



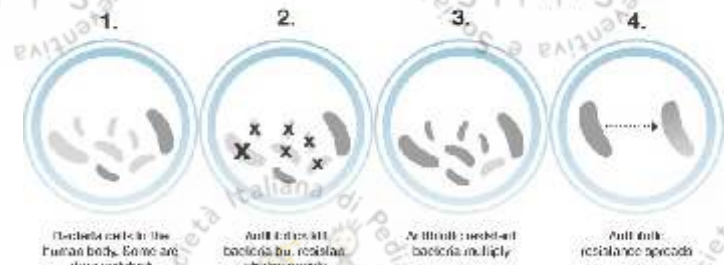
L'USO GIUDIZIOSO DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE INFETTIVE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Consensus conference della Pediatria delle cure primarie

VALTER SPANEVELLO

ANTIBIOTICORESISTENZA

How antibiotic resistance occurs



EUROPE



25,000

people die each year
as a result of hospital infections caused by

**5 key
resistant
bacteria**



GLOBAL



A failure to address the problem of antibiotic resistance could result in:

**10m
deaths
by 2050**

Costing
**£66
trillion**

RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI



- Già nel 1945 Alexander Fleming, premio Nobel per la Medicina, metteva in guardia circa la possibile induzione di resistenze alla penicillina: **utilizzando questo antibiotico sotto-dosato** si sarebbero selezionate popolazioni batteriche resistenti
- **L'uso eccessivo e a volte improprio** degli antibiotici osservato negli ultimi anni ha provocato un aumento di ceppi batterici resistenti agli antimicrobici, dei costi assistenziali e della prevalenza degli eventi avversi

La resistenza agli antibiotici è oggi un problema globale

- Nel 2014 l'OMS ha pubblicato il Global Report on Surveillance, prendendo in considerazione i dati provenienti da 114 Paesi (tra cui l'Italia), concludendo, in modo allarmato, che la resistenza è una delle principali minacce per la salute pubblica e che sono necessarie azioni correttive urgenti
- Il rischio reale è che, se la situazione non dovesse mutare, ci troveremo ad affrontare un'era post-antibiotica nella quale infezioni comuni e curate con successo per decenni saranno nuovamente in grado di uccidere.

