



# I farmaci del pediatra

**Mattia Doria**

Pediatra di Famiglia

Segretario Nazionale FIMP alle Attività Scientifiche ed Etiche

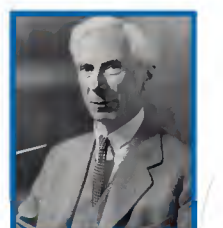


# una premessa...

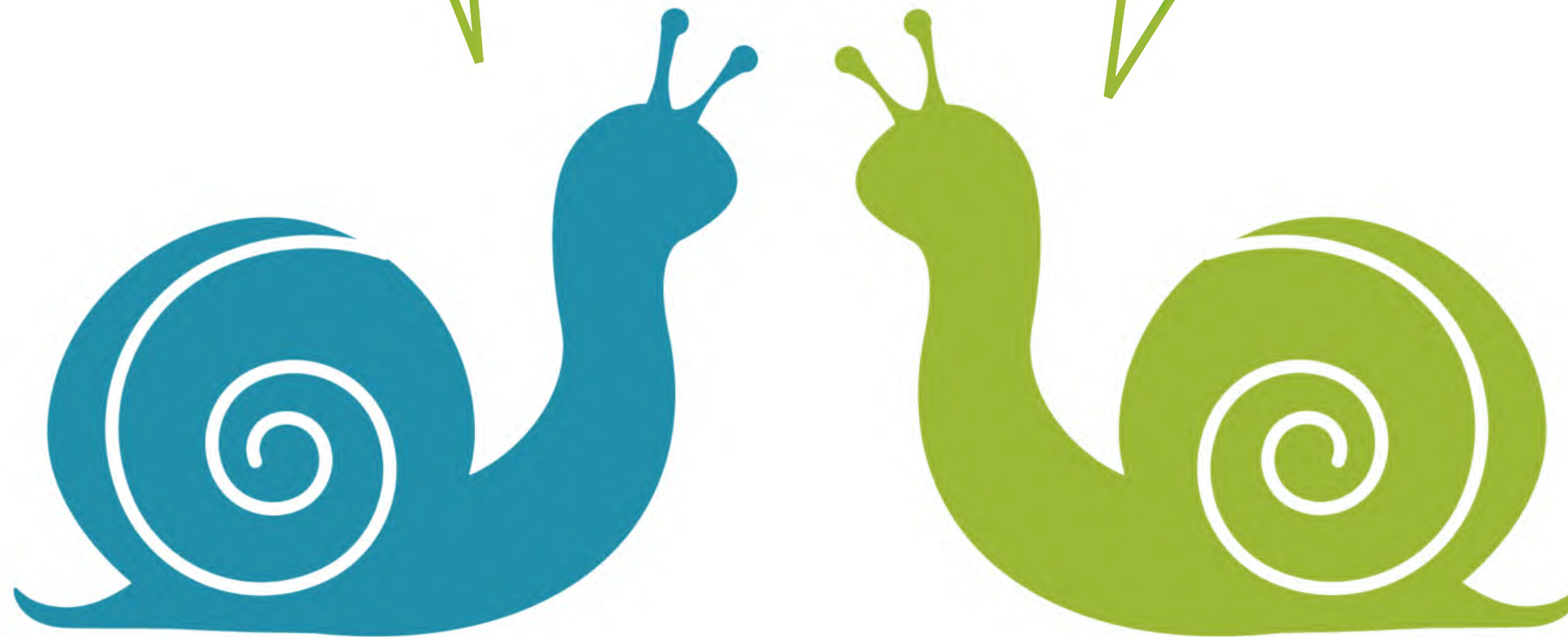
"In tutte le faccende è *salutare* ogni tanto mettere un punto di *domanda* sulle cose che si sono date a lungo per *scontate*"

Bertrand Russell

Bertrand Russell (1872-1970)  
Nobel per la letteratura 1950



# Slow Medicine



Sobria Rispettosa Giusta

Una cura “**SLOW**” non è una cura “**LENTA**” ma è una cura che:

febbre e “febbri”  
dolore e “dolori”

- rinuncia alla fretteolosità in nome dell'**accuratezza** e della **riflessione**;
- è **tempestiva** senza essere sbrigativa;
- utilizza l'**ascolto** e il **dialogo** uniti alla **competenza clinica** e all'**utilizzo appropriato** delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- sviluppa metodi e strumenti per facilitare la **partecipazione attiva** delle persone ai percorsi di cura;
- cura la **formazione dei professionisti** e il loro diritto a percorsi formativi aggiornati, efficaci, scientificamente fondati e liberi da conflitti di interesse.

IVAS, OMA, FTA...

Polmonite/Sinusite e Rx...  
Bronchiolite e “aerosol” ...

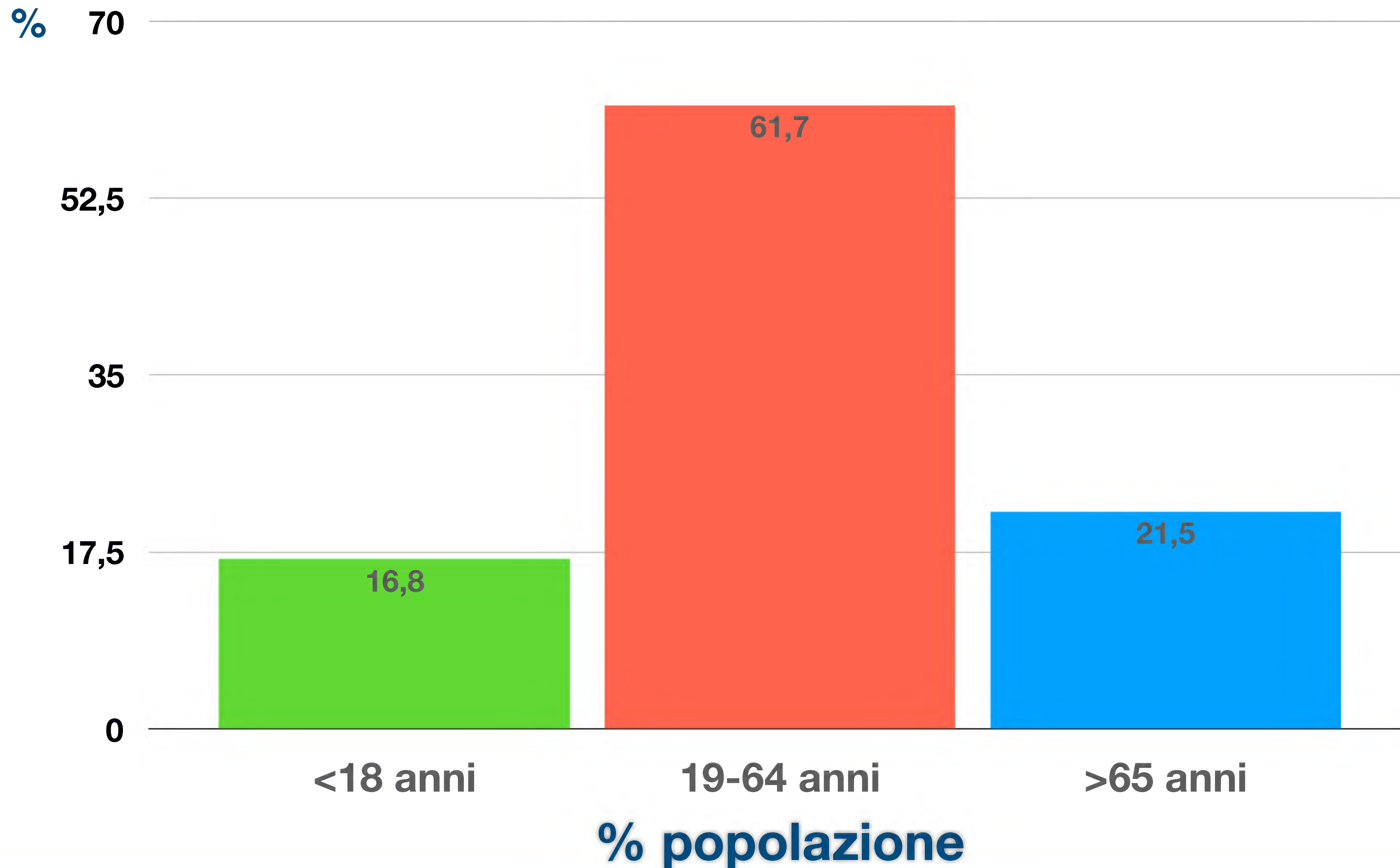
Sobria Rispettosa Giusta

Slow Medicina

favorire il **dialogo** dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a **rischio di inappropriatazza** in Italia per giungere a **scelte** informate e condivise



# popolazione e SPESA nelle popolazioni



L'uso dei  
Farmaci  
in Italia  
Rapporto Nazionale  
Anno 2017



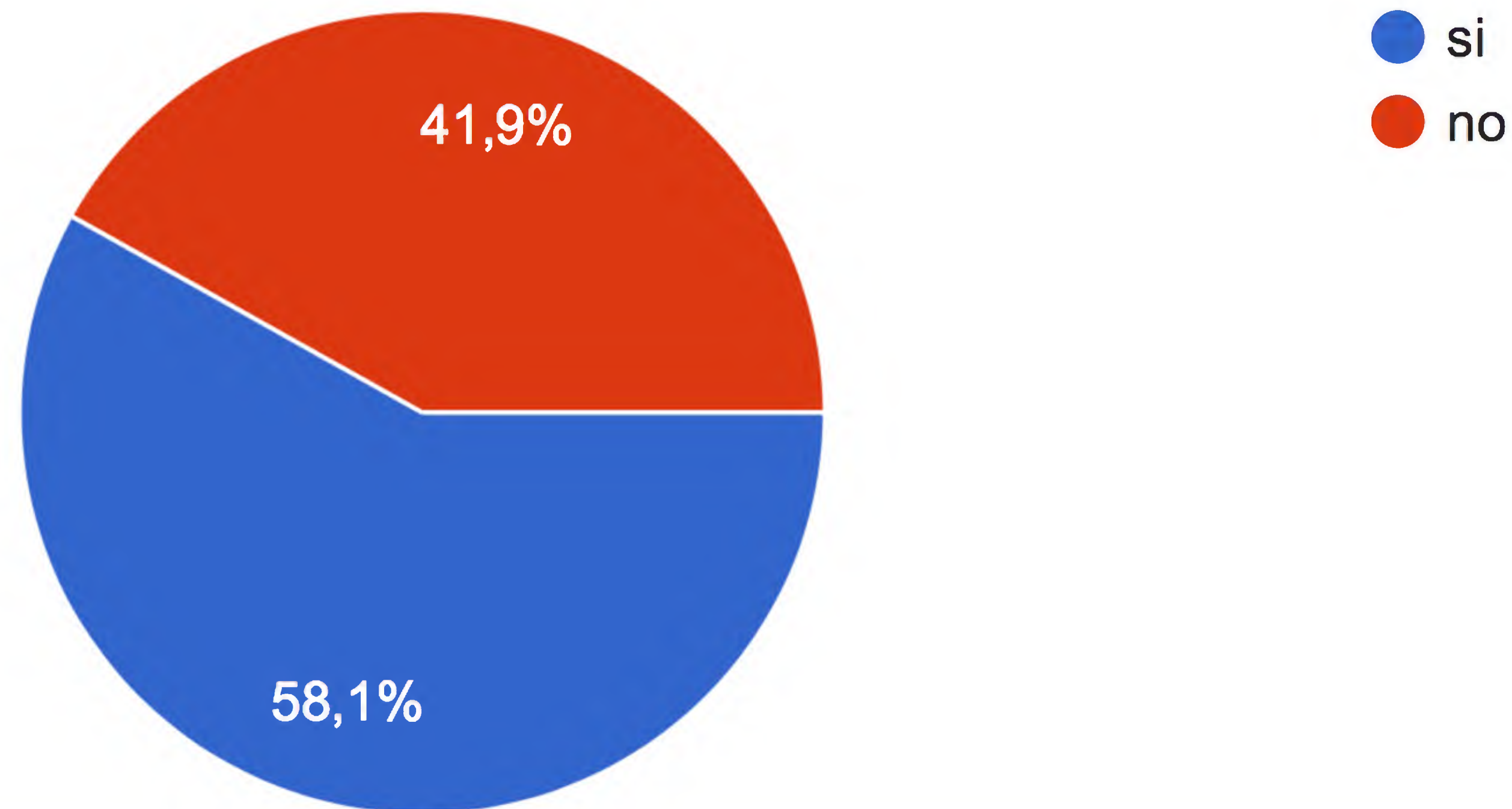


Indagine conoscitiva tra i Pediatri di Famiglia italiani sul progetto  
“Fare di più non significa fare meglio - **Choosing Wisely Italia**”  
e sulle **pratiche a rischio di inappropriatezza**  
nell’ambito delle cure primarie pediatriche in Italia  
(ottobre-novembre 2017)

