



## LE 10 RACCOMANDAZIONI PER SCEGLIERE SAGGIAMENTE (“CHOOSING WISELY”) IN PEDIATRIA

### Choosing Wisely<sup>®</sup>

An initiative of the ABIM Foundation

#### 1. Non dovrebbero essere usati antibiotici per le malattie respiratorie apparentemente virali (sinusiti, faringiti, bronchiti)

Anche se il numero totale di prescrizioni di antibiotici per bambini è sceso, rimane ancora molto elevato. L'uso non necessario di farmaci utilizzati per le malattie virali respiratorie può favorire la resistenza agli antibiotici e contribuire ad aumentare le spese sanitarie e il rischio di eventi avversi.

#### 2. Non dovrebbero essere prescritti e raccomandati farmaci per la tosse o il raffreddore nelle malattie respiratorie dei bambini di età inferiore ai 4 anni

La ricerca ha dimostrato che tali prodotti apportano pochi benefici nei bambini e potenzialmente possono avere seri effetti collaterali. Molti prodotti per curare la tosse e il raffreddore nei bambini contengono più di un principio attivo, e questo aumenta la probabilità di un sovradosaggio accidentale se assunti in combinazione con altri prodotti.

#### 3. Non è necessaria la TC per l'immediata valutazione dei traumi cranici minori: l'osservazione clinica e i criteri PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network) dovrebbero essere impiegati per definire la diagnostica per immagini

Traumi cranici minori sono frequenti nei bambini e negli adolescenti. Circa il 50% dei bambini che giungono al Pronto Soccorso con traumi cranici minori vengono sottoposti alla TC che nella maggior parte dei casi risulta non necessaria. I raggi X espongono i bambini a seri pericoli, incluso l'aumento del rischio di cancro perché il tessuto cerebrale del bambino è più sensibile alle radiazioni ionizzanti. Le TC non necessarie comportano spese superflue a carico del sistema sanitario. L'osservazione clinica risulta essere l'approccio efficace per i bambini che presentano un trauma cranico minore prima di decidere di eseguire la TC.

#### 4. Non sono necessari studi di neuroimmagine (TC o RM) nel bambino che presenta una convulsione febbrile non complicata

La TC è associata con l'esposizione alle radiazioni che può aumentare il rischio di cancro. La RM è associata ai rischi della sedazione e agli alti costi. La letteratura non sostiene l'uso dello studio di imaging nella valutazione del bambino con convulsioni febbrili. I medici che valutano i bambini dopo una semplice convulsione febbrile dovrebbero innanzitutto identificare la causa della febbre.

### American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN<sup>™</sup>



#### 5. Non è necessaria la TC per la valutazione di routine dei dolori addominali

L'utilizzo della TC nel Pronto Soccorso per la valutazione di bambini con dolore addominale è in aumento. Il rischio sempre maggiore di cancro dovuto all'eccesso di esposizione alle radiazioni è fonte di preoccupazione, data l'estrema sensibilità dei bambini alle radiazioni. Esiste anche il rischio potenziale di sovradosaggio da radiazioni seguendo protocolli TC inappropriati.

#### 6. Non prescrivere un dose elevata di desametasone (0,5 mg/kg/die) per la prevenzione o il trattamento della displasia broncopulmonare nei pretermine

Un'elevata dose di desametasone (0,5 mg/kg/die) non è raccomandata e non sembra apporti benefici terapeutici aggiuntivi rispetto a dosi minori. Le dosi elevate sono state anche associate a numerosi eventi avversi a breve e lungo termine, inclusi i disturbi dello sviluppo neurologico.