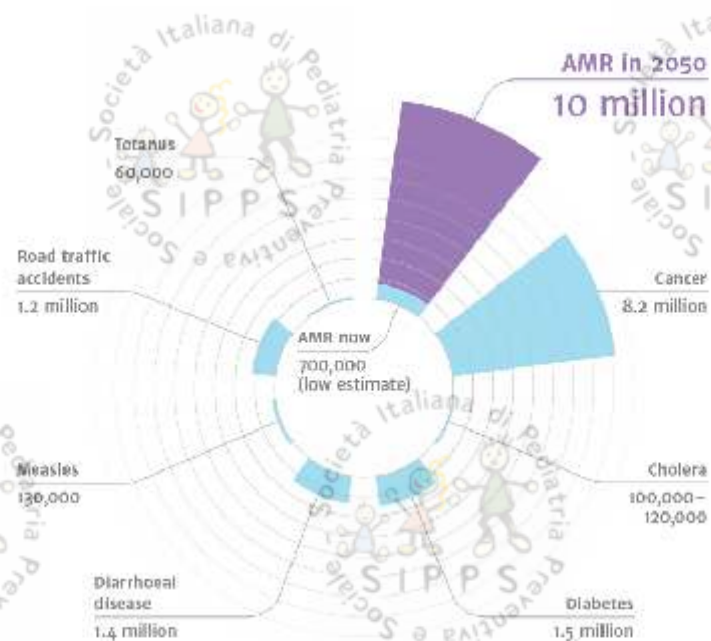


MORTI ALL' ANNO ATTRIBUIBILI ALL' ANTIBIOTICORESISTENZA

Da 700 mila oggi...
a 10 milioni nel 2050

*più del cancro, del diabete,
degli incidenti stradali ...*

DEATHS ATTRIBUTABLE TO AMR EVERY YEAR



Source:
World Health Organization, 2019
Review on Antimicrobial Resistance

Review on
Antimicrobial
Resistance

SCOPERTA DI NUOVI ANTIBIOTICI

Antibiotic discovery and resistance timeline

Antibiotic class

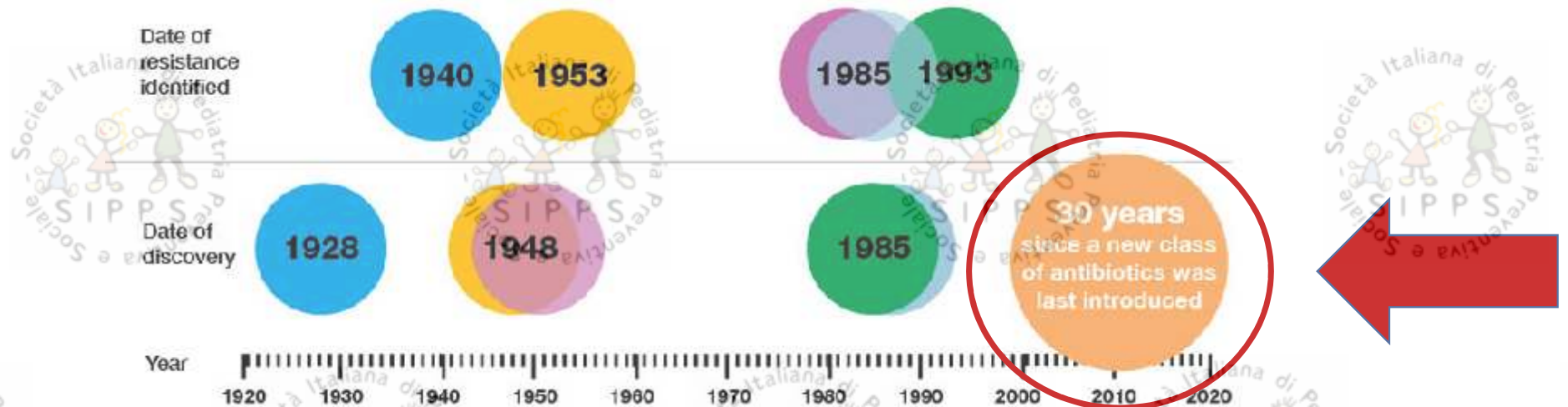
● PENICILLINS

● MACROLIDES

● CARBAPENEMS

● TETRACYCLINES

● FLUOROQUINOLONES



PEDIATRA



Dalla nascita all'adolescenza



RESPONSABILITÀ



RESPONSABILITÀ DELLA PRESCRIZIONE

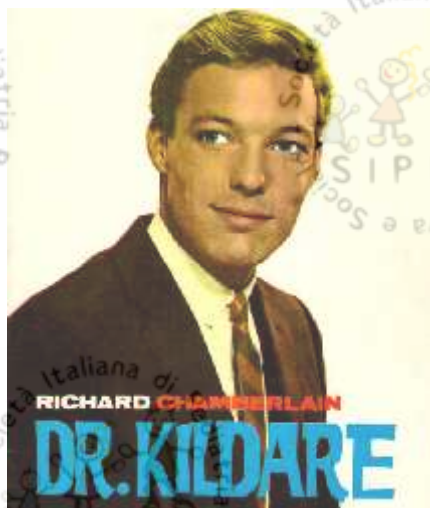


75%



25%

BASTA UN BUON DOTTORE...





CONOSCENZA CONSAPEVOLEZZA

Realtà dell'uso degli antibiotici:

- ***Determinanti della prescrizione***
- ***Criticità***
- ***Possibilità di miglioramento***

GRUPPI TERAPEUTICI PIÙ PRESCRITTI

Ordine	ATC	Descrizione	Prevalenza	% spesa
1	J01	Antibatterici ad uso sistemico	48,2	37,9
2	R03	Antiasmatici	25,6	28,9
3	H02	Corticosteroidi sistemici	8,6	1
4	R06	Antistam. H1	6	2,7
5	J05	Antivirali	1,6	0,9
6	A07	Antidiar. A07A	1,1	0,4
7	A11	Vitamine	1,1	0,3
8	P02	Antidiab. P02A	0,9	0,1
9	A02	Antiacidi	0,8	0,7
10	B03	Farmaci antianemici	0,8	0,2
11	N03	Antiepilettici	0,4	3,3
12	B02	Antiemorragici	0,3	6,5
13	M01	Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	0,3	0,1
14	D07	Corticosteroidi, preparati dermatologici	0,2	0,1
15	H01	Ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi	0,2	9,2

Gli antibiotici sono la classe di farmaci più prescritti e rappresentano quasi il 50% delle prescrizioni totali

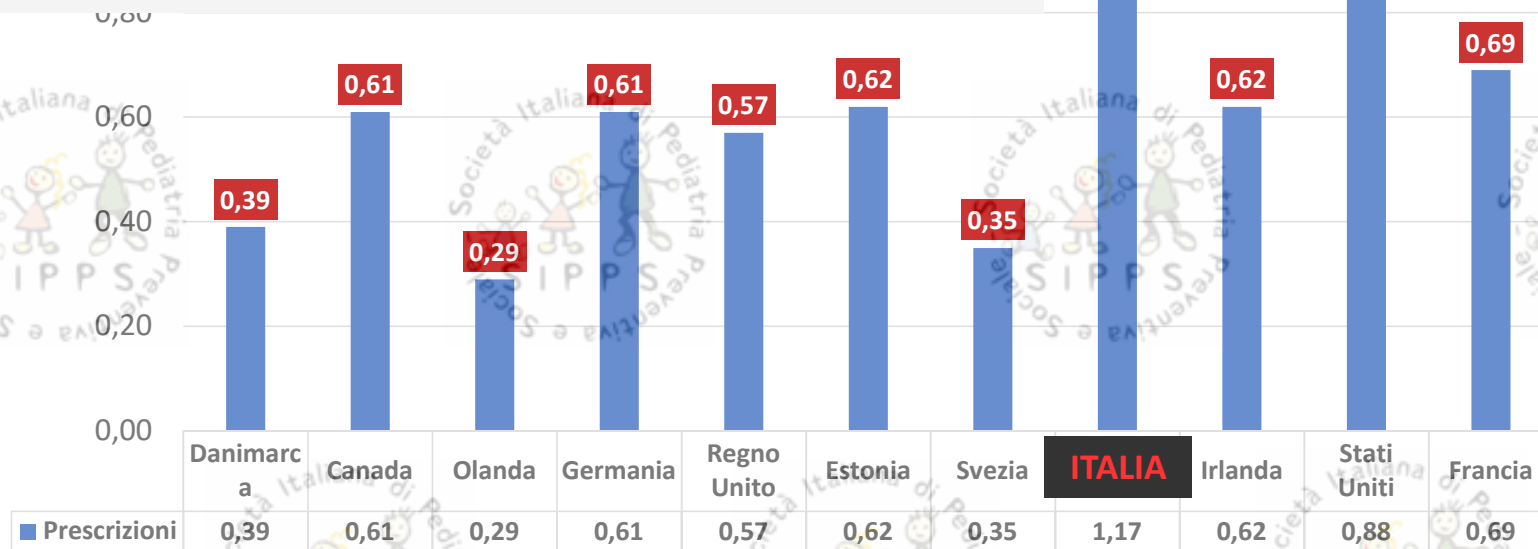
CONSUMO PEDIATRICO DI ANTIBIOTICI IN EUROPA

