In ogni professione, e ancora di più nella nostra, bisogna:

1. **SAPER PENSARE**
2. **SAPER FARE**
3. **SAPER DIRE**

- Il saper pensare deriva dalle nostre conoscenze e quindi dalle **linee guida** (che sono redatte certamente dai professionisti più esperti).
- Il saper fare consiste nel mettere **in atto** le nostre conoscenze (solo sapere non basta).
- Il saper dire consiste nell'entrare in empatia con il paziente, ed esprimerci con un **linguaggio adatto** .

Quindi il nostro compito è quello di saper interagire con una adeguata comunicazione (e sottolineo adeguata) con il paziente. Questo va fatto seguendo, dove possibile, le linee guida o i protocolli in modo da avere un comportamento univoco.

SICURAMENTE PRESCRIVIAMO SUBITO UNA TAC A TUTTO IL CORPO E E UNA COLONSCOPIA
MA NON LE PARE UN PO' ESAGERATO PER UN BANALE REFFREDDORE?

MI DISPIACE
MA NON POSSO DIRVI SEMPRE QUELLO CHE VI ASPETTATE

Art. 3 Legge di conversione n. 189/2012

- «L'esercente **la professione sanitaria** che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica **non risponde penalmente** per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui **all'articolo 2043** del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo».

LEGGE Gelli N. 24/2017
Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Art. 3 *Osservatorio nazionale* ***delle buone pratiche*** *sulla sicurezza nella sanità*

1.Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale **delle buone pratiche** sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».

2.L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi **ai rischi ed eventi avversi** nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e**, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure** per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario **e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure** nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4.L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale n. 8 del 12 gennaio 2010.*

LEGGE Gelli N. 24/2017

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.**

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della Salute stabilisce: *a) i requisiti minimi di rappresentatività* sul territorio nazionale; *b) la costituzione mediante atto pubblico* e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione sul sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica; *c) le procedure di iscrizione all'elenco* nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Decreto Ministeriale 2 agosto 2017 - Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

- Art. 2

1. Ai fini dell'iscrizione nell'elenco, le societa' scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) rilevanza di carattere nazionale, con sezione ovvero rappresentanza in almeno dodici regioni e province autonome, anche mediante associazione con altre societa' o associazioni della stessa professione, specialita' o disciplina;
- b) rappresentativita' di almeno il 30% dei professionisti non in quiescenza nella specializzazione o disciplina, previste dalla normativa vigente, o nella specifica area o settore di esercizio professionale. Per i medici di medicina generale e' richiesto un requisito di rappresentativita' di almeno il 15% dei professionisti.
- c) atto costitutivo redatto per atto pubblico e statuto, dai quali si evincano gli elementi di cui al comma 2.

Decreto Ministeriale 2 agosto 2017 Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

- 3. All'istanza di iscrizione devono essere allegate le dichiarazioni, rese ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, comprovanti il possesso da parte delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie dei requisiti di cui all'art. 2, comma 1, lettere a) e
  b), nonché i documenti di cui all'art. 2, comma 1, lettera c).

Art. 1. Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

2. L'Osservatorio è composto da:

a) il direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, con funzioni di coordinatore;
b) il direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute;
c) il direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute;
d) il direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute;
e) il direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute;
f) il direttore generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della salute;
g) il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco;
h) il presidente dell'Istituto superiore di sanità;
i) il presidente del Consiglio superiore di sanità;
j) cinque esperti designati dal Ministro della salute;
k) otto rappresentanti delle regioni e delle province autonome, designati dalla commissione salute del coordinamento delle regioni.

