di ferita, quando nel corso dell'assistenza ci si muove da un sito corporeo contaminato a un altro dello stesso paziente, dopo il contatto con superfici e oggetti contaminati nella immediata vicinanza del paziente, dopo avere rimosso i guanti sterili o non sterili e prima di manipolare farmaci o preparare alimenti. L'uso dei guanti non sostituisce mai la disinfezione delle mani e si deve associare a questa.</p>
2	<p>Non tralasciare un'attenta disinfezione della cute del bambino con soluzioni antisettiche a base alcolica e quella del neonato con clorexidina o iodofori prima di qualsiasi procedura chirurgica.</p> <p>La preparazione pre-operatoria del neonato e del bambino chirurgico comprende la disinfezione della cute integra, che deve essere effettuata immediatamente prima dell'intervento all'interno della sala operatoria. La disinfezione e preparazione della cute hanno un ruolo importante nella prevenzione delle ISC, in quanto la prima fonte di infezione è rappresentata dai microrganismi presenti sulla cute del paziente. La flora cutanea commensale comprende molti microrganismi con scarsa patogenicità, come Stafilococchi coagulasi negativi e Corinebatteri, ma anche ceppi potenzialmente patogeni come Staphylococcus aureus. Lo scopo della disinfezione cutanea è quello di ridurre al minimo la carica microbica sulla cute del paziente prima di incidere la barriera cutanea in modo da contribuire a limitare il rischio di ISC. Le evidenze mostrano che, per ridurre le ISC, l'uso di soluzioni antisettiche a base alcolica per la preparazione della cute del sito chirurgico risulta più efficace delle soluzioni acquose. Non vi è evidenza ad effettuare la disinfezione intraoperatoria della cute prima della sutura.</p>
3	<p>Non eseguire la profilassi antibiotica peri-operatoria quando questa non sia necessaria.</p> <p>La scelta di somministrare antibiotici peri-operatori dipende dal tipo di intervento, dal rischio infettivo correlato e dalle condizioni di base del paziente. L'obiettivo di una corretta profilassi antibiotica peri-operatoria è da un lato prevenire morbilità e mortalità correlate alle ISC, dall'altro ridurre l'abuso e l'uso inappropriato di antibiotici così da ridurre gli eventi avversi derivanti da farmaci non necessari e il fenomeno dell'antibiotico-resistenza. La profilassi antimicrobica viene raccomandata in tutte le procedure chirurgiche associate ad un alto tasso di ISC (ad esempio, procedure pulite-contaminate o contaminate) o in cui possano prevedersi potenziali gravi complicanze secondarie ad un'infezione (ad esempio, nell'impianto di materiali protesici o altri dispositivi estranei). Negli interventi chirurgici considerati puliti, invece, la profilassi antibiotica non riduce l'eventuale insorgenza di ISC. La scelta, quindi, di eseguire una antibiotico-profilassi e la decisione della molecola e delle dosi adeguate devono essere attentamente ponderate in ogni singolo caso. Si raccomanda ai clinici di seguire le linee guida disponibili.</p>
4	<p>Non somministrare l'antibiotico per la profilassi peri-operatoria prima dei 60 minuti precedenti l'incisione chirurgica e non proseguirlo successivamente all'intervento se non in presenza di indicazioni specifiche.</p> <p>La somministrazione di antibiotici peri-operatori entro 60 minuti dall'inizio dell'intervento chirurgico, ed in particolare dall'incisione della cute, sembra garantire una concentrazione adeguata del farmaco nel siero e nei tessuti sede dell'intervento, in modo da ridurre il rischio di infezione post-operatoria. L'antibiotico di scelta nella profilassi peri-operatoria dovrebbe essere attivo contro i patogeni più comuni presenti nel sito chirurgico e deve essere somministrato a un dosaggio adeguato, per il minor tempo possibile atto ad ottenere concentrazioni sieriche e tissutali efficaci e ridurre al minimo gli effetti avversi. Generalmente, è sufficiente una dose singola di antibiotico prima della procedura; tuttavia, potrebbe essere necessaria un'ulteriore somministrazione intra-operatoria se la durata dell'intervento supera le due emivite dell'agente antimicrobico utilizzato o se si verifica un'eccessiva perdita di sangue durante la procedura. Una somministrazione prolungata della profilassi peri-operatoria va riservata a casi selezionati (es. presenza di cateteri/drenaggi, infezioni sottostanti) in quanto può causare la selezione di ceppi batterici antibiotico-resistenti, l'insorgenza di infezioni nosocomiali e la comparsa di colite da Clostridium difficile.</p>
5	<p>Non trascurare il rischio di colonizzazione del paziente da parte di microrganismi multi-resistenti.</p> <p>Le ISC sono sempre più frequentemente sostenute da microrganismi resistenti a diversi antibiotici, in particolare S. aureus meticillino-resistente (MRSA) ed enterobatteri produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL). Nel paziente sottoposto a neurochirurgia o chirurgia endoscopica transnasale, lo screening per la colonizzazione nasale da parte di S. aureus è suggerito nei casi con colonizzazione pre-operatoria da MRSA, storia di infezione da MRSA, neonati e lattanti inferiori a tre mesi di età che sono stati ricoverati in ospedale dalla nascita o che hanno una cardiopatia complessa. Nel paziente che si sottopone a chirurgia ortopedica o cardiotoracica, si raccomanda di eseguire lo screening nasale di routine per S. aureus. Lo screening rettale per enterobatteri ESBL va eseguito nel neonato ricoverato in terapia intensiva neonatale.</p>



Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) Faringotonsillite acuta del bambino

<https://choosingwiselyitaly.org/societa/sipps/>

1	<p>Non richiedere indagini ematochimiche nei bambini con faringotonsillite acuta.</p> <p>Gli indici di flogosi non sono utili perché non differenziano con sicurezza le forme batteriche da quelle virali, in quanto possono essere incrementati anche in alcune infezioni provocate da virus. La determinazione del titolo anti-streptolisinico e degli anticorpi anti-DNA-asi sono utili per la diagnosi di complicanze post-streptococciche non suppurative, come la malattia reumatica e la glomerulonefrite, che si verificano a distanza di settimane dall'infezione acuta da <i>Streptococcus pyogenes</i>, ma non sono di alcuna utilità al momento della faringotonsillite acuta.</p>
2	<p>Non somministrare terapia antibiotica ai bambini con faringotonsillite acuta in assenza di conferma microbiologica di infezione da <i>Streptococcus pyogenes</i> a seguito di test rapido o esame colturale.</p> <p>La maggior parte delle faringotonsilliti sono di origine virale e non richiedono terapia antibiotica. Clinicamente non è possibile distinguere le forme virali dalle altre. È pertanto necessaria un'indagine microbiologica (test rapido o coltura) per selezionare i bambini con infezione streptococcica, che sono gli unici a necessitare di terapia antibiotica. L'esame deve essere effettuato solo nei bambini con sintomi suggestivi di malattia da streptococco Beta emolitico di Gruppo A, in accordo con le raccomandazioni delle Linee Guida italiane e internazionali, al fine di evitare di trattare i portatori sani. Il test rapido o l'esame colturale non devono essere ripetuti alla fine del ciclo terapeutico.</p>
3	<p>Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale nei bambini con faringotonsillite acuta, l'antibiogramma non deve essere eseguito.</p> <p>A oggi in tutto il mondo lo <i>Streptococcus pyogenes</i> è sempre risultato sensibile alla penicillina e ai suoi derivati. L'esame di sensibilità agli antibiotici nei bambini con faringotonsillite acuta incrementa i costi senza fornire benefici in termini di scelta di terapia antibiotica.</p>
4	<p>Nei bambini con faringotonsillite acuta e conferma microbiologica di infezione da <i>Streptococcus pyogenes</i>, non ridurre la durata della terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni.</p> <p>In base ai dati della letteratura la terapia di prima scelta rimane amoxicillina 50 mg/kg/die in 2 o 3 somministrazioni per 10 giorni. Soltanto una terapia di 10 giorni è associata con sicurezza ad una effettiva riduzione del rischio di malattia reumatica. In caso di problemi di aderenza alla terapia per 10 giorni è utilizzabile la penicillina benzatina per via intramuscolare.</p>
5	<p>Non somministrare steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta.</p> <p>La somministrazione di steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta, mascherando alcuni segni o sintomi, potrebbe portare a un ritardo nella diagnosi di patologie che, seppur rare, possono essere molto gravi, quali linfomi e altre neoplasie.</p>



Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM) – neonati e bambini

<https://choosingwiselyitaly.org/societa/sirm/>

1	Nei bambini non prescrivere e non eseguire di routine la radiografia dell'arto controlaterale nei traumi. L'esame radiologico dopo trauma in un arto viene prescritto nel sospetto clinico di frattura e deve essere eseguito di routine solo sul lato e sul segmento traumatizzato, comprendendo almeno una delle due articolazioni adiacenti. Solo nei casi in cui il medico radiologo abbia un fondato dubbio diagnostico per la presenza di un segno radiologico non univoco, può essere indicato eseguire un confronto con il lato controlaterale sano, nella sola proiezione in cui è presente il segno dubbio piuttosto che una radiografia in proiezione mirata sulla sede di sospetta lesione. L'esecuzione di routine di entrambi i lati, anche se eseguita con un'unica esposizione e molto di più se eseguita in due esposizioni successive (1 per lato e per proiezione) porta comunque ad un aumento della dose di radiazioni ionizzanti al singolo, superflua molto spesso per la diagnosi, soprattutto se già evidente senza necessità di confronto. L'aumento di dose al singolo, riguardando nello specifico il paziente pediatrico si riferisce alla fascia di età con maggior radiosensibilità dei tessuti e con ampia aspettativa di vita. L'esposizione inappropriata comporta, inoltre un aumento di dose alla popolazione. L'utilizzo di proiezioni aggiuntive sul lato affetto o sul lato sano può essere indicato ma solo in casi selezionati dal medico radiologo per dirimere dubbi diagnostici soprattutto quando la frattura sospetta sia in prossimità o coinvolgente la cartilagine di accrescimento.
2	Nei neonati e nei bambini con epilessia non eseguire di routine la TC del cranio-encefalo. La diagnosi di epilessia è clinica e necessita di integrazione con dati elettroencefalografici (EEG). L'esame TC è comunemente prescritto dopo un episodio epilettico tuttavia ha un ruolo limitato per la sua bassa sensibilità nell'identificazione di piccole neoplasie, anomalie dello sviluppo corticale e di alcune lesioni vascolari. Non sono stati identificati in letteratura studi sul ruolo della TC per determinare l'eziologia dell'epilessia nei bambini. L'imaging è richiesto solo nei casi di epilessia farmaco-resistente, mentre non trova indicazione nei bambini con epilessia genetica generalizzata e con epilessia benigna dell'infanzia con punte rolandiche (centrotemporali) (BECRS) che rispondono al trattamento farmacologico. Quando necessario l'imaging di scelta è la RM; l'uso della TC dovrebbe essere limitato in presenza di controindicazioni all'esame RM (device medicali, pacemaker, etc). L'esame RX del cranio non trova nessuna indicazione nel paziente con epilessia potendo identificare solo anomalie scheletriche non correlate con la patologia.
3	Nei neonati e nei bambini di età inferiore ai 6 anni con sospetta sinusite non eseguire la radiografia dei seni paranasali. La diagnosi di sinusite è clinica mentre la valutazione con RX non è indicata per la bassa sensibilità e specificità in quanto i seni mascellari prima dei 6 anni sono piccoli e scarsamente pneumatizzati. Le cavità si presentano comunemente opacate, anche nel bimbo sano, perché la mucosa è fisiologicamente spessa e ridondante, così da occupare tutto lo spazio aereo. Pertanto un aspetto opacato dei seni nel bimbo di età inferiore a 6 anni non depone per sinusite ma è un aspetto normale. La radiografia potrebbe evidenziare un livello idroaereo nella sinusite acuta ma la tecnica di esame necessaria (ortostatismo, immobilità) può essere difficile da realizzare nel bimbo piccolo, con rischio di esposizioni radiogene inutili alla diagnosi. Secondo i criteri di appropriatezza dell'ACR (American College of Radiology) la radiografia dei seni paranasali non è mai appropriata. In casi selezionati, su precise indicazioni cliniche (ad esempio se i sintomi sono ingravescenti e la terapia medica non è efficace o se si prevede di dover effettuare un intervento chirurgico), per la valutazione ottimale in dettaglio la TC è il gold standard: anche nella diagnosi di sinusite cronica con TC il rilievo di ispessimento della mucosa non è sufficiente da solo ma deve essere associato a ridotto volume sinusale, sclerosi ed ispessimento dell'osso circostante. La TC è anche usata per la diagnosi differenziale con i tumori, ma in questi casi la RM è preferibile per la miglior delimitazione della massa e l'assenza di radiazioni ionizzanti.
4	Nei bambini di età inferiore ai 3 anni non eseguire la radiografia delle ossa nasali nel sospetto di frattura. Per quanto le fratture nasali rappresentino circa la metà delle fratture facciali nell'età pediatrica la frequenza è molto più bassa nei bimbi di età inferiore ai 3 anni, nei quali prevale la componente cartilaginea dello scheletro nasale (con scarso sviluppo della componente ossea corticale) e vi è ridotta emergenza dal profilo facciale della piramide nasale. Nel trauma si lesiona prevalentemente il setto, fratturato longitudinalmente nella porzione anteriore o dislocato, come di comune riscontro nelle fratture neonatali. La diagnosi è clinica mentre la valutazione con RX risulta poco attendibile in ragione dell'assente o incompleta ossificazione e della prevalenza dei tessuti cartilaginei e molli, con seni paranasali spesso piccoli e scarsamente pneumatizzati. In casi selezionati, su precise indicazioni cliniche, per la valutazione ottimale in dettaglio l'esame di scelta è la TC.
5	Nei neonati e nei bambini con torcicollo senza traumi non eseguire la radiografia della colonna cervicale. La diagnosi di torcicollo è clinica. Il torcicollo congenito viene solitamente diagnosticato entro il primo mese di vita; la diagnosi dopo i 6 mesi è rara e devono essere prese in considerazione altre cause. Nel neonato/lattante la principale causa è di natura muscolare e la metodica di imaging di prima scelta è l'ecografia. Nei bambini più grandi, l'insorgenza di torcicollo senza traumi riconosce diverse cause (cefalea, spasmo muscolare, infezioni, patologia autoimmune, neoplasie, sindromi distoniche, disfunzioni oculari) e pertanto richiede un adeguato inquadramento clinico ed un eventuale approfondimento con imaging RM (preferibile) o TC; in queste situazioni l'RX ha un ruolo limitato, potendo identificare esclusivamente anomalie scheletriche o instabilità atlo-assiali che in ogni caso richiederebbero una successiva valutazione con imaging di II livello.