(dati 2003-2010)

Prescrizioni/abitante/anno

1,40

L'Italia è uno dei Paesi con i più alti tassi di prescrizione di antibiotici in età pediatrica: la prevalenza è 4 volte superiore a quello del Regno Unito, della Danimarca e dei Paesi Bassi



Antonio Clavenna, Maurizio Bonati *Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano* Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2013; 5(4):5-10

PRESCRIZIONE PER CLASSI DI ETÀ

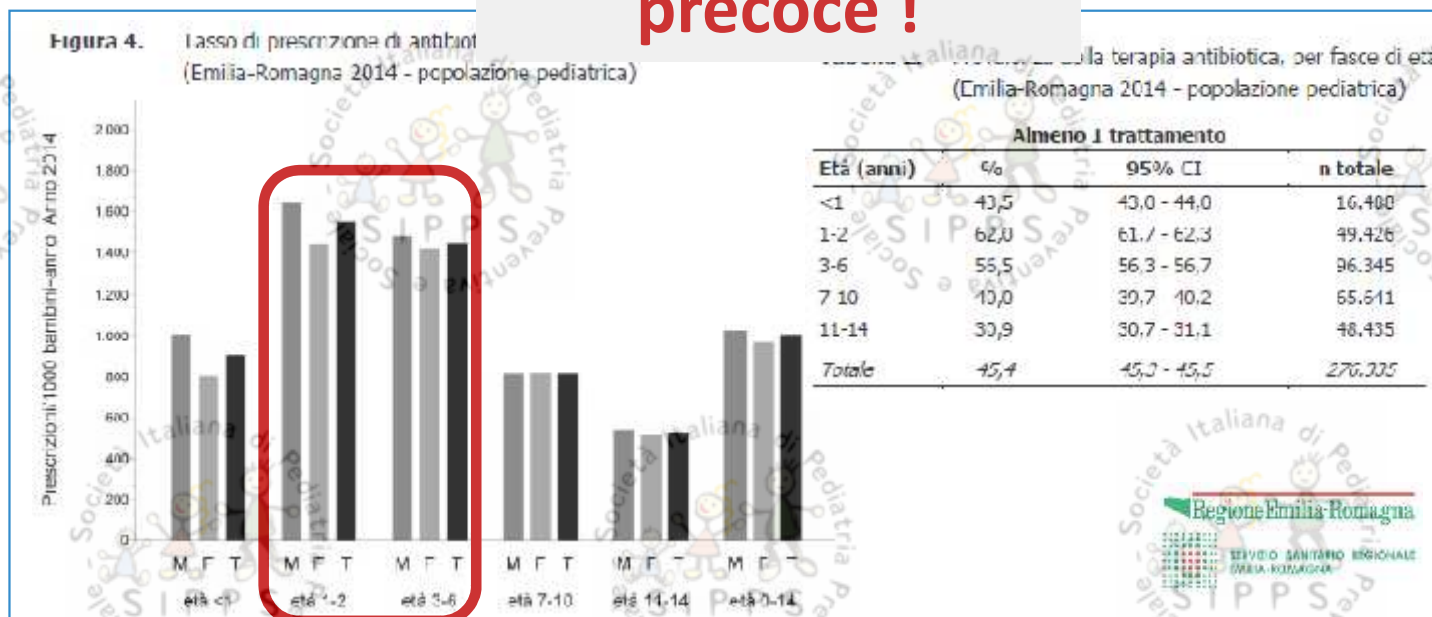
Le infezioni più comuni nei primi 2 anni di vita sono:

- Infezioni virali delle prime vie respiratorie
- Gastroenteriti acute
- Otiti medie acute
- Bronchioliti e wheezing virale
- Infezioni delle vie urinarie

Ordine	Descrizione	Prevalenza					
		Totale	< 1 anno	1 anno	2-5 anni	6-11 anni	12-13 anni
1	Antibatterici ad uso sistemico	48,2	42,4	66,2	64,5	41,4	32,5

Esposizione precoce !