#### 7. Non eseguire programmi di screening per le allergie alimentari senza considerare la storia clinica

Non si raccomanda di prescrivere programmi di screening (IgE totali, RAST) per una varietà di allergeni alimentari senza aver preso in considerazione la storia clinica. Una sensibilizzazione alimentare (test positivo) in assenza di allergia clinica è comune. Ad esempio, circa l'8% della popolazione risulta positiva al test per le arachidi ma solo l'1% è veramente allergico e mostra sintomi in seguito all'ingestione. Quando i sintomi indicano una possibile allergia alimentare, i test dovrebbero essere scelti in base a un'accurata valutazione della storia clinica.

#### 8. Evitare l'uso di inibitori dell'acidità gastrica e di farmaci procinetici per il reflusso gastroesofageo (RGE) fisiologico che si manifesta in assenza di sintomi da malattia da reflusso (MRGE), come il dolore, l'arresto della crescita. Non usare farmaci nei cosiddetti “rigurgitatori felici”

Vi sono scarse evidenze per cui il RGE sia un agente causale in molte condizioni, sebbene il reflusso sia un'associazione comune. Vi sono molte prove che gli inibitori dell'acidità gastrica e gli farmaci procinetici non siano efficaci per il trattamento del RGE fisiologico. Le sequele a lungo termine del reflusso sono estremamente rare e ci sono poche evidenze che gli inibitori dell'acidità gastrica possano ridurre queste sequele. L'e-



secuzione di routine di esami diagnostici di imaging radiografico del tratto gastrointestinale superiore per diagnosticare il RGE non è giustificata. I genitori dovrebbero sapere che il rigurgito è una condizione fisiologica nel bambino. Il reflusso che si associa a un rallentamento della crescita o a sintomi respiratori significativi necessita di ulteriori approfondimenti.

## 9. Evitare l'uso delle colture per lo screening e il trattamento della batteriuria asintomatica

Non ci sono evidenze per l'esecuzione di routine dell'urinocoltura e per il trattamento della batteriuria asintomatica (urinocoltura positiva in assenza di leucocituria). Le urinocolture sono costose e danno risultati falsamente positivi o negativi. Il trattamento della batteriuria asintomatica aumenta anche l'esposizione agli antibiotici, che rappresenta un fattore di rischio per future infezioni con germi resistenti. Tutto questo può comportare un uso incongruo degli antibiotici e il ricorso a esami di imaging non necessari.

### Commento

Definire i criteri di appropriatezza dei trattamenti, dei test diagnostici, dei percorsi assistenziali, è un processo non semplice che richiede sia gli strumenti della evidence-based medicine sia processi di consenso per lo sviluppo di linee guida (LG) e raccomandazioni basate sulle prove scientifiche. Sviluppare e diffondere le LG non è, d'altra parte, una garanzia sufficiente ad assicurarne l'adesione alle stesse (e gli esempi sono all'ordine del giorno). E capita anche di vedere che molte LG o raccomandazioni che vengono prodotte non sono certo di buona qualità se hanno alle spalle panel di esperti che fanno più gli interessi delle industrie che quelli dei pazienti (vedi a riguardo l'Editoriale di questo numero a pag. 347).

In questo contesto si inserisce l'interessante tentativo di un approccio innovativo sviluppato "dal basso" per contrastare il sovrautilizzo di prestazioni e interventi, che è stato realizzato negli Stati Uniti dall'American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM) in collaborazione con Consumer Reports e diverse società scientifiche americane, tra cui per la pediatria l'American Academy of Pediatrics<sup>1</sup>.

Dell'iniziativa nata nel 2012, denominata **choosing wisely** (che significa "scegliere saggiamente") ne abbiamo già parlato su Medico e Bambino<sup>2,3</sup>.

Ha l'obiettivo innovativo di promuovere un'alleanza tra medici e pazienti per contrastare l'idea che garantire la salute richieda necessariamente un sempre crescente numero di prestazioni e interventi, e per sottolineare che, in particolare per quelli inutili o inappropriati, il rapporto rischio-beneficio è altamente sfavorevole.