LEGGE Gelli N. 24/2017

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

3.Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato, nei compiti e nelle funzioni, con decreto del Ministro della salute, da emanarsi, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica sul proprio sito *internet le linee guida e gli* aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a *standard* definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

4. Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

I percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA)

- I **PDTA** meritano una particolare attenzione, in quanto rappresentano gli **strumenti di gestione clinica usati dai medici per definire l'insieme ottimale degli interventi nel contesto applicativo locale**, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione.
- Nei **PDTA** vengono specificati gli **obiettivi, i ruoli e le attività** di ogni attore; la loro adozione permette ai partecipanti di essere più consapevoli del **processo di assistenza complessivo** e di interagire in modo più sistematico. Inoltre un appropriato supporto tecnologico progettato a partire dai **PDTA** può assicurare un **coordinamento più efficace** non solo tra le attività mediche ma anche tra queste ultime e i diversi processi collegati, consentendo la programmazione del lavoro infermieristico o amministrativo, favorendo la standardizzazione degli input e la misura degli output, rendendo quindi più efficiente l'utilizzo delle risorse.
- L'elevata variabilità delle caratteristiche di ciascun paziente e il sovrapporsi di più patologie rende tuttavia impossibile interpretare i **PDTA** come procedure rigide, in quanto occorre preservare la **possibilità di adattare i percorsi da parte dei professionisti** in funzione delle contingenze specifiche che si trovano ad affrontare.

I percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) della Fimp

- I pediatri di famiglia promuovono le buone pratiche cliniche tra i professionisti della salute dei bambini. Sono raccomandazioni che hanno l'obiettivo di favorire l'appropriatezza prescrittiva di esami diagnostici e di alcune terapie per la cura dei più frequenti disturbi di salute dei bambini promuovendo il dialogo tra pediatri e famiglie. Si tratta di un'iniziativa della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e rientra nel progetto "Fare di più non significa far meglio. Le raccomandazioni della FIMP sono "ufficiali" e pubblicate, oltre che nel sito di Choosing Wisely Italia, nel sito dell'Istituto Superiore Sanità (ISS) all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida. Sono state selezionate 5 pratiche cliniche considerate a rischio di inappropriatezza. Si vuole dare un contributo utile a limitare l'utilizzo di pratiche cliniche non confermate dalle evidenze scientifiche ma ancora diffuse sia tra i medici che tra le famiglie.

fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

Non sempre fare di più significa fare meglio

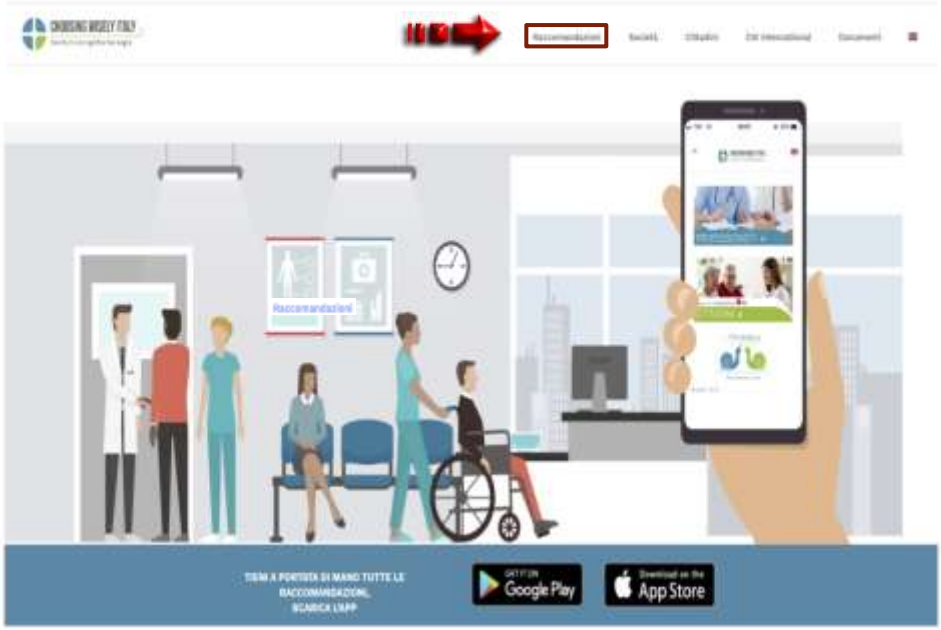
Nonostante sia universalmente riconosciuto che la medicina debba basarsi su prove scientifiche di efficacia (EBM)[I, II], da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti farmacologici e chirurgici largamente diffusi nella pratica medica non apportano benefici per i pazienti, anzi rischiano di essere dannosi. Si valuta che l'ammontare delle prestazioni che sono inefficaci e di conseguenza rappresentano uno spreco corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria.