ARNO OSSERVATORIO



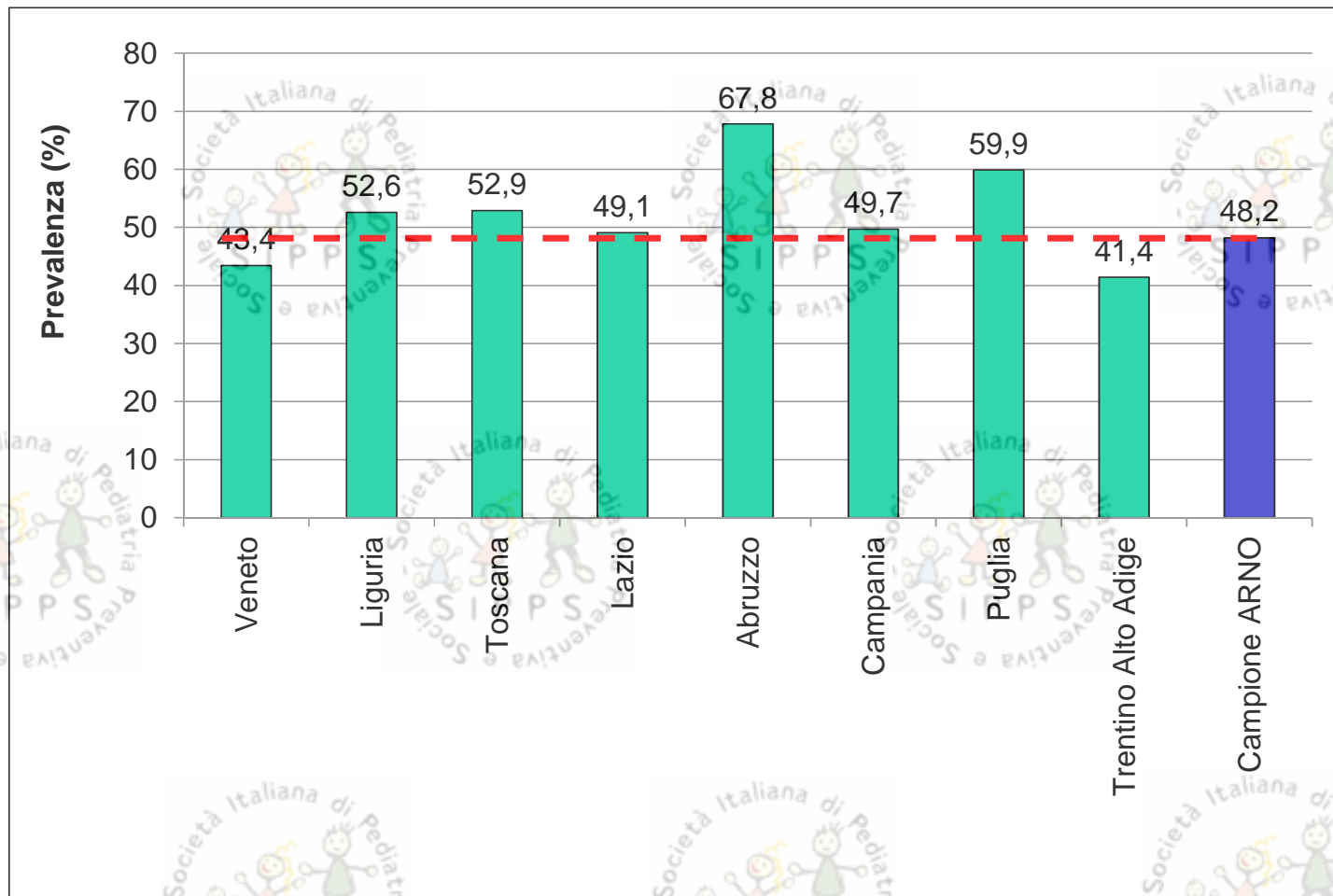
PREVALENZA PRESCRIZIONE PRINCIPI ATTIVI (variazioni 2003-2010)

Descrizione	% Trattati 2003	% Trattati 2010
Amoxicillina ed inibitori enzimatici	21,7	24,5
Amoxicillina	14,4	11,7
Claritromicina		10,4
Azitromicina		8,6
Cefixima		6,7
Cefpodoxima		3,5
Cefaclor	10,1	3,0
Ceftibuten	6,3	2,2

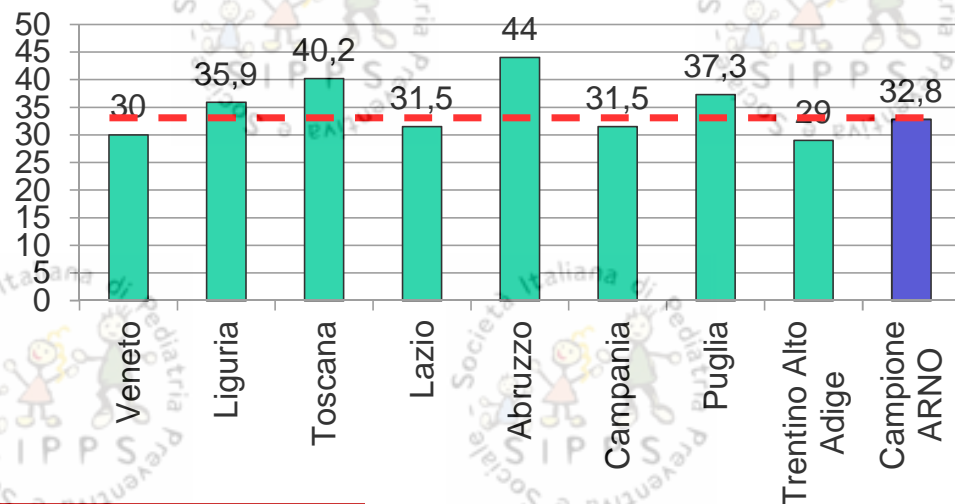
**Uso prevalente,
e crescente nel tempo,
di molecole ad ampio spettro
o con indicazioni limitate**