**ilmedicopediatra** 2018;27(3):3-12

# Hai già letto o sentito parlare del progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italia" in Italia?

1.046 risposte







Individuazione di esami/test diagnostici, trattamenti sanitari medici o chirurgici, relativi all'ambito professionale di competenza, che soddisfino i seguenti criteri:

- sono effettuati comunemente in Italia
- non apportano benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi

Tra i criteri di scelta non è incluso quello dei costi poiché il progetto non rappresenta un'attività né uno strumento per il "razionamento" delle risorse.

## RACCOMANDAZIONI PROPOSTE

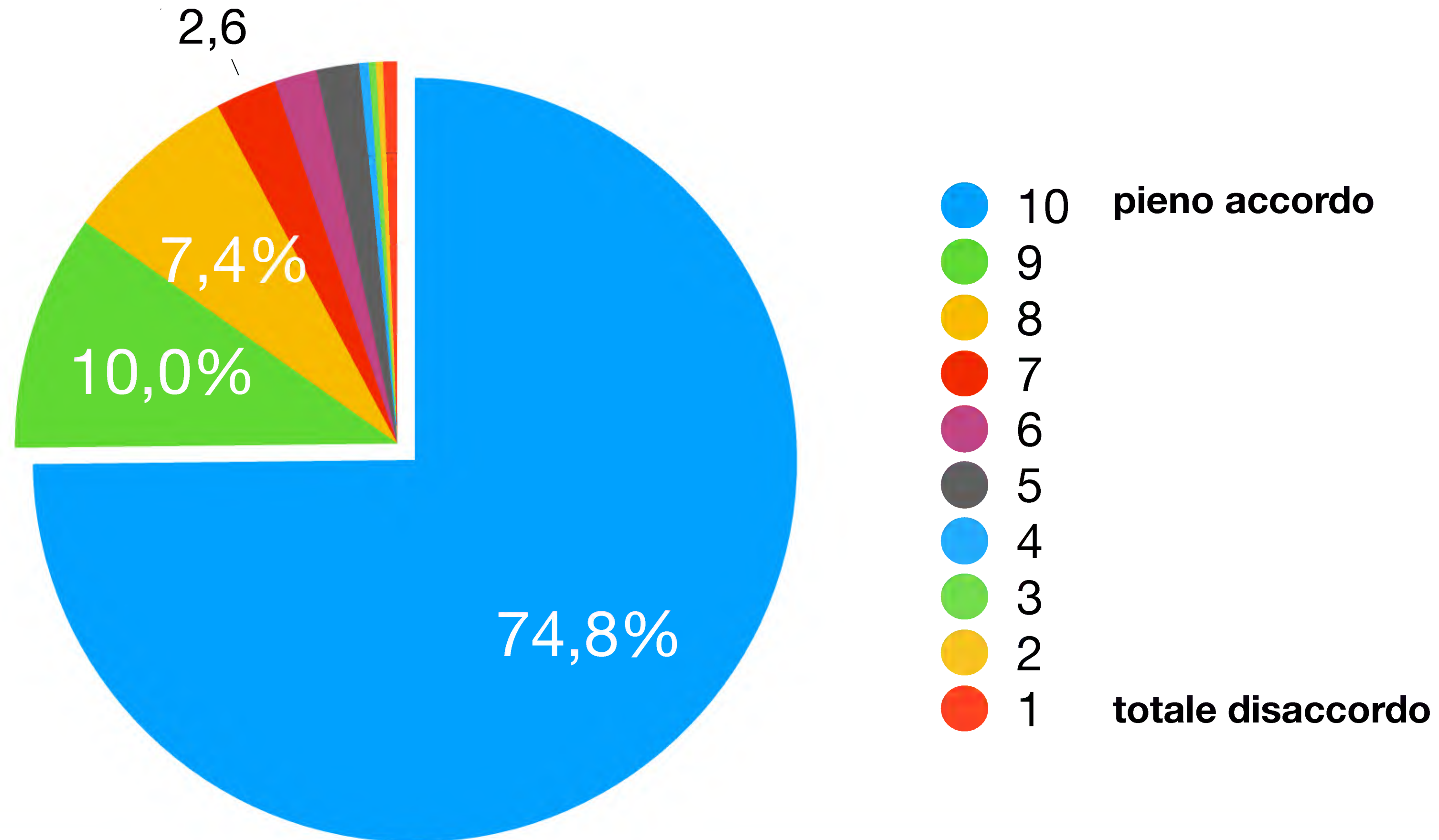
- 1 Non prescrivere la Radiografia del cranio per la diagnosi di rinosinusite batterica acuta**
- 2 Non prescrivere terapia antibiotica al bambino >6 mesi di età con Otite Media Acuta (OMA) senza prima aver valutato l'opzione della Vigile Attesa**
- 3 Non eseguire il tampone faringeo "di controllo" dopo una Faringotonsillite Acuta da Streptococco Beta-Emolitico**
- 4 Non eseguire di routine la Radiografia del ginocchio per la diagnosi di S. di Osgood-Schlatter**
- 5 Non inviare a consulenza ortopedica i bambini con piede lasso infantile**
- 6 Non eseguire la mappatura dei nevi in età pediatrica**
- 7 Non suggerire il controllo settimanale del peso in un neonato sano nato a termine**
- 8 Non eseguire manovre di riduzione cruenta del prepuzio nel bambino con fimosi**
- 9 Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.**
- 10 Non utilizzare farmaci steroidei per os per il trattamento della febbre**
- 11 Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinare in base al solo esame colturale delle urine**
- 12 Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di bronchiolite**
- 13 Non utilizzare farmaci per la gestione delle coliche gassose del lattante**
- 14 Non prescrivere l'utilizzo combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene per la gestione della febbre**
- 15 Non prescrivere la somministrazione di fluoro medicinale per via sistemica nel neonato e nel lattante**
- 16 Non prescrivere un regime alimentare restrittivo in caso di diarrea acuta**

## RACCOMANDAZIONI PROPOSTE

- 1 Non prescrivere la Radiografia del cranio per la diagnosi di rinosinusite batterica acuta
- ➔ 2 Non prescrivere terapia antibiotica al bambino >6 mesi di età con Otite Media Acuta (OMA) senza prima aver valutato l'opzione della Vigile Attesa
- 3 Non eseguire il tampone faringeo "di controllo" dopo una Faringotonsillite Acuta da Streptococco Beta-Emolitico
- 4 Non eseguire di routine la Radiografia del ginocchio per la diagnosi di S. di Osgood-Schlatter
- 5 Non inviare a consulenza ortopedica i bambini con piede lasso infantile
- 6 Non eseguire la mappatura dei nevi in età pediatrica
- 7 Non suggerire il controllo settimanale del peso in un neonato sano nato a termine
- 8 Non eseguire manovre di riduzione cruenta del prepuzio nel bambino con fimosi
- ➔ 9 Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.
- ➔ 10 Non utilizzare farmaci steroidei per os per il trattamento della febbre
- 11 Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinare in base al solo esame colturale delle urine
- ➔ 12 Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di bronchiolite
- ➔ 13 Non utilizzare farmaci per la gestione delle coliche gassose del lattante
- ➔ 14 Non prescrivere l'utilizzo combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene per la gestione della febbre
- ➔ 15 Non prescrivere la somministrazione di fluoro medicinale per via sistemica nel neonato e nel lattante
- 16 Non prescrivere un regime alimentare restrittivo in caso di diarrea acuta



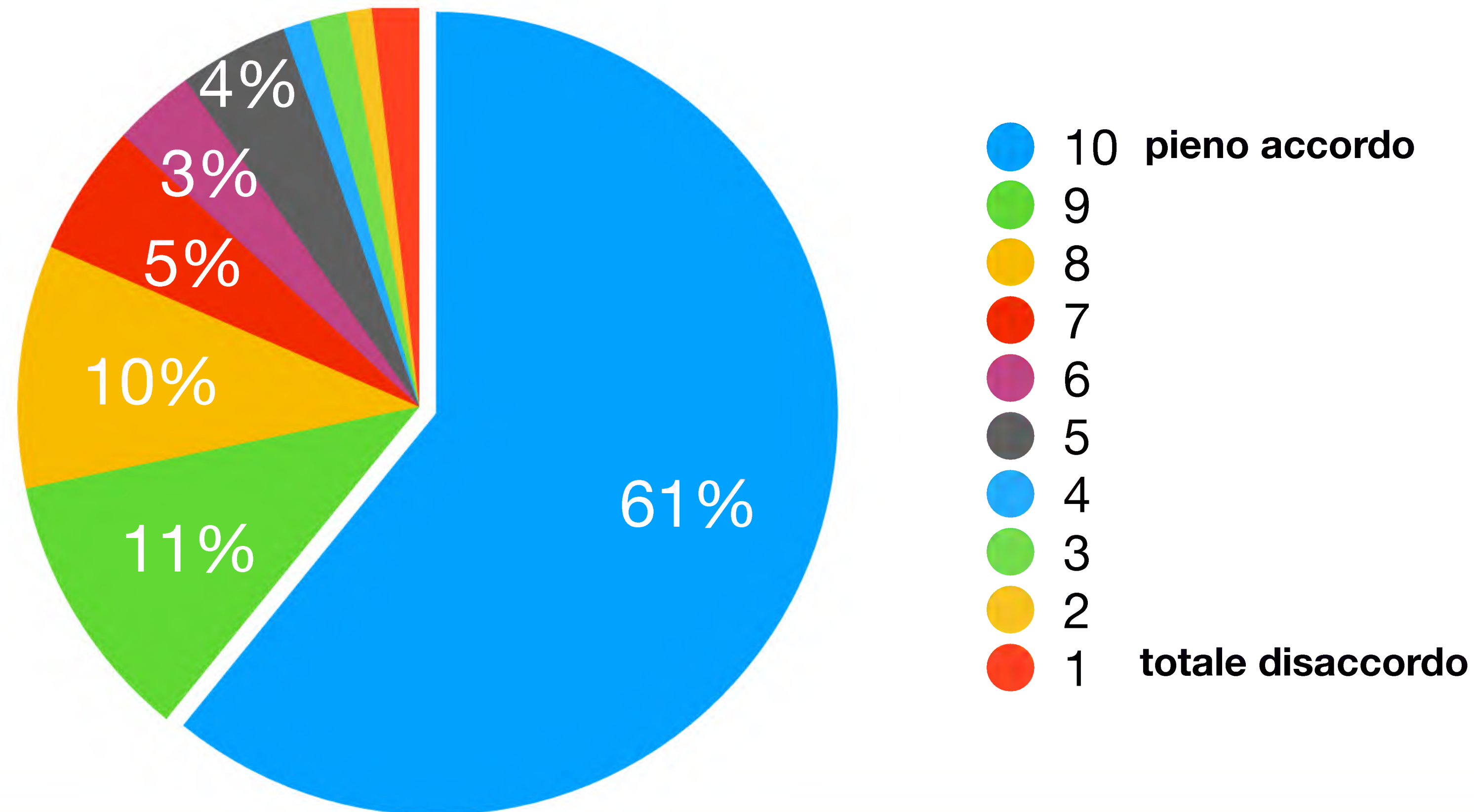
# 10 Non utilizzare farmaci steroidei per os per il trattamento della febbre.