Lo scopo del progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" è di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi. Attraverso il progetto, tramite la riduzione degli sprechi, ci si può attendere un uso più appropriato e più equo delle risorse disponibili e una maggiore sostenibilità economica e ambientale dei servizi sanitari.

OBIETTIVI

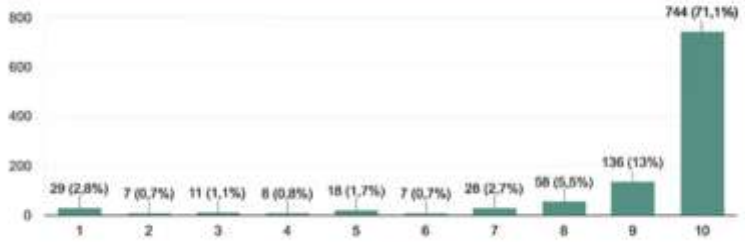
Per raggiungere le finalità sopra ricordate sono stati definiti i seguenti sette obiettivi operativi:

1. Individuazione, da parte di ciascuna delle Società Scientifiche e Organizzazioni che aderiscono al progetto, con la collaborazione di esperti e di pazienti/cittadini, di una lista di cinque pratiche (esami diagnostici o trattamenti) che:
   - sono effettuate molto comunemente in Italia;
   - non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali vengono generalmente prescritte;
   - possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.
2. Diffusione del progetto e delle pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza individuate ai medici e agli altri professionisti sanitari.
3. Formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari, centrata sulla medicina delle prove di efficacia (EBM), sulle Medical Humanities e sul dialogo e la relazione medico-paziente. Progettazione e realizzazione di azioni volte a favorire la collaborazione e l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale.
4. Progettazione di apposito materiale informativo per pazienti e cittadini relativo alle pratiche individuate.
5. Diffusione del progetto e delle pratiche individuate ai pazienti e cittadini, loro sensibilizzazione nei confronti del sovrautilizzo di test e trattamenti ad alto rischio d'inappropriatezza e diffusione della cultura che in sanità, nell'interesse del paziente, a volte fare meno significa ottenere di più e che il medico che prescrive più esami e prestazioni non è il medico più competente.

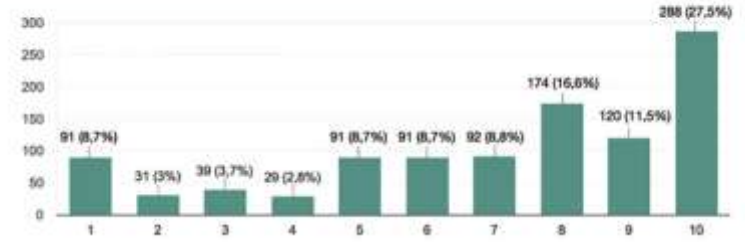

Raccomandazioni
TIENI A PORTATA DI MANO TUTTE LE RACCOMANDAZIONI, SCARICA L'APP
GET IT ON Google Play
Download on the App Store

RACCOMANDAZIONI

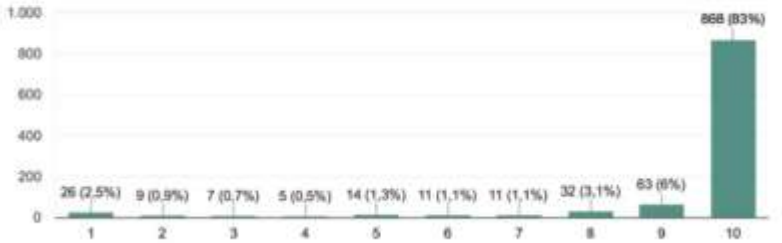
Non prescrivere la radiografia del cranio per la diagnosi di rinosinusite batterica acuta.