↑ +13%
↓ -19%

VARIABILITÀ DELLA PRESCRIZIONE TRA REGIONI

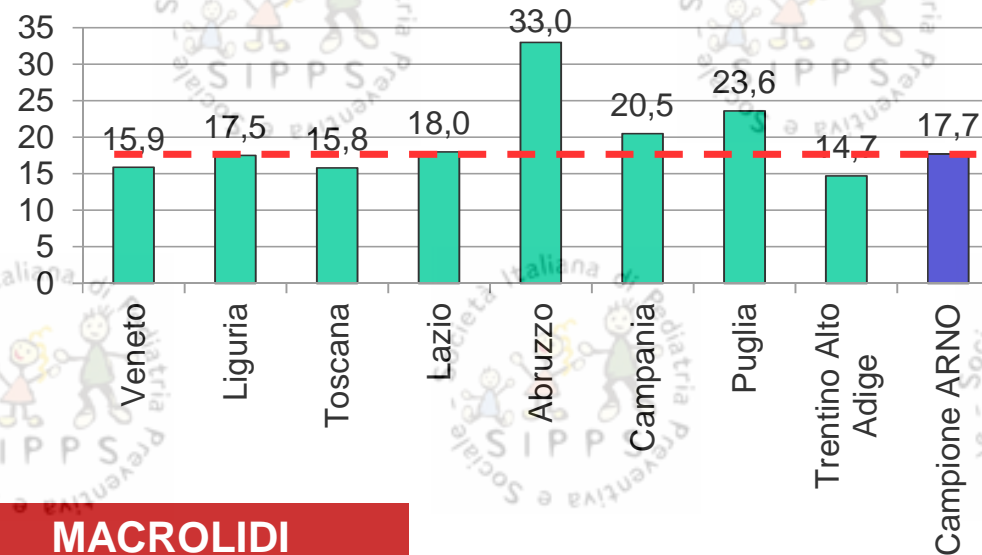


Prevalenza (%)



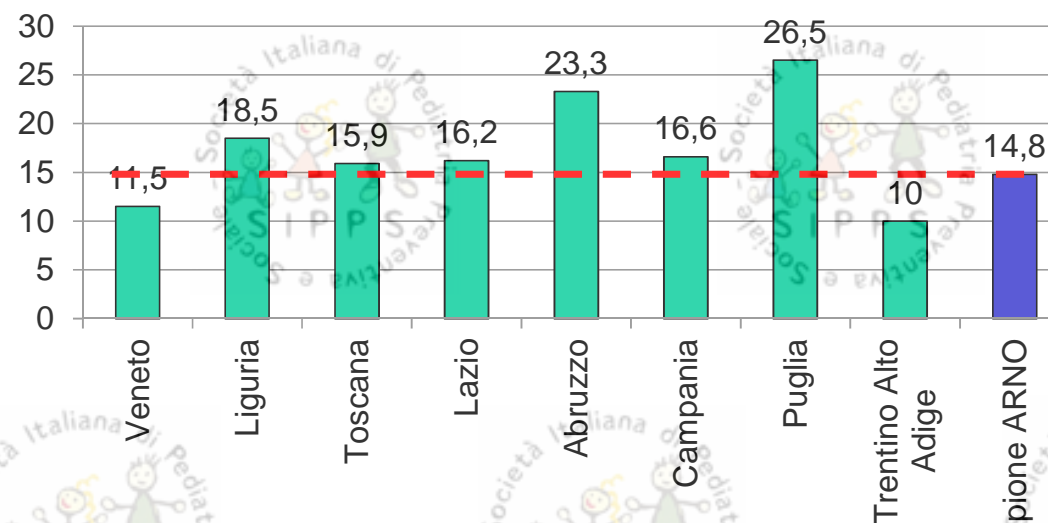
PENICILLINE

Prevalenza (%)



MACROLIDI

Prevalenza (%)



CEFALOSPORINE



AZIONE





OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

- ***Diminuire la prescrizione di antibiotici***
- ***Migliorare l'appropriatezza nella scelta dei principi attivi***
- ***Ridurre l'esposizione precoce***
- ***Limitare l'eterogeneità territoriale***
- ***Fare buon uso delle risorse***



ANTIBI

TENZA

EVIC

ITIFICHE



CI
RIGUARDANO?

APPROPRIATEZZA

QUA

URE

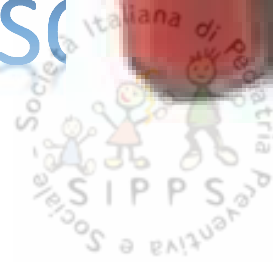
LINEE GUIDA



ITÀ

USC

ORSE



PEDIATRI DI FAMIGLIA: ATTORI DIRETTI DELL'ASSISTENZA

Impegno personale individuale

- a garantire in modo diffuso l'appropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici nella pratica quotidiana
- a essere coinvolti nello sforzo di superamento delle criticità
- a utilizzare la condizione privilegiata di poter sistematicamente interagire con le famiglie
 - ✓ *diffusione di informazioni corrette*
 - ✓ *alleanza con i genitori di rilevante valore educativo*

il coraggio
di cambiare ...



ilmedicopediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

3
2016

DIRETTORE ESECUTIVO
Giampiero Chiarant

DIRETTORE RESPONSABILE
Valdo Flori

L'utilizzo giudizioso
della terapia antibiotica
nel trattamento
delle patologie infettive
in età evolutiva

