

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare 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>Astenersi dal prescrivere aggiunte di latte artificiale nei primi giorni di vita ai neonati in assenza di provate indicazioni mediche.</p> <p>La durata dell'allattamento al seno si correla positivamente con la salute infantile (riduzione di obesità, atopia, asma, infezioni ...) e materna. L'allattamento al seno esclusivo nei primi giorni di vita è elemento predittivo positivo di una lunga durata dell'allattamento. Le supplementazioni con lattini artificiali interferiscono con il processo naturale della lattazione perché annullano il meccanismo di feed-back tra madre e bambino, sul quale si basa l'adeguata produzione di latte materno.</p>
3	<p>Non prescrivere antibiotici nelle patologie delle vie respiratorie presumibilmente virali in età pediatrica (sinusiti, faringiti, bronchiti).</p> <p>Gli antibiotici sono i farmaci più prescritti in Italia e il fenomeno dell'antibiotico resistenza è un problema in progressivo aumento. L'appropriata gestione clinica delle patologie a eziologia infettiva prevede - secondo linee guida esistenti - la vigile attesa nei casi che lo consentono, sulla base di criteri clinici, anamnestici ed epidemiologici, e l'utilizzo degli antibiotici solo nei casi che lo richiedono e con le modalità corrette. Evitare l'uso di antibiotici nelle infezioni presumibilmente virali e trattare in modo ottimale le infezioni batteriche possono limitare 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.</p>
5	<p>Evitare la somministrazione di farmaci (anti H2, procinetici, inibitori di pompa protonica-PPI) nel Reflusso Gastro Esofageo (GER) fisiologico, che non compromette la crescita e non si associa a segni o sintomi sospetti di Malattia da GER. Non prescrivere medicinali ai "vomitatori felici".</p> <p>Il GER fisiologico è causa molto frequente di rigurgito o vomito 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. I farmaci PPI non sono efficaci per risolvere il GER e non vi sono evidenze sufficienti della loro sicurezza nei bambini. L'uso dei farmaci antiacidi, anti H2, PPI e pro cinetici va riservato alla Malattia da GER (GERD) correttamente diagnosticata, che è estremamente rara in età pediatrica e per lo più correlata a condizioni predisponenti. Mancano prove a sostegno dell'utilizzo dei farmaci per il GERD come trattamento empirico a scopo diagnostico nei bambini piccoli, nei quali crisi di pianto inconsolabile, irrequietezza, inarcamento del tronco, talora associati a vomiti e rigurgiti, possono essere manifestazioni fisiologiche di una fase evolutiva che scompaiono in qualche settimana. Ciononostante, i farmaci per il GERD sono ampiamente prescritti sotto l'anno di vita. Per limitare le terapie improprie è necessario riuscire a differenziare il GER fisiologico da quello associato a sintomi che meritano un approfondimento diagnostico, e comunicarne adeguatamente ai genitori il significato che ne giustifica il trattamento con semplici accorgimenti.</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 razionale 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.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osservatorio ARNO bambini. I profili assistenziali delle popolazioni in età pediatrica. Rapporto 2011. http://osservatorioarno.cineca.org 2. Effectiveness of Nebulized Beclomethasone in Preventing Viral Wheezing: An RCT. Pediatrics. 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:1002/14651858.CD008888.pub2. Inhaled corticosteroids for subacute cough in children.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. OMS, Ginevra, 1989. 2. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Jul;49:112-125.doi:10.1097mpg.0B013e31819F1E05. 3. Becker GE, Remington S, Remington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev.2011 Dec 7;(12):CD006462.doi:10.1002/14651858.CD006462.pub2. 4. ArchDis Child doi:10.1136/archdischild-2014-306701.Originalarticle. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Farley R, Spurling GK, et al. Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Oct 9;10:CD005189. 2. Hersh AL et al ,and Committee On Infectious Disease. Principles of Judicious Antibiotic Prescribing for Upper Respiratory Tract Infections in Pediatrics. Pediatrics 2013; 132; 1146. DOI:10.1542/peds.2013-3260. 3. European Center for Disease Prevention and Control. Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union. http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Documents/antibiotic-resistance-in-EU-summary.pdf 4. NICE clinical guidelines 160.2013 May. Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. NICE clinical guidelines 160.2013 May. Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years. 2. Quaderni acp 2013; 20(3): 100-108 La polmonite in età evolutiva: dalla diagnosi alla terapia. L.de Seta, F. Pannuti, F. de Seta. UOC Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale "San Paolo", Napoli. 3. Thorax 2011 Oct;vol 66 Suppl 2. Guidelines for the management of Community Acquired Pneumonia in children: Update 2011 British Toracic Society Guidelines. 4. Eric R. Coon, Ricardo A.Quinonez, Virginia A. Moyer and Alan R. Schroeder Overdiagnoses: How Our Compulsion for Diagnosis May Be Harming Children: Pediatrics 2014 Oct; 134:1-11.. DOI: 10.1542/peds.2014-1778.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: joint raccomandations of NASPGHAN/ESPGHAN Pediatric GER Guideline Committee Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009 oct;49:498-547. 2. Tighe M, Afzal NA, Bevan A, Hayen A, Munro A, Beattie RM Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux (Review). The Cochrane Collaboration, 2014; Issue 1 3. Lightdale JR, Gremse DA and Section on Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. Pediatrics 2013;131:e1684 doi: 10.1542/peds.2013-0421 4. Osservatorio ARNO bambini. I profili assistenziali delle popolazioni in età pediatrica. Rapporto 2011. http://osservatorioarno.cineca.org 5. Davies I, Burman-Roy S, Murphy MS; Guideline Development Group. Gastro-oesophageal reflux disease in children: NICE guidance. BMJ. 2015 Jan 14;350:g7703. doi: 10.1136/bmj.g7703

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"**, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it

L'**Associazione Culturale Pediatri - ACP** - è una libera associazione di 2500 tra pediatri delle cure primarie, ospedalieri e universitari, 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