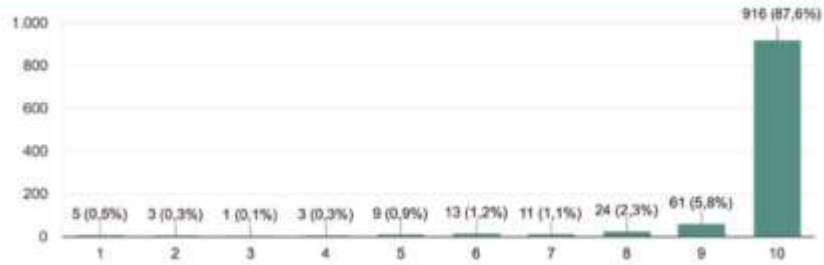
Non prescrivere terapia antibiotica al bambino > 6 mesi di età con otite media acuta (OMA) senza prima aver valutato l'opzione della Vigile Attesa.



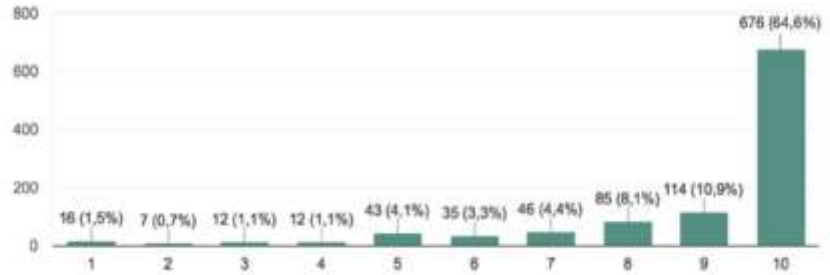
Non eseguire il tampone faringeo "di controllo" dopo una faringotonsillite acuta da streptococco beta-emolitico.



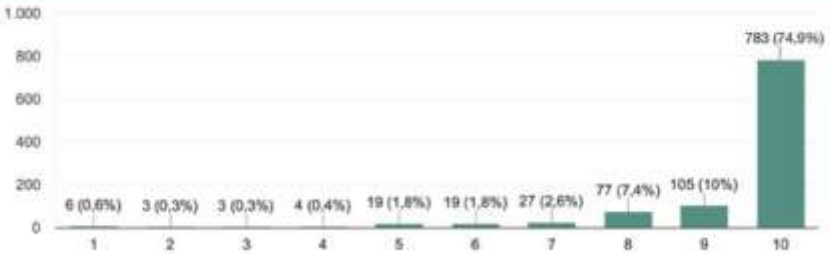
Non eseguire manovre di riduzione cruenta del prepuzio nel bambino con fimosi.



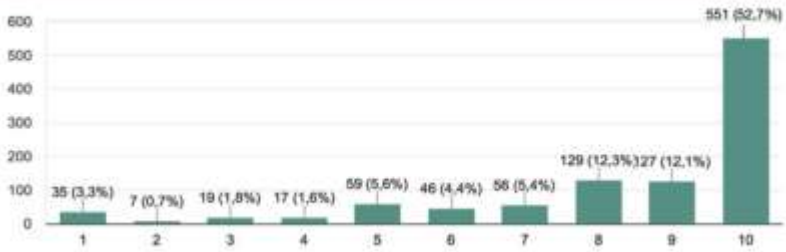
Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.