Inizialmente alle società scientifiche è stato chiesto di produrre una lista di 5 prestazioni ritenute obsolete o inappropriate. In ambito pediatrico i primi iniziali 5 punti riportati nell'elenco riguardano un utilizzo razionale degli antibiotici, il rapporto beneficio/rischio sfavorevole dei farmaci per il trattamento sintomatico della tosse e l'uso spesso inappropriato della TC (e della stessa RM), con particolare riferimento ai traumi cranici, alle convulsioni e alla diagnostica per i dolori addominali (in particolare per la diagnosi di appendicite acuta).

A queste iniziali raccomandazioni recentemente se ne sono aggiunte altre 5 che sono di estremo interesse e di cui Medico e Bambino ha spesso discusso da diversi anni. Pensiamo a quanto

## 10. Gli strumenti per il controllo dell'apnea nel bambino non dovrebbero essere usati di norma per prevenire la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)

Non c'è evidenza che il loro uso diminuisca l'incidenza della SIDS; potrebbero tuttavia essere utilizzati a domicilio in bambini molto selezionati a rischio di apnea o di eventi cardiovascolari, ma non dovrebbero essere usati di routine.

*Le informazioni riportate hanno carattere divulgativo e non sostituiscono il parere del medico. Per qualsiasi richiesta specifica riguardante le informazioni presentate nella lista o riguardo alla propria condizione di salute personale si consiglia di consultare il proprio medico curante.*

Traduzione (adattata) da Choosing Wisely dell'American Academy of Pediatrics. <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-academy-of-pediatrics/>

sia ancora frequente la richiesta del dosaggio delle IgE totali e dei RAST per alimenti, di fronte a una banale orticaria o eczema. Pensiamo alle iperdiagnosi e conseguenti trattamenti inutili (se non dannosi) del fantomatico reflusso gastroesofageo (parola che non andrebbe nominata ai genitori se non di fronte a quei quadri rari di malattia da reflusso, che si verificano quasi sempre in determinate categorie a rischio). Per non parlare della frequente richiesta di urinocolture in presenza di sintomatologie che hanno poco a che fare con una infezione delle vie urinarie (IVU) e soprattutto di inutili e dannosi "controlli di routine" delle urinocolture per i bambini che hanno avuto una pregressa IVU.

A queste 10 raccomandazioni si è arrivati attraverso un lavoro di "segnalazione" fatto in tre step di selezione (a partire da una lista di 100 segnalazioni) e che ha coinvolto inizialmente un gruppo esteso di operatori con l'utilizzo anche dei social media.

Se questo decalogo lo leggiamo con attenzione e lo diffondiamo e lo condividiamo nella pediatria italiana, in una "alleanza" con la famiglia e i pazienti, saremo sicuramente più liberi da mode e condizionamenti (che nascono spesso da una medicina accademica, obsoleta e non aggiornata) e da una medicina difensiva che aumenta solo i costi senza comportare alcun beneficio per la salute dei cittadini. Sapendo bene che un approccio basato sulla medicina difensiva, senza riflessioni, senza un principio professionale e morale basato sulla ragionevolezza scientifica (che ha certo le sue eccezioni alla regola), è paradossalmente a maggiore rischio di errori.

Scegliere saggiamente e con semplicità è uno dei compiti (difficili) del nostro mestiere e dovrebbe essere parte di ogni singolo atto diagnostico, terapeutico, di informazione e sostegno del bambino e della famiglia. Le conseguenze personali e di gruppo di quello che facciamo saranno da vero supporto alla qualità, anche sociale, del nostro lavoro.

### Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Ten Things Physicians and Patients Should Question. <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-academy-of-pediatrics/>
2. Marchetti F. Crisi sanitaria e modelli sostenibili: tra nuova etica professionale e riorganizzazione (Editoriale). Medico e Bambino 2012;31:415-6.
3. Marchetti F. Choosing wisely in pediatria: meno antibiotici e meno TAC (Editoriale). Medico e Bambino 2013;32:349-50.