Consensus Conference della Pediatria delle Cure Primarie



**DESTINATARI
E
SETTING DI RIFERIMENTO**

**pediatri di famiglia operanti
sul territorio nazionale italiano**

**studio del pediatra di famiglia
su tutto il territorio nazionale**

CARATTERISTICHE DEL DOCUMENTO

○ **strumento ufficiale**

○ **rigoroso dal punto di vista scientifico e metodologico**

○ **di facile fruibilità per il Pediatra di Famiglia**

- gestione pratica e aggiornata delle più comuni patologie infettive pediatriche, con particolare riferimento all'impiego razionale della terapia antibiotica
 - ✓ *indicazioni delle condizioni nelle quali la terapia antibiotica è raccomandata*
 - ✓ *tipo di molecole*
 - ✓ *dosaggio corretto*
 - ✓ *durata ottimale*
 - ✓ *modalità di somministrazione del farmaco*
 - ✓ *condizioni nelle quali la terapia antibiotica non deve essere eseguita*

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

1. Aumentare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva attraverso l'utilizzo della miglior pratica clinica
2. Migliorare l'efficacia (miglior risultato)
3. Ridurre gli effetti collaterali dei farmaci
4. Contenere le resistenze agli antibiotici
5. Accrescere l'efficienza (ottimizzazione di risorse e tempi) nella gestione delle situazioni cliniche
6. Ridurre la variabilità dei comportamenti clinici
7. Favorire lo sviluppo dell'omogeneità dei messaggi
8. Aggiornare e informare gli operatori sanitari e i cittadini/utenti
9. Indirizzare le progettualità di governo clinico
10. Realizzare uno strumento di indirizzo per lo sviluppo degli accordi professionali



METODO



PIRAMIDE DELLE EVIDENZE



EVIDENZE



LINEE GUIDA



RACCOMANDAZIONI

LINEE GUIDA: QUALITÀ E APPLICABILITÀ

QUALITÀ

- ✓ ricca disponibilità di LG per la pratica clinica
- ✓ qualità estremamente variabile

APPLICABILITÀ

basso impatto delle LLGG internazionali e nazionali sulla capacità di modificare i comportamenti professionali delle categorie mediche a cui sono indirizzate



necessità di strumenti che ne permettano la valutazione



limiti pratici di applicabilità delle LG legati alle diverse specificità dell'organizzazione assistenziale locale



METODOLOGIA CONSENSUS



dalle raccomandazioni **delle** *Linee Guida*



alle raccomandazioni **PER** la *pediatria di famiglia*

ADATTAMENTO LL.GG.: METODOLOGIA ADAPTE



Guideline Adaptation: A Resource Toolkit

- individuazione di un panel di esperti sia della materia in oggetto che della specifica realtà locale nella quale le LG devono essere applicate
- ricerca sistematica di LG esistenti
- valutazione della qualità della linea guida attraverso lo strumento AGREE II
- valutazione della applicabilità delle raccomandazioni a livello locale
- stesura del documento finale
- valutazione da parte di referee esterni

PATOLOGIE INCLUSE

- **INFEZIONI VIE AEREE SUPERIORI**
- **FARINGOTONSILLITE ACUTA**
- **RINOSINUSITE**
- **OTITE MEDIA ACUTA**
- **POLMONITE** Acquisita in Comunità
- **BRONCHIOLITE**
- **INFEZIONI delle VIE URINARIE**
- **INFEZIONI della CUTE e dei TESSUTI MOLLI**

QUESITI CLINICI

COMPITI PROFESSIONALI SPECIFICI

- **Valutazione clinica diretta**
- Diagnosi differenziale
- Identificazione dei bambini a rischio di complicanze
- **Terapia**
- **Monitoraggio dell'evoluzione clinica**
- **Informazioni e supporto ai genitori**

METODO DI RICERCA DELLE LINEE GUIDA

A N N I 2 0 1 0 - 2 0 1 6

LINGUA inglese o in italiano

Società Scientifiche Nazionali
o
ORGANI GOVERNATIVI

PAROLE CHIAVE specifiche
per ogni patologia

PubMed

Cochrane Library

National Guideline Clearinghouse

The National Institute for Health and Care Excellence (**NICE**)

Sistema Nazionale Linee Guida (**SNLG**)

Canadian CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines Database

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (**SIGN**)

Australian Clinical Practice Guidelines

Guidelines International Network (**G-I-N**)



SELEZIONE della documentazione

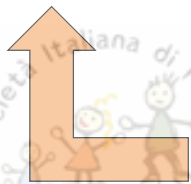
Documenti identificati
attraverso le ricerche nei
database
72

Documenti dopo la
rimozione dei duplicati
71

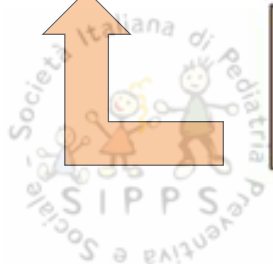
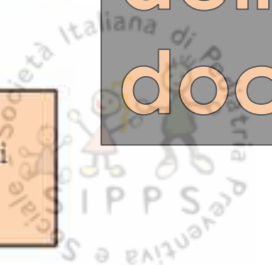
Documenti sottoposti a
valutazione
6

Documenti esclusi:
19 non LLGG
3 LLGG non evidence-
based
43 non pertinenti
65

Documenti inclusi nella
valutazione finale
6



VALUTAZIONE delle Linee Guida



VALUTAZIONE DELLE LINEE GUIDA

APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II



Checklist per Valutare la Qualità delle Linee Guida

The AGREE Next Steps Consortium

6 DIMENSIONI
23 ITEMS

1. **Obiettivo e motivazione** (item 1-3)
2. **Coinvolgimento delle parti in causa**
(item 4-7)
3. **Rigore della elaborazione** (item 8-14)
4. **Chiarezza e presentazione** (item 15-18)
5. **Applicabilità** (item 19-21)
6. **Indipendenza editoriale** (item 22-23)