14

## Non prescrivere l'utilizzo combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene per la gestione della febbre.



# Linee Guida Italiane: FEBBRE



1

*Raccomandazione 13.* **Paracetamolo ed ibuprofene sono gli unici antipiretici raccomandati in età pediatrica.** (livello di prova I; forza della raccomandazione A).

2

*Raccomandazione 15.* **I cortisonici non devono essere impiegati come antipiretici per l'elevato rapporto costi/benefici** (livello di prova III; forza della raccomandazione E).

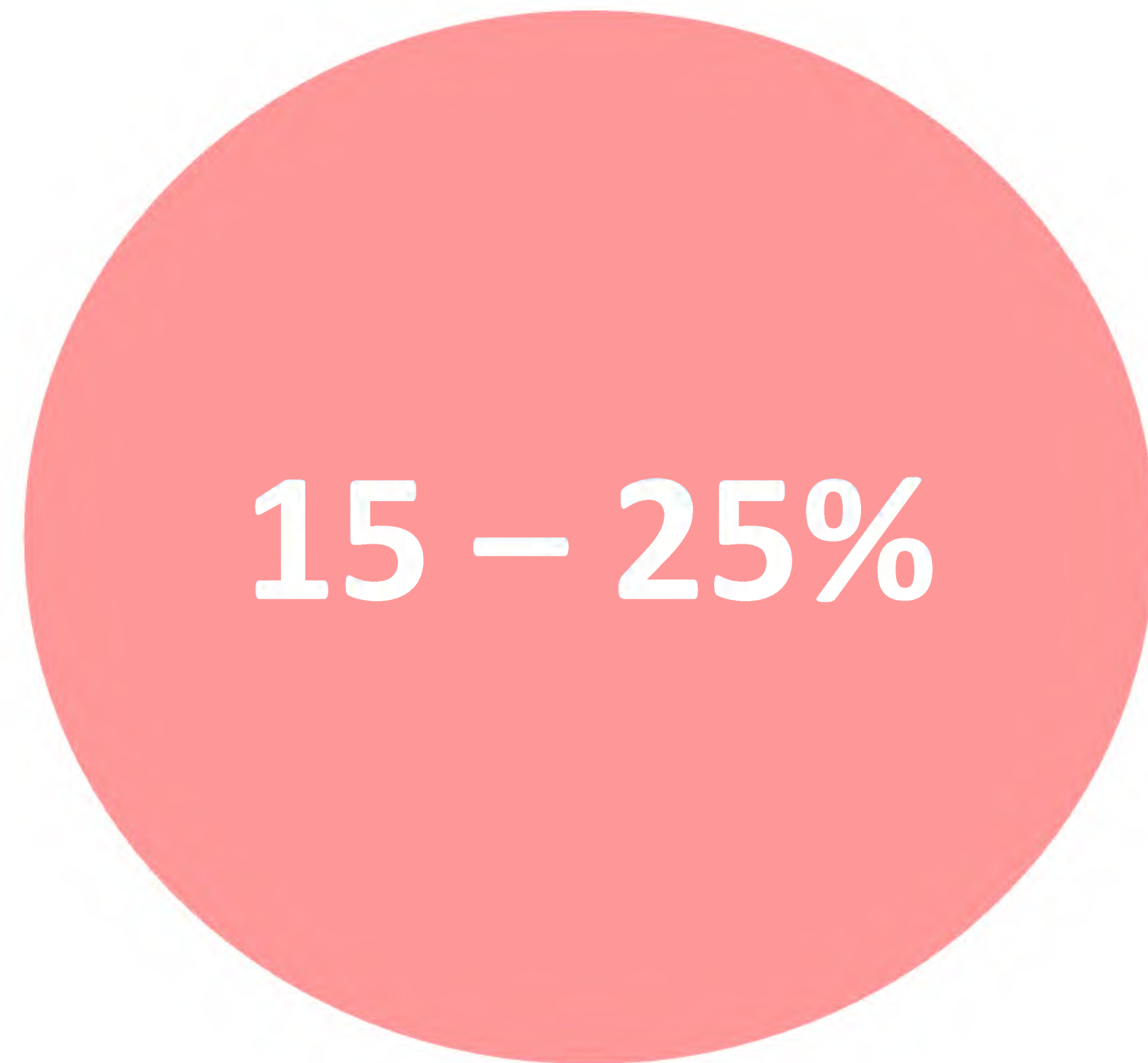
3

*Raccomandazione 16.* **L'uso combinato o alternato di ibuprofene e paracetamolo non è raccomandato sulla base delle scarse evidenze disponibili riguardo la sicurezza e l'efficacia rispetto alla terapia con un singolo farmaco.** (livello di prova VI; forza della raccomandazione D).

# La gestione della febbre e del dolore nel bambino con patologie acute

# FEBBRE

La **FEBBRE** è una delle più frequenti cause di consultazione medica in età pediatrica:



**delle richieste di consultazione del pediatra nelle cure primarie e in PS**



Barbi E et al. Fever in Children: Pearls and Pitfalls. Children 2017, 4, 8



# Fever phobia 35 years later: did we fail?

Bertile N Acta Paediatr. 2016 Jan;105(1):9-10.

## **FEBBRE, il miglior ALLEATO della salute dei bambino**

...comunemente segnalata tra i genitori che non possiedono adeguate informazioni sulla gestione del bambino febbrile e che conduce frequentemente i genitori a richiedere immotivate seconde e terze visite pediatriche<sup>1</sup>

**IMPORTANZA DEL RUOLO EDUCAZIONALE DEL  
PEDIATRA DI FAMIGLIA**



1. Linee Guida SIP. Gestione del segno/sintomo febbre in pediatria: Linee Guida della Società Italiana di Pediatria. 2013 [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_SIP\\_febbre.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_SIP_febbre.pdf)

# Le linee Guida Italiane



## Gestione del segno/sintomo febbre in pediatria

### Linee Guida della Società Italiana di Pediatria

**Coordinatori:** Prof. Maurizio de Martino (Firenze) e Prof. Nicola Principi (Milano)

#### Gruppo di lavoro multidisciplinare:

1. Dr. Paolo Becherucci, pediatra di famiglia, rappresentante FIMP, Firenze
2. Dr. Francesca Bonsignori, medico, Firenze
3. Dr. Elena Chiappini, pediatra, Firenze
4. Prof. Andrea de Maria, infettivologo, Genova
5. Prof. Maurizio de Martino, pediatra, Firenze, coordinatore di sottocommissione
6. Prof. Susanna Esposito, pediatra, Milano
7. Prof. Giacomo Faldella, pediatra neonatologo, Bologna
8. Prof. Filippo Festini, docente di metodologia della ricerca, infermiere, Firenze
9. Prof. Luisa Galli, pediatra, Firenze
10. Prof. Riccardo Longhi, pediatra, referente per le linee guida SIP, Como
11. Dr. Bice Lucchesi, farmacista, Massa
12. Prof. Gian Luigi Marseglia, pediatra, Pavia
13. Prof. Lorenzo Minoli, infettivologo, Pavia
14. Prof. Alessandro Mugelli, farmacologo, Firenze
15. Prof. Nicola Principi, Milano, coordinatore di sottocommissione
16. Dr. Paola Pecco, pediatra, Torino
17. Dr. Simona Squaglia, infermiera, Roma
18. Dr. Paolo Tambaro, pediatra, Caserta
19. Prof. Pier-Angelo Tovo, pediatra, Torino, coordinatore di sottocommissione
20. Dr. Pasquale Tulimiero, rappresentante dell'associazione dei genitori "Noi per Voi", Firenze
21. Dr. Giorgio Zavarise, pediatra, Verona

THE JOURNAL OF PEDIATRICS • www.jpeds.com



ORIGINAL  
ARTICLES

## 2016 Update of the Italian Pediatric Society Guidelines for Management of Fever in Children

Elena Chiappini, MD, PhD, Elisabetta Venturini, MD, Giulia Remaschi, MD, Nicola Principi, MD, Riccardo Longhi, MD, Pier-Angelo Tovo, MD, Paolo Becherucci, MD, Francesca Bonsignori, MD, Susanna Esposito, MD, Filippo Festini, MD, Luisa Galli, MD, Bice Lucchesi, PharmD, Alessandro Mugelli, MD, Gian Luigi Marseglia, MD, and Maurizio de Martino, MD, on behalf of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children\*

**Objective** To review new scientific evidence to update the Italian guidelines for managing fever in children as drafted by the panel of the Italian Pediatric Society.

**Study design** Relevant publications in English and Italian were identified through search of MEDLINE and the Cochrane Database of Systematic Reviews from May 2012 to November 2015.

**Results** Previous recommendations are substantially reaffirmed. Antipyretics should be administered with the purpose to control the child's discomfort. Antipyretics should be administered orally; rectal administration is discouraged except in the setting of vomiting. Combined use of paracetamol and ibuprofen is discouraged, considering risk and benefit. Antipyretics are not recommended preemptively to reduce the incidence of fever and local reactions in children undergoing vaccination, or in attempt to prevent febrile convulsions in children. Ibuprofen and paracetamol are not contraindicated in children who are febrile with asthma, with the exception of known cases of paracetamol- or non-steroidal anti-inflammatory drug-induced asthma.

**Conclusions** Recent medical literature leads to reaffirmation of previous recommendations for use of antipyretics in children who are febrile. (*J Pediatr* 2017;180:177-83).

In 2009, national guidelines for healthcare providers and parents/caregivers on management of fever in children were drafted by an expert panel on behalf of the Italian Pediatric Society.<sup>1</sup> A cross-sectional survey was conducted before their publication and 3 years later to investigate their impact on knowledge and behaviors of pediatricians. A reduction of some incorrect attitudes of Italian pediatricians was observed during the study interval, in particular the alternating use of antipyretics and anti-inflammatory drugs (27-11% of pediatricians,  $P < .001$ ) and the rectal administration of antipyretics in absence of vomiting (44-25%,  $P < .001$ ). Moreover, the rate of pediatricians discouraging physical methods for fever reduction increased (19-36%,  $P < .001$ ).<sup>2</sup> A first update of the guidelines of the Italian Pediatric Society was published in 2012.<sup>1</sup> We aimed to review guidelines in light of new scientific evidence.