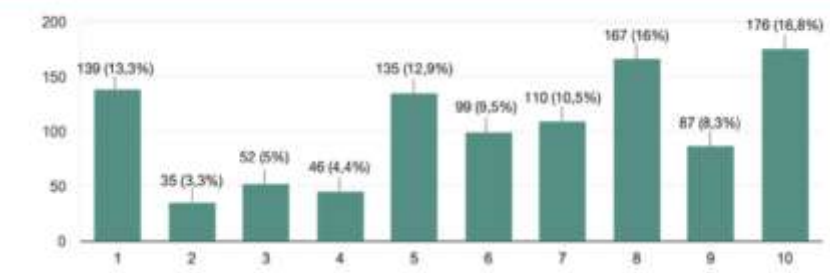
Non utilizzare farmaci steroidei per os per il trattamento della febbre.



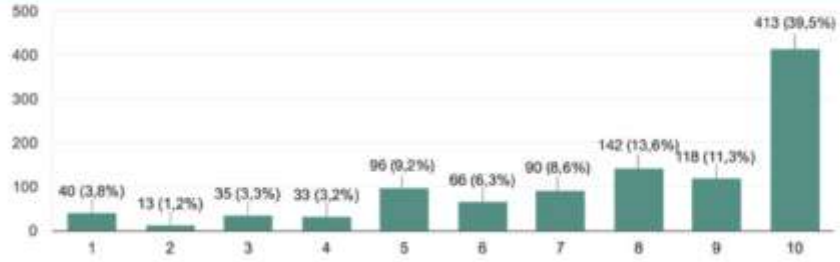
Non fare diagnosi di infezione delle vie urinarie in base al solo esame colturale delle urine.



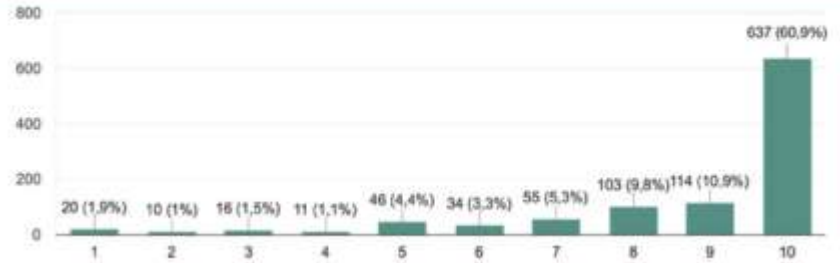
Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di bronchiolite.



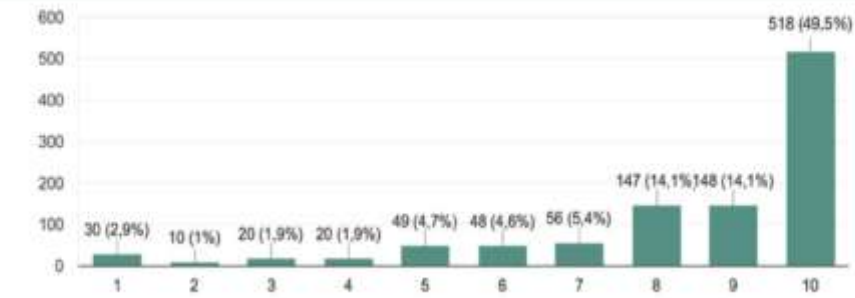
Non utilizzare farmaci per la gestione delle coliche gassose del lattante.



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



Non prescrivere un regime alimentare restrittivo in caso di diarrea acuta.



CHOOSING WISELY ITALY

ACP

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)

1	**Evitare l'uso abituale dei cortisonici inalatori nelle flogosi delle prime vie respiratorie dei bambini.**
	[illegible]
2	**Astenersi dal prescrivere aggiunte di latte artificiale nei primi giorni di vita ai neonati in assenza di precise indicazioni mediche.**
	[illegible]
3	**Non prescrivere antibiotici nelle patologie delle vie respiratorie presumibilmente virali in età pediatrica (raffreddore, faringiti, bronchiti).**
	[illegible]
4	**Non effettuare Rx torace per la diagnosi e il follow up di polmonite non complicata nel bambino.**
	[illegible]
5	**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 "condotti fisici".**
	[illegible]