CONFRONTO LINEE GUIDA

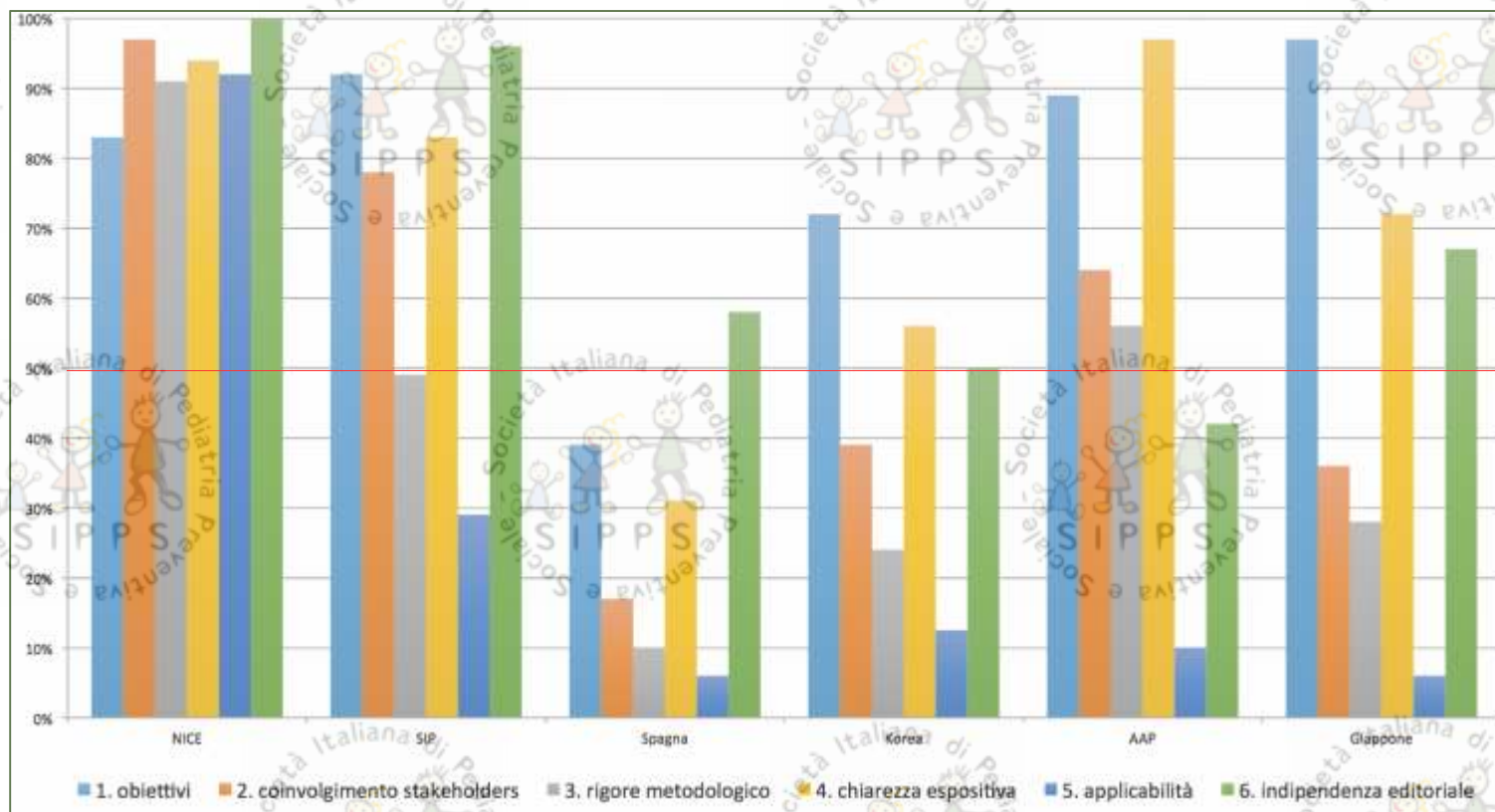
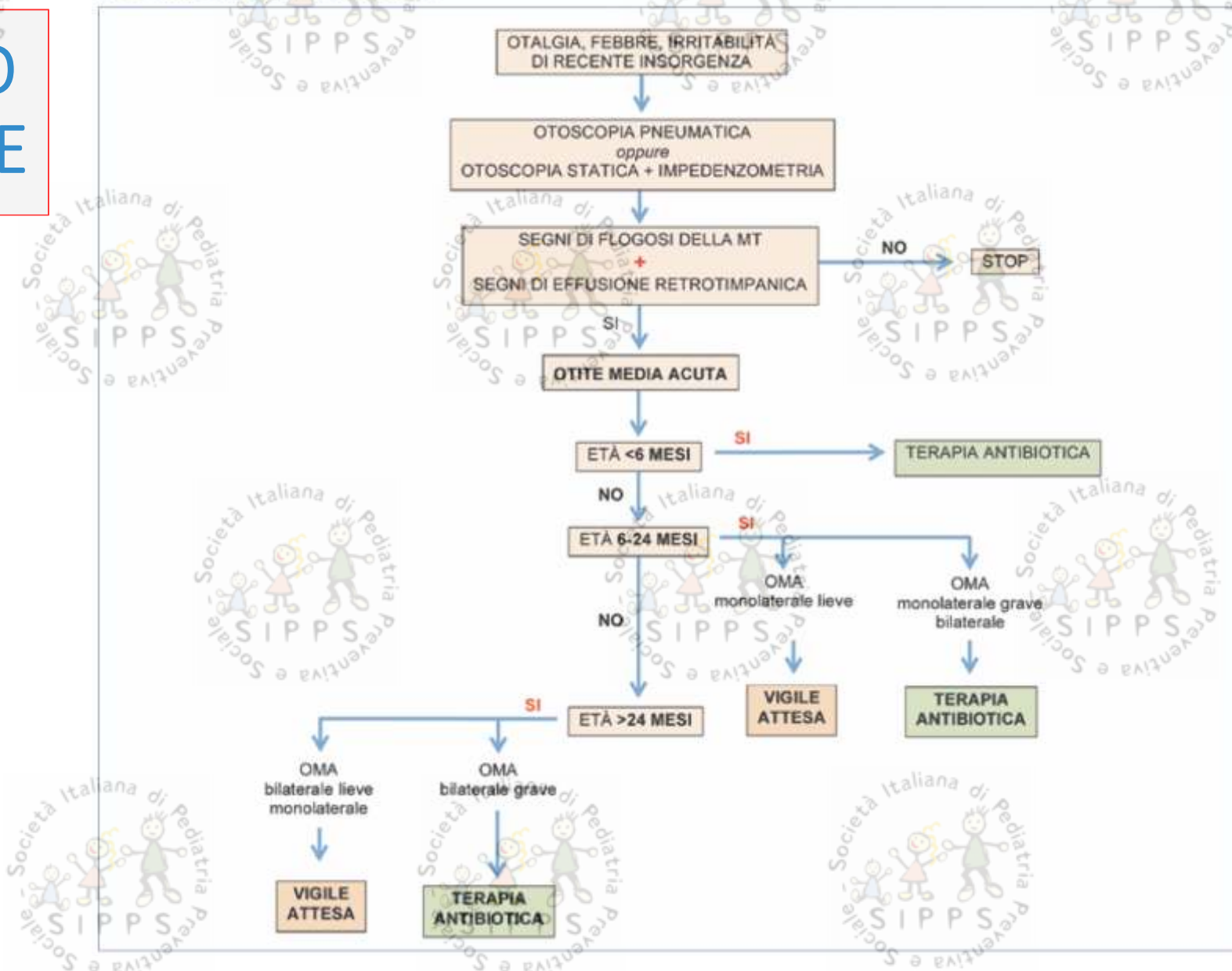