### Methods

We identified relevant publications in English and Italian through search of MEDLINE and the Cochrane Database of Systematic Reviews from May 2012 to November 2015, as previously described.<sup>1,3</sup> Updated recommendations were considered using the previously described methodology.<sup>1,3</sup>

### Results

#### Methods of Temperature Measurement

Methods and devices for body temperature measurement are controversial. There is no consensus on the best method that is relatively easy, safe, and noninvasive, to accurately predict core temperature.<sup>4</sup> Rectal temperature better reflects the central core temperature but is a physically and psychologically invasive method.<sup>5</sup> For this reason, the Italian guidelines recommend that axillary temperature measurement with a digital thermometer be used in school and home settings. In hospital or ambulatory care settings, an infrared thermometer should be used in children >1 year of age only by trained healthcare personnel because the use of these devices is prone to errors when used by untrained persons.<sup>3</sup> In infants <1 year of age, in every setting, for measurements of axillary temperature only the digital thermometer is recommended because evidence regarding other devices in this age group is poor.<sup>5</sup> After the release of the Italian Guidelines, several studies have been published regarding the use and the performance of infrared thermometers in different settings and age groups<sup>6-14</sup> (Table). Infrared thermometers can be noncontact or contact

From the Department of Science Health, University of Florence, Anna Meyer Children's University Hospital, Florence, Italy.  
\*List of members of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children is available at [www.jpeds.com](http://www.jpeds.com) (Appendix).  
The authors declare no conflicts of interest.

0022-3476/\$ - see front matter © 2016 Elsevier Inc. All rights reserved.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.06.043>

177

Supplemento al numero 3 ANNO XIII - 2017  
ISSN 1970-8165

## Gestione del segno e sintomo febbre in pediatria Aggiornamento 2016 delle Linee Guida italiane



Elena Chiappini,  
Elisabetta Venturini,  
Giulia Remaschi,  
Nicola Principi,  
Riccardo Longhi,  
Pier-Angelo Tovo,  
Paolo Becherucci,  
Francesca Bonsignori,  
Susanna Esposito,  
Filippo Festini,  
Luisa Galli,  
Bice Lucchesi,  
Alessandro Mugelli,  
Gian Luigi Marseglia,  
Maurizio de Martino,  
e i collaboratori al gruppo  
di lavoro multidisciplinare  
per la gestione della febbre  
nel bambino delle Linee  
Guida italiane.\*

\* La lista completa del gruppo  
multidisciplinare per la gestione  
della febbre nel bambino delle  
Linee Guida italiane è disponibile  
nell'appendice

# Le linee Guida Italiane



*Raccomandazione 10. Non è raccomandato considerare l'entità della febbre come fattore isolato per valutare il rischio di infezione batterica grave (livello di prova III; forza della raccomandazione E)*

*Raccomandazione 12. I farmaci antipiretici devono essere impiegati nel bambino febbrile solo quando alla febbre si associ un quadro di malessere generale (livello di prova I; forza della raccomandazione B).*

# Le linee Guida Italiane



*Raccomandazione 10. Non è raccomandato considerare l'entità della febbre come fattore isolato per valutare il rischio di infezione batterica grave (livello di prova III; forza della raccomandazione E)*

*Raccomandazione 12. I farmaci antipiretici devono essere impiegati nel bambino febbrile solo quando alla febbre si associ un quadro di malessere generale (livello di prova I; forza della raccomandazione B).*

**come valutare il MALESSERE?**

## Gestione del segno e sintomo febbre in pediatria Aggiornamento 2016 delle Linee Guida italiane

dato. Inoltre, l'uso alternato potrebbe aumentare l'ansia e la preoccupazione correlati alla gestione della febbre (*fever phobia*). Il paracetamolo, a differenza dell'ibuprofene, può essere utilizzato nei bambini al di sotto del tre mesi di vita così come nei casi di disidratazione.<sup>18</sup> Inoltre l'ibuprofene è sconsigliato nei bambini con varicella o con malattia di Kawasaki e può causare insufficienza renale acuta anche quando venga utilizzato a un dosaggio adeguato.

**Paracetamolo  
unico antipiretico  
al di sotto dei 3  
mesi di vita**

**Equivalenza antipiretica  
paracetamolo 15mg/kg  
e ibuprofene 10mg/kg**

$p < 0,05$ ).<sup>21</sup> Benché la differenza tra i due gruppi nella riduzione della temperatura fosse statisticamente significativa, è stato notato che tale dato non era correlato a una differenza clinica significativa. Inoltre, non è stato evidenziato alcun vantaggio sia nella somministrazione combinata rispetto alla somministrazione unica di ibuprofene ( $p = 0,167$ ) sia tra la somministrazione di paracetamolo e ibuprofene in monoterapia ( $p = 0,102$ ).<sup>21</sup>

ORIGINAL ARTICLE

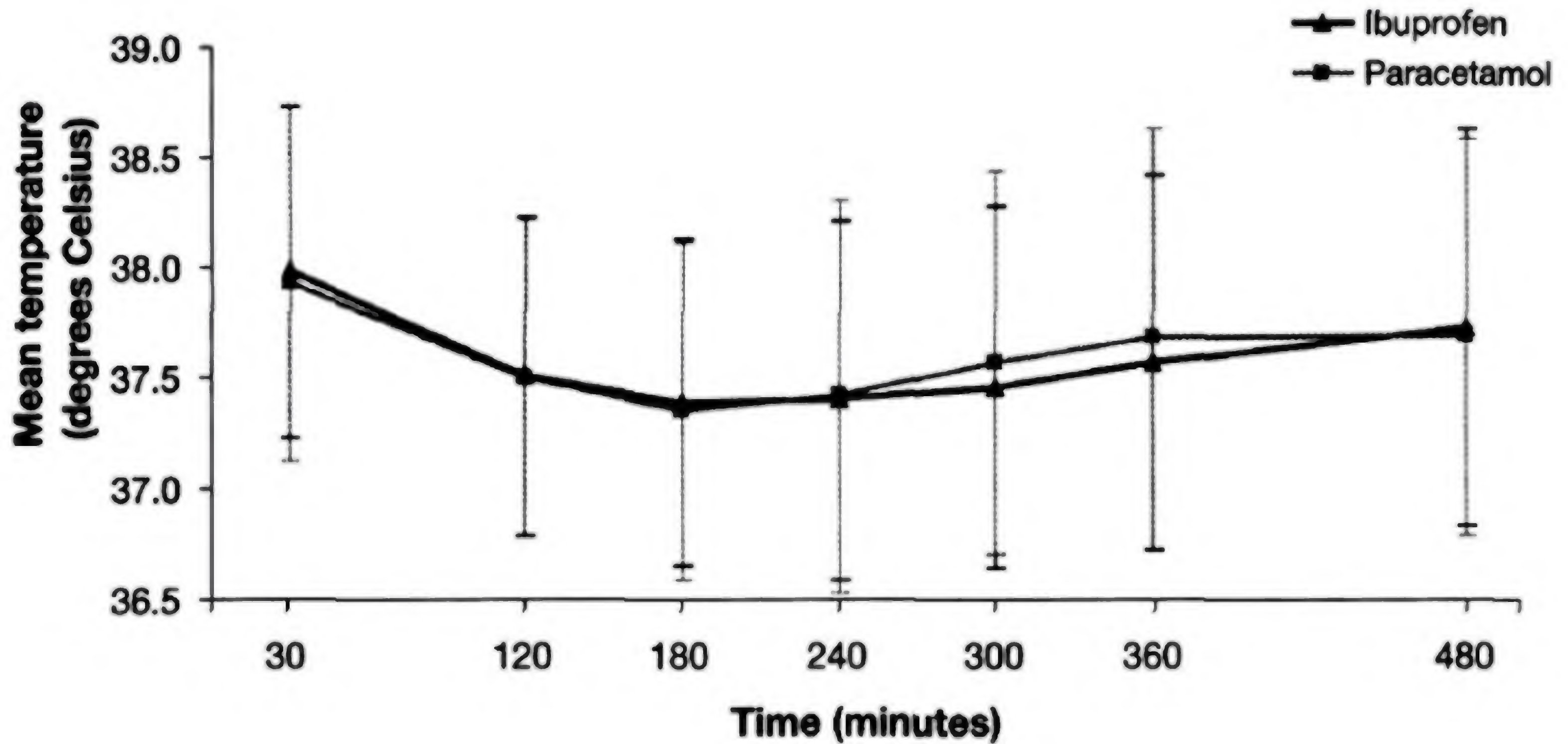
# Ibuprofen versus paracetamol in pediatric fever: objective and subjective findings from a randomized, blinded study

Elisabeth Autret-Leca<sup>a</sup>, Iain A. Gibb<sup>b</sup>, Michael A. Goulder<sup>c</sup>

CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION®

VOL. 23, NO. 9, 2007, 2205-2211

© 2007 LIBRAPHARM LIMITED



**Equivalenza antipiretica  
paracetamolo 15mg/kg  
e ibuprofene 10mg/kg**

$p < 0,05$ ).<sup>21</sup> Benché la differenza tra i due gruppi nella riduzione della temperatura fosse statisticamente significativa, è stato notato che tale dato non era correlato a una differenza clinica significativa. Inoltre, non è stato evidenziato alcun vantaggio sia nella somministrazione combinata rispetto alla somministrazione unica di ibuprofene ( $p = 0,167$ ) sia tra la somministrazione di paracetamolo e ibuprofene in monoterapia ( $p = 0,102$ ).<sup>21</sup>