[illegible]

[illegible] 2015

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Nefrologia Pediatrica - SINePe

1	Non eseguire urinocoltura 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.
	[illegible]
2	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.
	[illegible]
3	Non usare indiscriminatamente l'albumina nei soggetti con sindrome nefrosica all'esordio.
	[illegible]
4	Non eseguire alcuna indagine bioumorale o strumentale in caso di microematuria asintomatica rilevata ad un esame di urine random.
	[illegible]
5	Nei bambini di età inferiore ai sei anni con enuresi primaria monosintomatica non è necessario richiedere una consulenza specialistica, esami laboratoristici o strumentali (eccetto uno stick urine) o iniziare una terapia farmacologica.
	[illegible]

[illegible]

Novembre 2016

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

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

1	**Non eseguire la radiografia del torace nel bambino nel sospetto di una polmonite acquisita in comunità non grave e in presenza di crisi d'asma non complicata.**
2	**Non somministrare farmaci a base di salmeterolo nella crisi d'asma del bambino.**
3	**Non eseguire la TC del torace nel bambino senza un preciso quesito clinico.**
4	**Non somministrare antistaminici per la prevenzione dell'asma nel bambino.**
5	**Evitare di diagnosticare e gestire l'asma nel bambino senza l'impiego della spirometria**

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alla gestione sopra individuata, non riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Marzo 2017

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

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

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alla gestione sopra individuata, non riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Settembre 2014

Principali fonti bibliografiche

1
1. AAP, CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics 2014
2. NICE Bronchiolitis in children: diagnosis and management 2015
3. Kavita Parikh, Matthew Hall, and Stephen J. Teach. Bronchiolitis Management Before and After the AAP Guidelines. Pediatrics 2014; 133:1 e1-e7, published ahead of print December 2, 2013, doi:10.1542/peds.2013-2605
4. Ayobami T. Akinroye, Marc N. Bastian, Mikail Samnaliev, and Anne M. Stack. Impact of a Bronchiolitis Guideline on ED Resource Use and Cost: A Segmented Time-Series Analysis. Pediatrics 2014; 133:1 e227-e234; published ahead of print December 9, 2013, doi:10.1542/peds.2013-1991
5. Callegaro S., Andreola B, Mastrolacovo P., et al. Quale aderenza alle raccomandazioni di una linea guida per la gestione della bronchiolite acuta? Risultati di uno studio multicentrico italiano. Pneumologia Pediatrica 2008;29:21-31.
6. R.Sacchetti, N.Lugli, S.Alboresi, M.Tomicelli, O.Capelli, L.Borsari, A.Ballestrazzi. Studio osservazionale multicentrico sulla bronchiolite nella Regione Emilia Romagna (SOMBRERO). Medico e bambino 2015; vol.34 e.6:376-381

2
1. https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(14)01181-6/fulltext
2. https://www.nice.org.uk/guidance/CG54
3. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/11/04/peds.2016-3026.full.pdf
4. https://emedicine.medscape.com/article/969643-overview

3
1. Chiappini E, et al. Writing Committee of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children. Clin Ther 2009;31:1826-43. Guidelines
2. La gestione di febbre e dolore in età pediatrica – Sipps (https://www.sipps.it/pdf/editoriale/Gestione%20febbreDolore.pdf)
3. Gestione del segno e sintomo febbre in pediatria Aggiornamento 2016 delle Linee Guida italiane (https://www.sipps.it/pdf/riviste/2017_33s.pdf)
4. Fever in under 5s: assessment and initial management (CG160) NICE Clinical guideline Published May 2013 Last updated August 2017