Raccomandazione dell'Associazione Scientifica ANDRIA

Promozione di un'assistenza appropriata in ostetricia, ginecologia e medicina perinatale



<https://choosingwiselyitaly.org/societa/andria/>

Non clampare il cordone ombelicale nel primo minuto dalla nascita nei neonati che non necessitano di immediata assistenza.

In neonati a termine e pretermine che non richiedono immediate manovre rianimatorie il clampaggio del cordone dovrebbe essere eseguito dopo almeno un minuto o quando il cordone cessa di pulsare. Il clampaggio tardivo aumenta il peso alla nascita e i valori di emoglobina nel neonato. Sono aumentati anche i depositi di ferro fino a 6 mesi dalla nascita.

Febbraio 2015

Raccomandazione del Collegio dei Reumatologi Italiani (CReI)



<https://choosingwiselyitaly.org/societa/crei/>

Non richiedere il dosaggio degli ANA (autoanticorpi antinucleo) e del fattore reumatoide ad un bambino quando questi presenti artralgie, senza alcuna obiettività clinica.

Quando un bambino presenta dolori articolari ma non soddisfa i criteri clinici per la diagnosi di Artrite Idiopatica Giovanile è poco utile richiedere la determinazione di autoanticorpi. Tali indagini sono utili per meglio definire la diagnosi, la prognosi e quindi per l'avvio di una adeguata ed immediata terapia.

Novembre 2016

Cinque raccomandazioni della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche - FNOPI - Ambito pediatrico infermieristico