# Le linee Guida Italiane

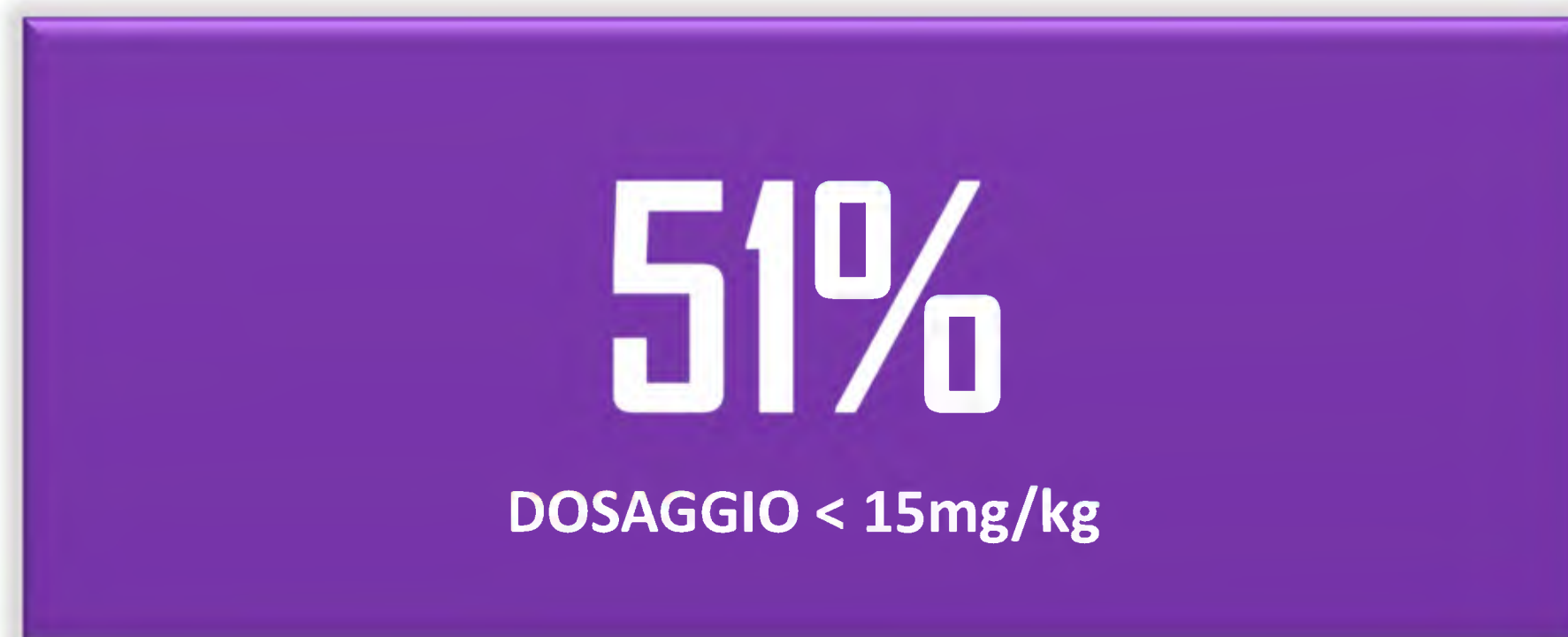


## 1. Dose antipiretici in funzione del peso del bambino

	Età minima raccomandata	Dose singola (mg/kg)	Intervallo tra le somministrazioni	Dose giornaliera massima (mg/kg die)
<b>Paracetamolo</b> Sciroppo Orale 120mg/5ml Gocce Orali 100mg/ml	Fin dalla nascita	10 mg/kg (< 6 Kg) 15 mg/kg (> 6 kg)	Ogni 6 ore	40 mg/kg/die 60 mg/kg/die

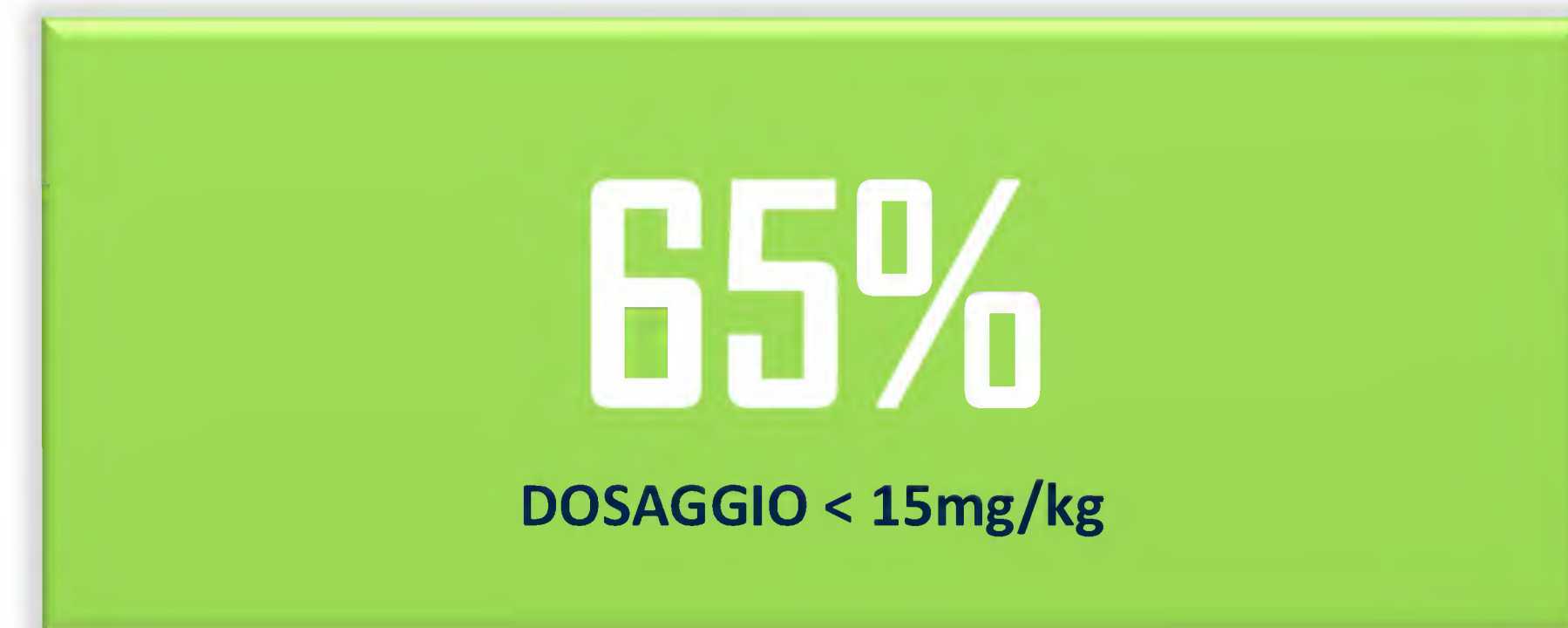
# Bassa aderenza al miglior dosaggio di Paracetamolo 15mg/kg nella febbre

## Febbre



Su 1397 BB trattati per febbre il **51% (n=711)** ha ricevuto una dose inferiore a 15mg/kg, mentre il 49% una dose > 15mg/kg

## Dolore



In 17 PS, su 1471 bambini trattati per dolore il 61% ha ricevuto un sotto-dosaggio di paracetamolo (577) o ibuprofene (316). Il sotto-dosaggio potrebbe riflettere la prescrizione del dosaggio anti-piretico



# TOP 5



<b>1</b>	<b>Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.</b>  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.
<b>2</b>	<b>Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.</b>  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).
<b>3</b>	<b>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.</b>  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.
<b>4</b>	<b>Non utilizzare farmaci cortisonici per via sistemica per il trattamento della febbre.</b>  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.
<b>5</b>	<b>Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.</b>  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, rinosinuiti, 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.

# TOP 5



1	<b>Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.</b>
	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	<b>Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.</b>
	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

3	<b>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.</b>
	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	<b>Non utilizzare farmaci cortisonici per via sistemica per il trattamento della febbre.</b>
	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.

Survey FIMP su 500 pediatri di famiglia italiani  
(ottobre 2018)