FIGURA 3B. Valutazione AGREE delle LG analizzate (analisi delle LG per ciascuna dimensione).

ALGORITMO DECISIONALE

Flow-chart 5, Algoritmo decisionale.





COSA FARE E COSA NON FARE

Cosa fare

Porre diagnosi certa di OMA

In mancanza di evidente Bulging della membrana timpanica utilizzare l'otoscopio pneumatico per verificarne il grado di mobilità

Verificare sempre la possibilità di proporre la strategia della Vigile Attesa

Utilizzare amoxicillina a dosaggio 80-90 mg/kg/die

Utilizzare sempre gli antidolorifici nella gestione di un episodio di OMA

Cosa non fare

Diagnosticare un'OMA solo con la presenza di iperemia della membrana timpanica senza verificare la presenza di essudato retrotimpanico

Proporre ai genitori una vigile attesa senza la disponibilità a un adeguato follow-up

Fare una vigile attesa in un bambino < 6 mesi di vita

Utilizzare i macrolidi per la terapia dell'OMA



DAL BUON
DOTTORE ...



alle buone pratiche

...non perché i medici

facciano tutti la stessa cosa

ma...

per dare a tutti i pazienti

la migliore cura possibile

Un ostacolo insormontabile...?





Responsabile del Progetto:

Giuseppe Di Mauro, Pediatra di famiglia, Caserta - Segretario alle attività scientifiche ed etiche

Coordinatore Scientifico:

Mattia Doria, Pediatra di famiglia, Chioggia - Comitato Scientifico

Coordinatore Metodologico:

Elena Chiappini, Professore Associato, Azienda Ospedaliera Meyer, Dipartimento di Scienze della Salute - Università di Firenze

Gruppo di lavoro:

Domenico Careddu, Pediatra di famiglia, Novara - Comitato Scientifico

Teresa Cazzato, Pediatra di famiglia – Taranto - Comitato Scientifico

Giovanni Cerimoniale, Pediatra di famiglia, Latina - Comitato Scientifico

Antonio Gulino, Pediatra di famiglia, Catania - Comitato Scientifico

Adima Lamborghini, Pediatra di famiglia, Teramo - Comitato Scientifico

Milena Lo Giudice, Pediatra di famiglia, Palermo - Comitato Scientifico

Roberto Mattina, Professore Ordinario di Microbiologia e Immunologia - Università di Milano

Teresita Mazzei, Professore Ordinario di Farmacologia, Dipartimento della Salute - Università degli Studi di Firenze

Donella Prosperi, Pediatra di famiglia, Pisa - Comitato Scientifico

Maria Grazia Sapia, Pediatra di famiglia, Cosenza - Comitato Scientifico

Valter Spanevello, Pediatra di famiglia, Vicenza - Comitato Scientifico FIMP