<https://choosingwiselyitaly.org/societa/fnopi-ped/>

1	<p>Non eseguire lo screening uditivo alla nascita ma almeno dopo 48 ore di vita in un centro nascita di 1° livello.</p> <p>Lo screening audiologico neonatale consente l'identificazione precoce delle ipoacusie congenite, la cui prevalenza è di 1-3 casi ogni mille nati, in assenza di fattori di rischio. Deve essere praticato a tutti i neonati, prima della dimissione, in tutti i centri nascita, da personale appositamente formato, in condizioni ambientali ideali ben definite e con strumenti adeguati., allo scopo di effettuare diagnosi entro i primi 3 mesi ed intervenire entro i 6 mesi di vita. Lo screening neonatale di primo livello prevede la valutazione automatica delle Otoemissioni Acustiche Evocate (TEOAE) in risposta a un segnale. Esse non sono sempre rilevabili precocemente, per persistenza di materiale nel condotto uditivo esterno o mascheramento del segnale da altri rumori o nei nati da parto cesareo, con più risultati falsamente positivi rispetto all'atteso e preoccupazioni dei genitori.</p> <p>Eseguire di routine il test direttamente dopo 48 h dalla nascita può semplificare la diagnosi, può ridurre i falsi positivi, le ansie nei genitori e lo spreco di tempo e denaro necessari per ripetere lo screening di primo livello nel corso di uno stesso ricovero o per effettuare i potenziali evocati uditivi del tronco automatici (A-ABR) in centri di 2° livello.</p>
2	<p>Non sostituire dispositivi senza avere prima verificato l'integrità cutanea.</p> <p>La skin breakdown ovvero la distruzione dei tessuti molli è una realtà misconosciuta: la convinzione che i bambini siano meno esposti al danno tissutale è errata per cui un bimbo ha maggior rischio di subire danni conseguenti all'azione di forze quali pressione, frizione e stiramento.</p> <p>Prima di sostituire un dispositivo per alimentazione, peristomale, ventilazione e/o respirazione è necessario ispezionare la cute, ottimizzare la nutrizione, gestire l'umidità ambientale e verificare l'integrità dei dispositivi. È importante che non si segua la routine o la scadenza del tempo.</p> <p>Sostituire i dispositivi sulla base della valutazione della skin breakdown dà risultati sovrapponibili in termini di costi e complicanze secondarie con minore stress per il bambino.</p>
3	<p>Non riscaldare più volte il latte artificiale e materno prima di somministrarlo al bambino.</p> <p>È prassi comune riscaldare più volte il latte, materno e in formula, utilizzando modalità che non garantiscono la corretta temperatura come ad esempio pentolino, scaldia biberon, microonde. La preparazione del latte, prima di essere somministrato, può avvenire tramite scaldia biberon reimpostati; per ciò che concerne il latte in formula liquido ci si avvale di un riscaldamento in acqua calda fino a 35 °C, mentre il latte in polvere deve essere aggiunto ad acqua a temperatura di 70°C. Il latte materno va somministrato a temperatura ambiente.</p> <p>Ad una temperatura inadeguata molte proprietà benefiche del latte soprattutto materno scompaiono. Il latte una volta riscaldato se non utilizzato entro mezz'ora deve essere eliminato per evitare che i batteri proliferino. In mancanza di monodose evitare che l'intera bottiglia di latte si raffreddi per poi essere nuovamente riscaldato. Gli operatori sanitari e i genitori devono essere consapevoli di questi problemi soprattutto quando ci si riferisce a neonati malati e prematuri.</p>
4	<p>Non riscaldare il latte a temperature inadeguate per evitare la decomposizione nutritiva e conservarlo in maniera adeguata.</p> <p>Le alte temperature (superiori agli 80 °C) alle quali il latte è esposto possono indurre variazioni nel profilo di grasso rispetto al latte umano fresco. È necessario rispettare la giusta preparazione per non provocare la distruzione dei nutrienti. Le modifiche maggiori nel latte surriscaldato rilevate da evidenze scientifiche riguardano aminoacidi essenziali per la crescita umana. Il giusto riscaldamento del latte (in particolare quello in polvere) deve essere garantito ad una temperatura non inferiore ai 70°C per evitare la proliferazione di batteri, di cui il più temuto e comune è <i>E. sakazakii</i>, responsabile di meningite, setticemia ed enterocolite necrotizzante. Anche la conservazione del latte artificiale (liquido o preparato), una volta aperta la confezione, riveste importanza: deve restare in un frigorifero funzionante a 4°C fino al momento dell'uso successivo poiché si riduce la crescita batterica rispetto a temperature comprese tra 5°- 65 °C.</p>
5	<p>Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolorose nel bambino</p> <p>Frequentemente, per l'esecuzione di procedure invasive e/o il posizionamento di dispositivi, si ricorre alla contenzione fisica del bambino, senza sufficienti spiegazioni su ciò che accadrà e senza una appropriata copertura analgesica; il mancato controllo del dolore e la mancata gestione dell'ansia generano rifiuto, pianto, angoscia, stress, non collaborazione del piccolo, preoccupazione ed ansia nei genitori. Oltre alle note procedure convenzionali, esistono valide metodiche alternative quali: posizione comoda del bambino, respirazione controllata, distrazione e incoraggiamento della madre e del bimbo, simulazione di messa in scena di una storia attraverso burattini e, in particolare, la tecnica con audiovisivi che va ad influenzare maggiormente la componente emozionale-cognitiva del dolore. Il ricorso all'uso locale di anestetici quali lidocaina in crema / cerotto/ polvere può essere considerato in base alla durata delle procedure. Il controllo del dolore e del disagio associato a procedure diagnostico/terapeutiche è efficace nel ridurre le reazioni del bambino agli eventi dolorosi che si manifestino nel tempo e può favorire l'accettazione di qualsiasi altro tipo d'intervento assistenziale successivo.</p>