# gestione del dolore in pediatria

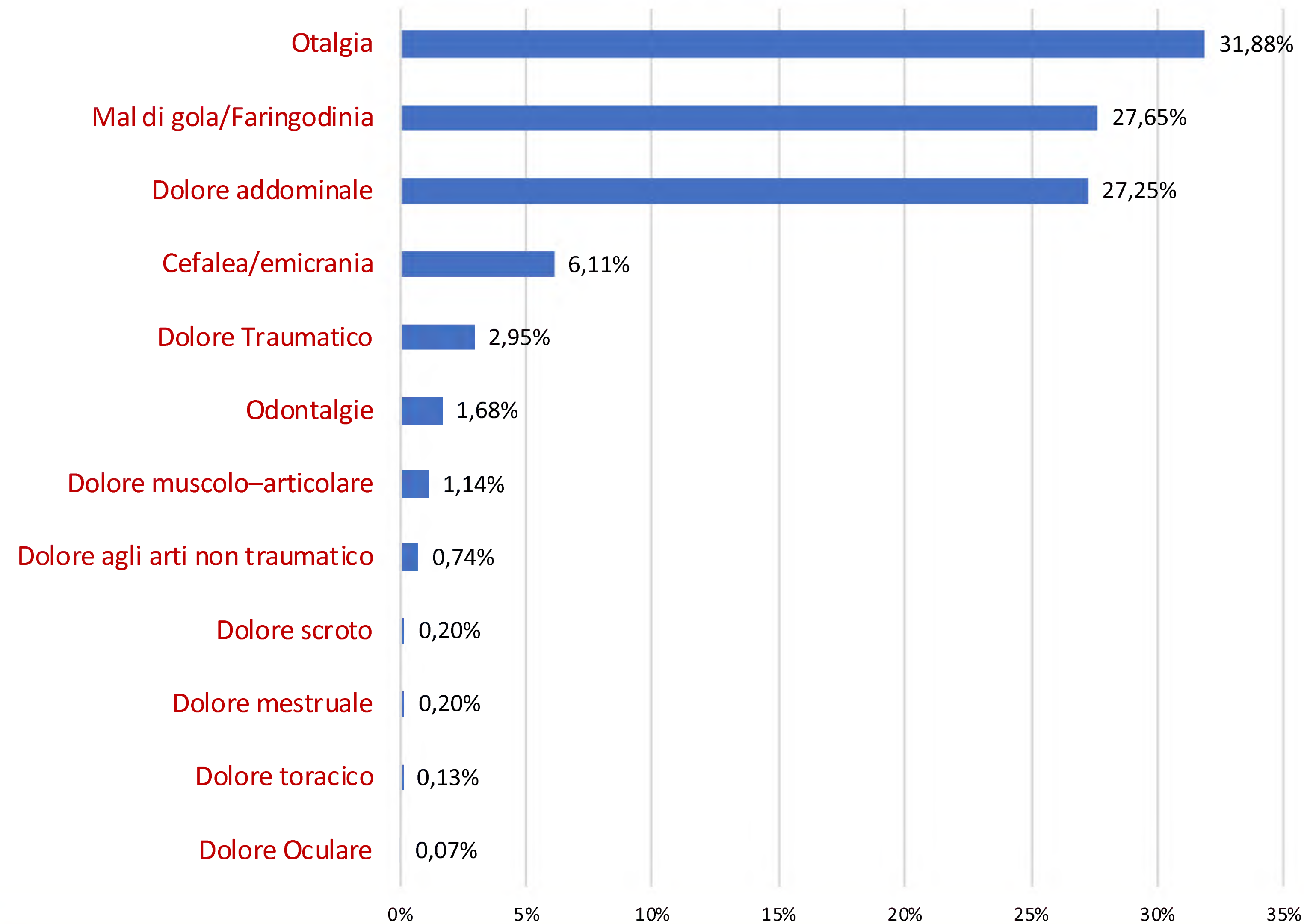
# gestione del dolore in pediatria

**30%** non ha mai partecipato a **corsi** di formazione specifici

**99%** ritiene necessario **educare** e **informare** sia i genitori che i bambini

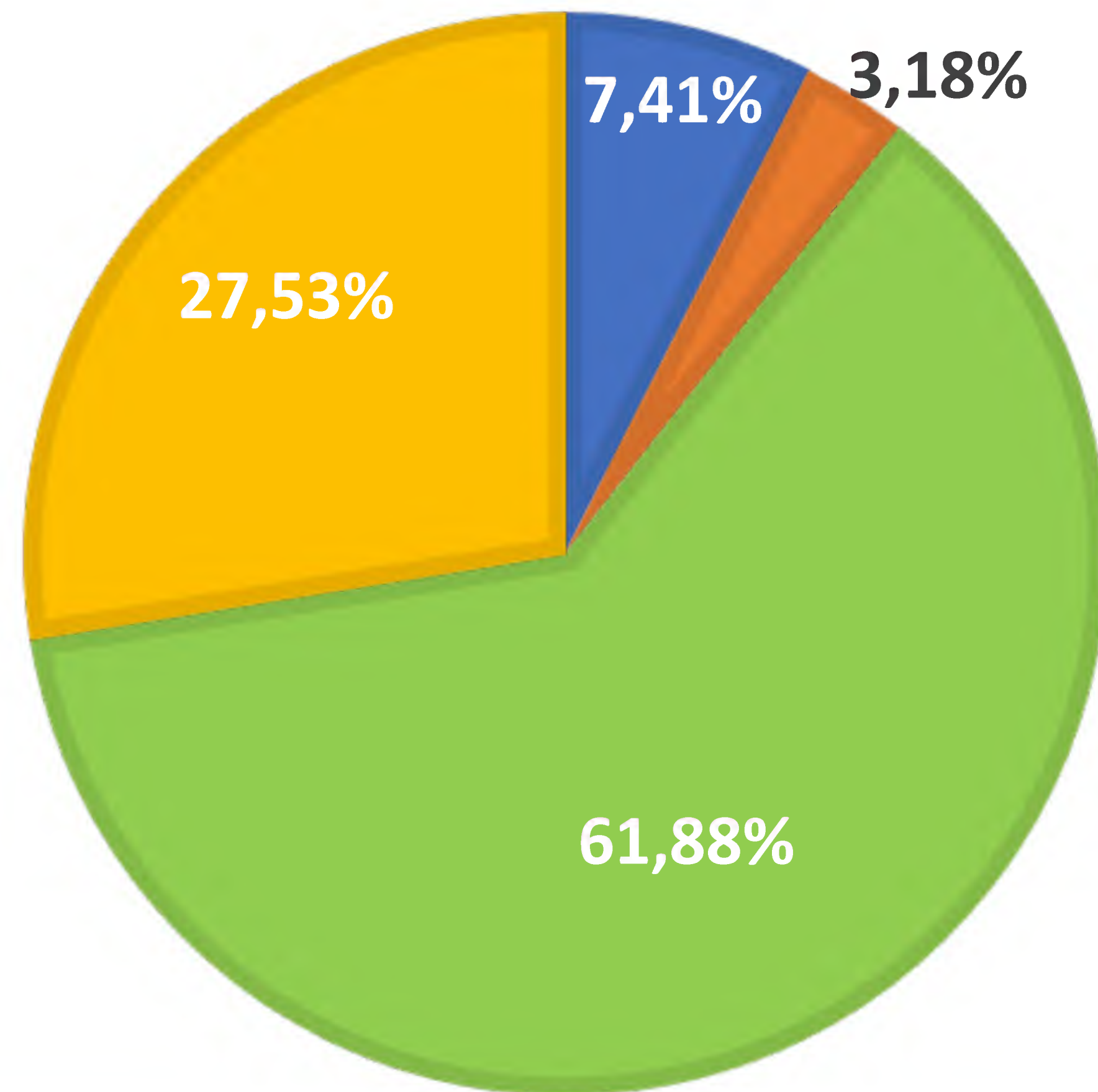
**26%** rilascia regolarmente **materiale informativo**

# tipologie di dolore



# valutazione del dolore in pediatria

**Domanda 11:** Con quale **modalità** più frequentemente valuti il dolore del bambino durante una visita?



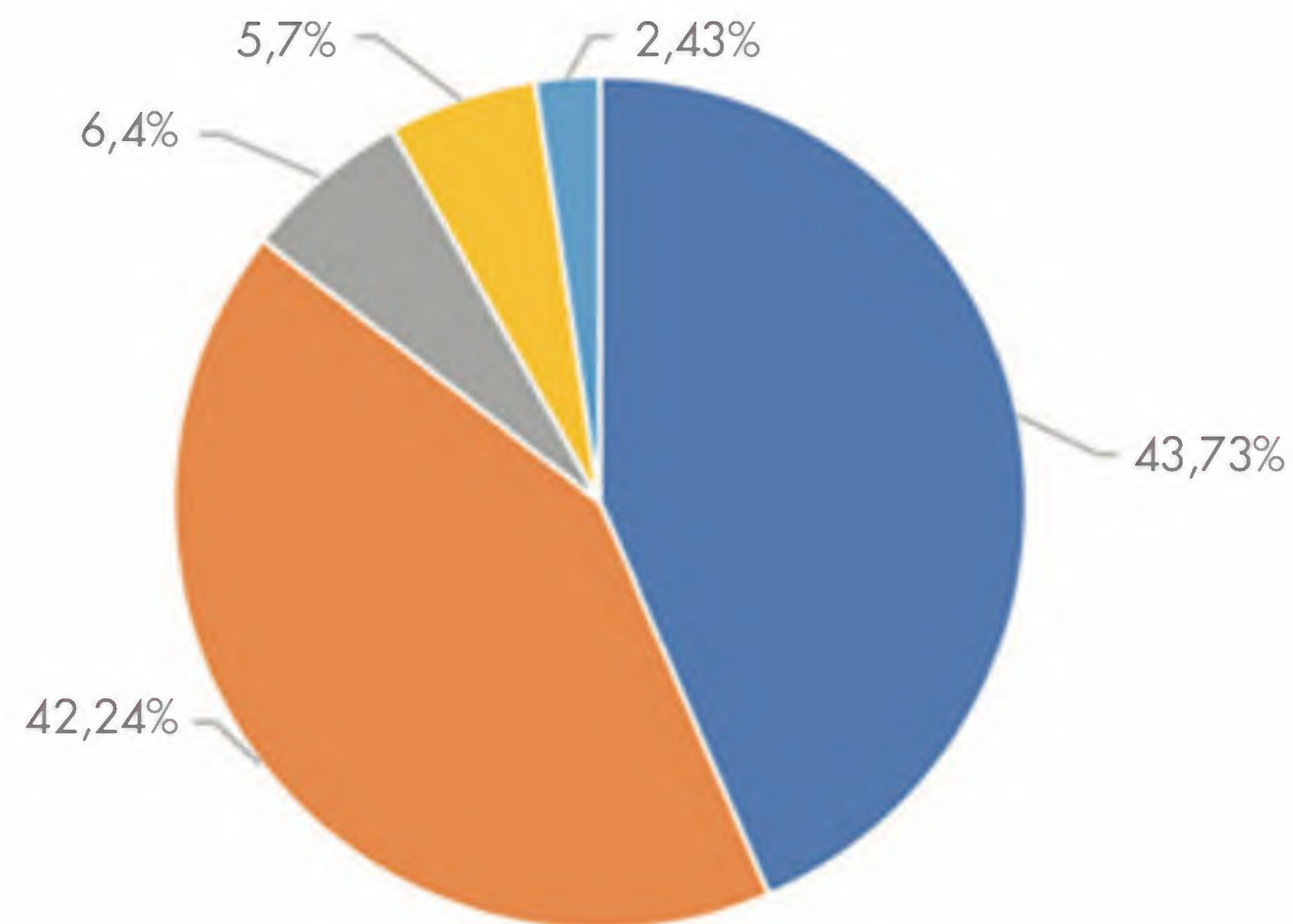
- In base a ciò che riferisce il bambino
- In base a ciò che riferisce il genitore/accompagnatore
- In base a ciò che riferiscono entrambi
- Scale algometriche

# terapia del dolore in pediatria

**97%** dei pediatri raccomanda la somministrazione per **via orale**

**44%** PARACETAMOLO

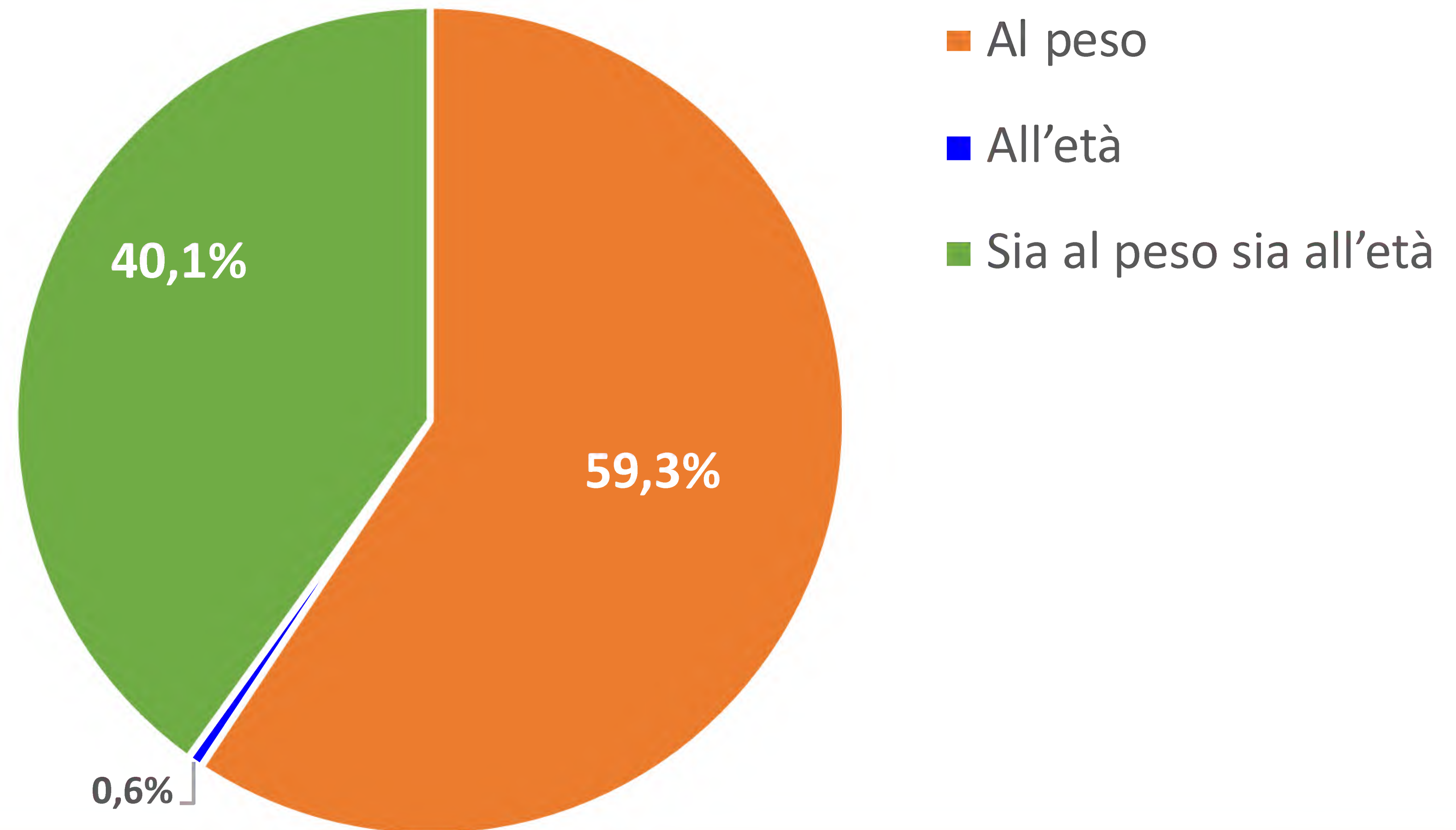
**42%** IBUPROFENE



■ Paracetamolo ■ Ibuprofene ■ Ketoprofene ■ Cortisonici ■ Altro

# terapia del dolore in pediatria

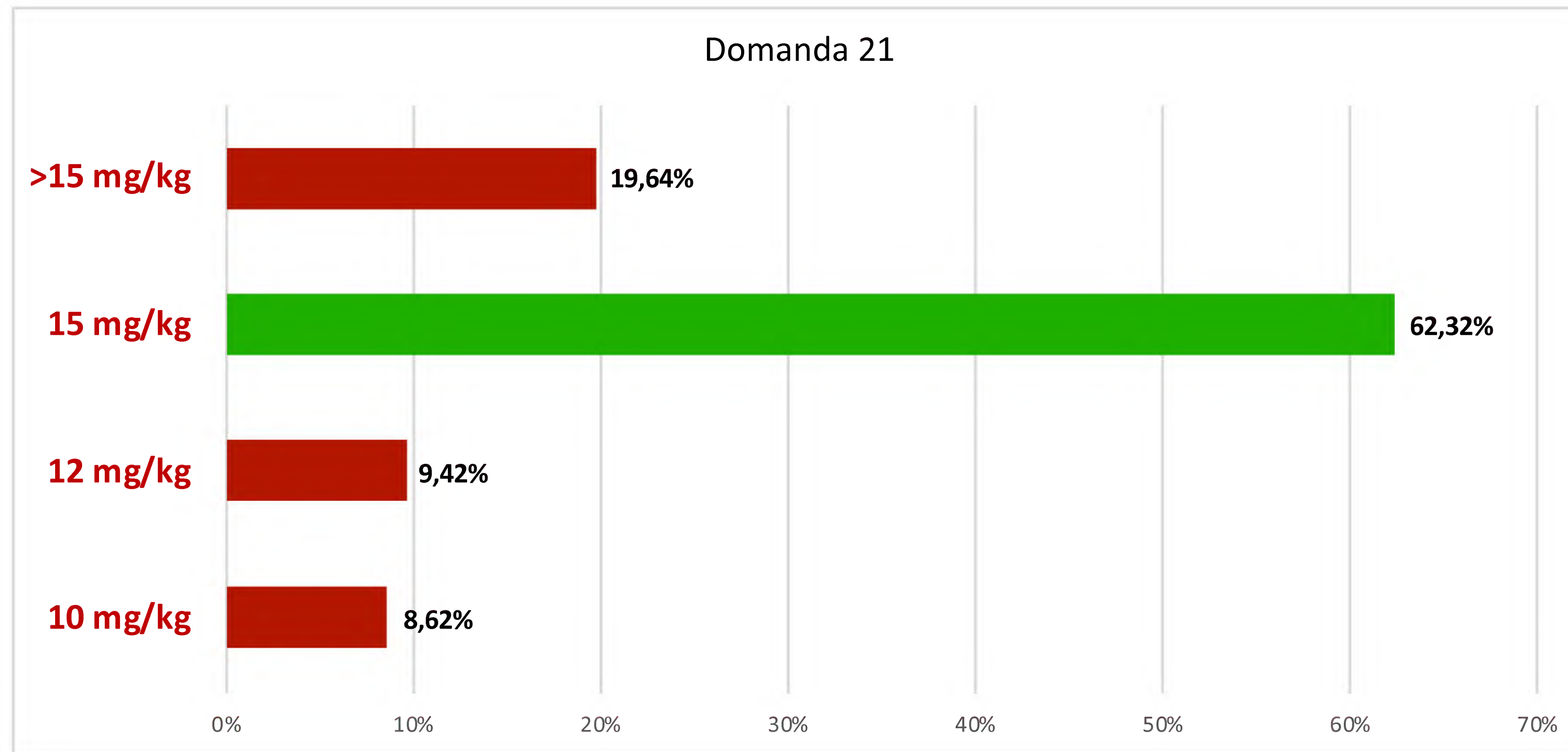
**Domanda 20:** Per la selezione della dose di analgesico fai riferimento?





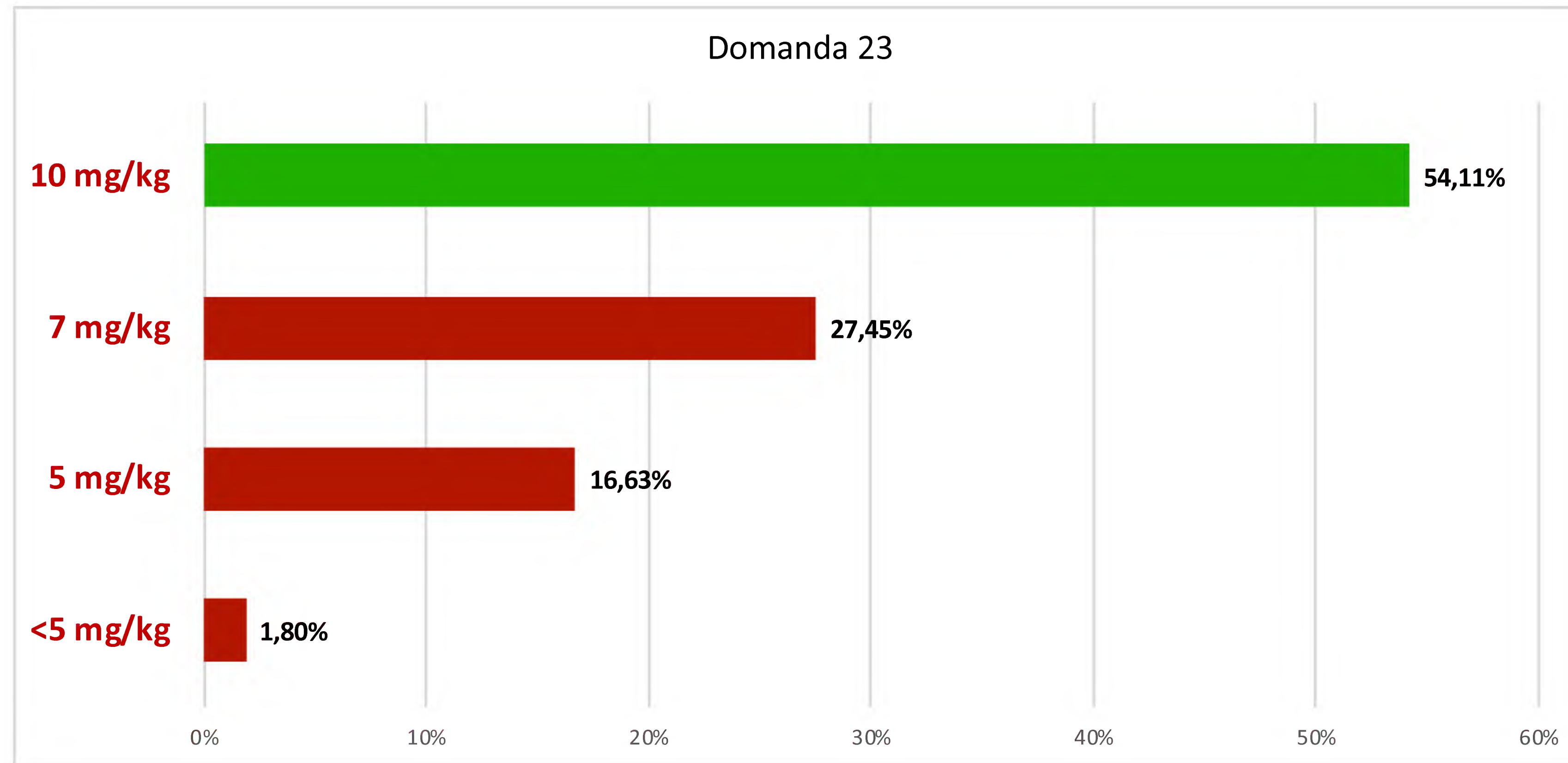
# terapia del dolore in pediatria

## Dosaggio paracetamolo



# terapia del dolore in pediatria

## Dosaggio ibuprofene

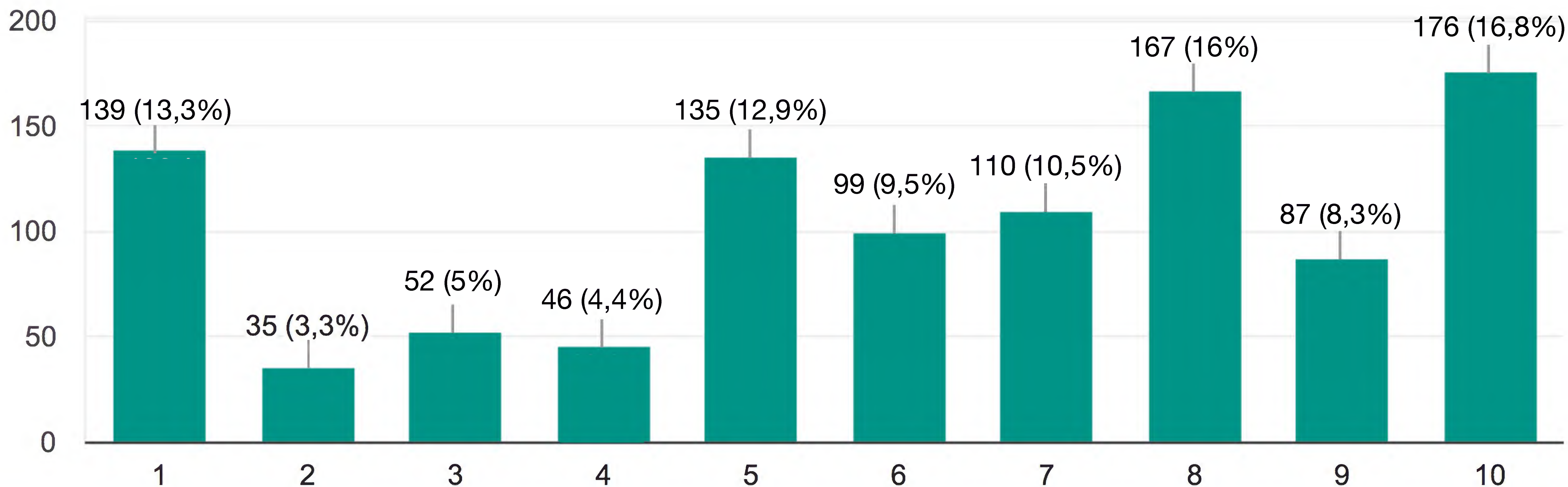


i farmaci per

LA BRONCHIOLITE

# Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di bronchiolite.

1.046 risposte



# PIRAMIDE DELLE



**EVIDENZE**

**LINEE GUIDA**

**RACCOMANDAZIONI**

**EVIDENZE**

*SERIE GENERALE*

*Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1  
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma*

Anno 158° - Numero 64

**GAZZETTA**  **UFFICIALE**

**DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1  
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 158° - Numero 64



# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 5.

*Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*

1. **Gli esercenti le professioni sanitarie**, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, **si attengono**, salve le specificità del caso concreto, **alle raccomandazioni previste dalle linee guida** pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle **buone pratiche clinico-assistenziali**.

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1  
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 158° - Numero 64

GAZZETTA UFFICIALE  
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 27 febbraio 2018.

Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).



SNLG

dell'Istituto Superiore di Sanità

Editoriale

Informazioni

Buone pratiche

Linee guida ▾

Piattaforma SNLG

Cerca



18 aprile 2018

Editoriale

### Presentazione del nuovo SNLG

Le Linee Guida (LG) di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola-laddove possibile- con il paziente o i caregivers. Conoscere...



SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1  
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 158° - Numero 64

GAZZETTA  UFFICIALE  
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 27 febbraio 2018.

Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).



**SNLG**  
dell'Istituto Superiore di Sanità

Editoriale   Informazioni   Buone pratiche   Linee guida ▾   Piattaforma SNLG

Cerca 



 18 aprile 2018  Editoriale

Le Linee Guida (LG) di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola-laddove possibile- con il paziente o i caregivers. Conoscere...

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1  
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 158° - Numero 64

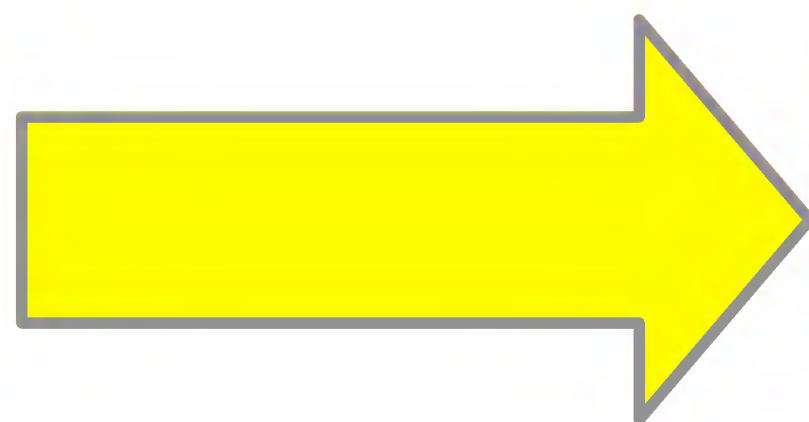


# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.



## Slow Medicine



fare di più  
non significa fare meglio

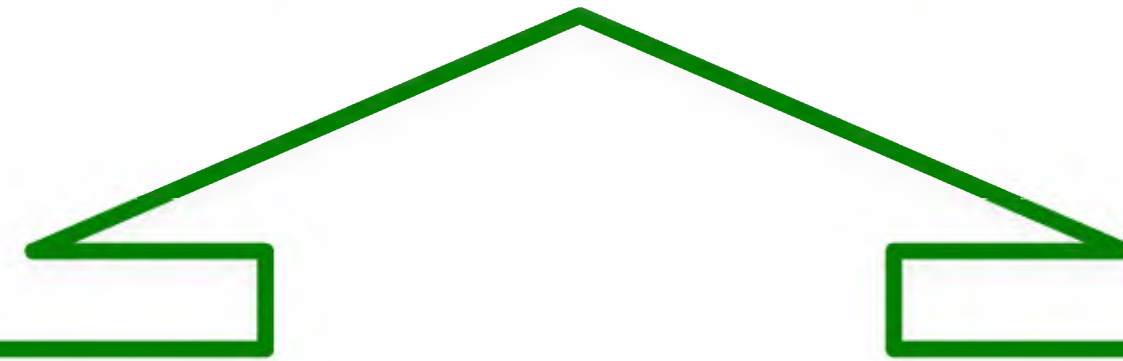
---

Choosing Wisely Italy

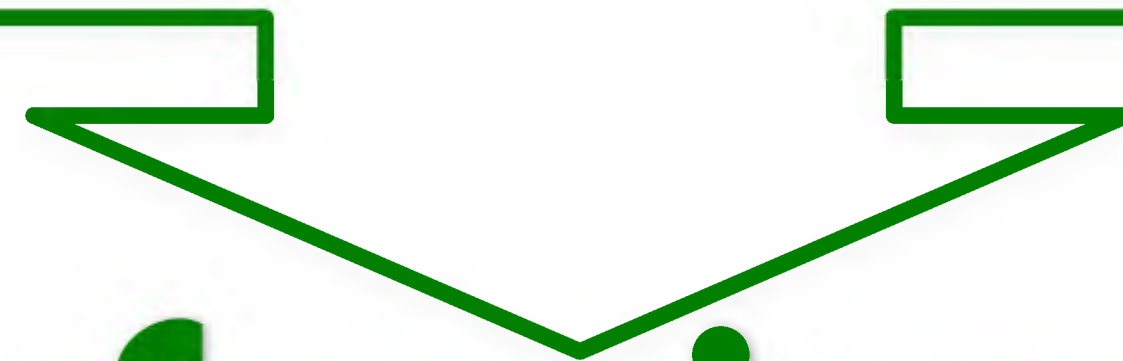


In  
mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti  
le professioni sanitarie si attengono alle **buone pratiche  
clinico-assistenziali.**

**L I N E E G U I D A**



**CONSENSUS**



**compiti professionali specifici  
del pediatra di famiglia**

# CONSENSUS

**2016**

***Utilizzo giudizioso della terapia antibiotica  
nel trattamento delle patologie infettive  
in età evolutiva***

**ilmedicopediatra**  
Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

# INFEZIONI VIE AEREE SUPERIORI

**OTITE  
MEDIA  
ACUTA**

**R I N O S I N U S I T E**

**FARINGOTONSILLITE ACUTA**

**P O L M O N I T E** Acquisita in Comunità

**INFEZIONI CUTE  
e TESSUTI MOLLI**

**INFEZIONI delle  
VIE URINARIE**

**B R O N C H I O L I T E**

## TABELLA XLVIII.

Tabella riassuntiva delle LG selezionate.

LG	Paese	Istituzione	Popolazione bersaglio	Conflitti di interesse	Metodo per la formulazione delle raccomandazioni	Qualità delle evidenze	Forza delle raccomandazioni	N.di referenze	Anno di pubblicazione
Bronchiolitis in children: diagnosis and management	UK	NICE	Bambini	Descrizione presente	GRADE	GRADE	GRADE	169	2015
Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis	USA	AAP	Bambini	Descrizione presente	AAP policy statement	scala AAP	AAP policy statement	242	2014

## TABELLA XLIX.

Linea guida NICE.

Obiettivi e ambiti di applicazione	Coinvolgimento dei soggetti portatori di interessi	Rigore metodologico	Chiarezza espositiva	Applicabilità	Indipendenza editoriale	Raccomandata
100	100	100	100	100	100	SI

LG AAP

Obiettivi e ambiti di applicazione	Coinvolgimento dei soggetti portatori di interessi	Rigore metodologico	Chiarezza espositiva	Applicabilità	Indipendenza editoriale	Raccomandata
86,11	69,44	73,96	77,78	33,33	79,17	SI

## QUESITO CLINICO N. 4: Ci sono terapie utili ed efficaci? Cosa dicono le LG:

AAP	NICE
<p>I medici non devono somministrare salbutamolo a lattanti e bambini con diagnosi di bronchiolite (Evidence Quality: B; Recommendation Strength: Strong Recommendation)</p> <p>I medici non devono somministrare adrenalina a lattanti e bambini con diagnosi di bronchiolite (Evidence Quality: B; Recommendation Strength: Strong Recommendation)</p> <p>I medici non devono somministrare corticosteroidi sistemici a lattanti con diagnosi di bronchiolite in qualsiasi ambiente di cura (Evidence Quality: A; Recommendation Strength: Strong Recommendation)</p> <p>I medici non devono somministrare farmaci antibatterici a lattanti e bambini con diagnosi di bronchiolite, a meno che non vi sia un'infezione batterica concomitante, o ve ne sia un forte sospetto (Evidence Quality: B; Recommendation Strength: Strong Recommendation)</p>	<p>Non usare alcuno dei seguenti farmaci per trattare la bronchiolite nei bambini:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– antibiotici</li><li>– soluzione salina ipertonica</li><li>– adrenalina (nebulizzata)</li><li>– salbutamolo</li><li>– montelukast</li><li>– ipratropium bromuro</li><li>– corticosteroidi sistemici o per inalazione</li><li>– una combinazione di corticosteroidi sistemici e adrenalina nebulizzata</li></ul>

### RACCOMANDAZIONE 4

Non ci sono terapie utili a migliorare il decorso o in grado di evitare il ricovero:

- no antibiotici;
- no soluzione ipertonica;
- no adrenalina nebulizzata;
- no salbutamolo (per inalazione o nebulizzato);
- no montelukast;
- no ipratropio bromuro;
- no corticosteroidi sistemici o per inalazione.

## QUESITO CLINICO N. 6: Qual è il ruolo e l'importanza delle informazioni ai genitori? Cosa dicono le LG:

AAP	NICE
<p>Medici e infermieri devono educare il personale e i membri della famiglia sulla diagnosi, il trattamento e la prevenzione della bronchiolite basati sulle evidenze scientifiche (Evidence Quality: C; observational studies; Recommendation Strength; Moderate Recommendation)</p> <p>Quando si effettua la diagnosi di bronchiolite a un bambino i medici devono fornire a chi lo assiste counselling sull'esposizione al fumo di tabacco ambientale e sulla cessazione dell'abitudine di fumare (Evidence Quality: B; Recommendation Strength: Strong Recommendation)</p>	<p>Fornire informazioni chiave di sicurezza ai genitori e a chi si prende cura del bambino, da portare con sé come raccomandazioni per i bambini che saranno assistiti a casa</p> <p>Queste devono comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– come riconoscere lo sviluppo di sintomi di allarme:<ul style="list-style-type: none"><li>• peggioramento dello sforzo respiratorio (ad es. grunting, alitamento delle pinne nasali, rientramenti toracici marcati)</li><li>• assunzione di liquidi intorno al 50-75% del normale o pannolino asciutto per 12 ore</li><li>• apnea o cianosi</li><li>• fiacchezza estrema (ad es., assenza di risposta normale agli stimoli sociali, risveglio solo con stimolazione prolungata)</li></ul></li><li>– che non si deve fumare in casa del bambino perché questo aumenta il rischio di sintomi più gravi della bronchiolite</li><li>– come ottenere aiuto immediato da un professionista appropriato se si sviluppano sintomi di allarme</li><li>– le modalità di follow-up, se necessario</li></ul>

### RACCOMANDAZIONE 6

- Il pediatra deve fornire ai genitori di ogni bambino, verbalmente e possibilmente in forma scritta:
- istruzione sui sintomi d'allarme (RED FLAGS) che richiedono una sollecita rivalutazione clinica:
    - presenza della gravità dell'impegno respiratorio ( $\uparrow$  FR, segni di dispnea);
    - frequenza e modalità dei pasti;
    - comparsa di eventuali episodi di apnea;
    - aspetto generale del bambino;
    - pallore;
    - sonno eccessivo;
    - reattività;
  - rassicurazione che i sintomi (soprattutto la tosse) possono persistere per settimane dopo la fase acuta della malattia.



# TOP 5



<b>1</b>	<b>Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.</b>  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.
<b>2</b>	<b>Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.</b>  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).
	<b>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.</b>

<b>1</b>	<b>Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.</b>  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.
----------	--

	fortemente sconsigliata per il trattamento della febbre di origine indeterminata.
<b>5</b>	<b>Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.</b>  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, rinosinuiti, 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.

...non perché i medici  
Linea Guida  
facciano tutti la stessa cosa

ma...

per dare a tutti i pazienti  
CONSENSUS  
la migliore cura possibile



# I farmaci del pediatra

**Mattia Doria**

Pediatra di Famiglia

Segretario Nazionale FIMP alle Attività Scientifiche ed Etiche



**[mattiadoria@fimp.pro](mailto:mattiadoria@fimp.pro)**