4
1. National Institute for Health and Care Excellence. Feverish illness in children (CG160). May 2013. http://guidance.nice.org.uk/CG160 (Accessed on June 14, 2018).
2. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics; Committee on Drugs; Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics 2011; 127:580.
3. Chiappini E, Venturini E, Remaschi G, et al. 2016 Update of the Italian Pediatric Society Guidelines for Management of Fever in Children. J Pediatr 2017; 180:177.
4. Brunton L. ;Chabner B.A., Knollman B. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, Twelfth Edition 12th Edition

5
1. N. Principi, S Esposito, Nasal Irrigation: An Imprecisely Defined Medical Procedure Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 516;
2. P.-L. Bastier, A. Lechota, L. Bordenave b, c, M. Durando, L. de Gabory Nasal irrigation: From empiricism to evidence-based medicine. A review Head and Neck diseases European Annals of Otorhinolaryngology, 132 (2015) 281–285
3. Clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA. Clin Infect Dis 2012;54:e72-112.
4. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, et al., Allergy Asthma Clin Immunol 2011;7:2.
5. American academy of pediatrics: Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Wald, E.R.; Applegate, K.E.; Bordley, C.; Darrow, D.H.; Glode, M.P.; Marcy, S.M.; Nelson, C.E.; Rosenfeld, R.M.; Shaikh, N.; Smith, M.J.; et al. Pediatrics 2013, 132, e262–e280.

OVVIAMENTE POTETE INTERROMPERVMI QUANDO VOLETE

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" (raccogliere 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 of-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.

BRONCHIOLITE

Cosa fare	Cosa non fare
Considerare sempre la possibilità di una bronchiolite in un lattante con sintomi di coriza, soprattutto nella stagione invernale e particolarmente nei lattanti < 6 mesi	Non prescrivere accertamenti ematochimici o strumentali
	Non prescrivere farmaci di alcun tipo e in particolare broncodilatatori, steroidi, antibiotici
Se il bambino ha sintomi di coriza da meno di 3 giorni prevedere sempre un follow up nei giorni successivi	
Indagare sempre se si sono verificate apnee, particolarmente nei lattanti < 6 settimane	
Indagare e tenere in considerazione nelle decisioni la presenza di fattori di rischio e comorbidità	
Integrare l'esame clinico con la misurazione della FR e ogni volta che è possibile con la misurazione della saturazione di O_2	
Indagare la possibilità di disidratazione (segni clinici e valutazione dell'assunzione di liquidi)	
Fornire informazioni e consigli ai genitori per la gestione della malattia (a voce e possibilmente scritti)	
Rivalutare clinicamente il paziente quando il decorso della malattia non è quello atteso	

BRONCHIOLITE

RACCOMANDAZIONE 1

La diagnosi è clinica: va eseguita esclusivamente sulla base dei sintomi, del decorso clinico e della visita:
- sintomi iniziali di raffreddore comune;
- progressione nel giro di 3-5 giorni verso tosse fastidiosa, lavoro respiratorio aumentato, difficoltà di alimentazione.

Tenere in considerazione per la diagnosi che nei piccoli lattanti (in particolare quelli al di sotto di 6 settimane di età) la malattia può presentarsi con apnea senza altri segni clinici.

RACCOMANDAZIONE 2

Il pediatra deve individuare e tenere presenti nelle decisioni i fattori che aumentano il rischio di bronchiolite grave:
- età <12 settimane;
- prematurità (in particolare < 32 SG);
- cardiopatie emodinamicamente significative;
- pneumopatie croniche (compresa broncodisplasia);
- immunodeficienza;
- deficit neurologici gravi e disturbi neuromuscolari.

RACCOMANDAZIONE 3

Non devono essere eseguiti di routine accertamenti clinici o strumentali:
- no radiografie;
- no esami di laboratorio.

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.

BRONCHIOLITE

RACCOMANDAZIONE 5

La misurazione della saturazione di O2 è di aiuto nella valutazione complessiva delle condizioni del bambino affetto da bronchiolite, se eseguita rigorosamente assieme all'esame clinico e al monitoraggio del decorso della malattia.

RACCOMANDAZIONE 6

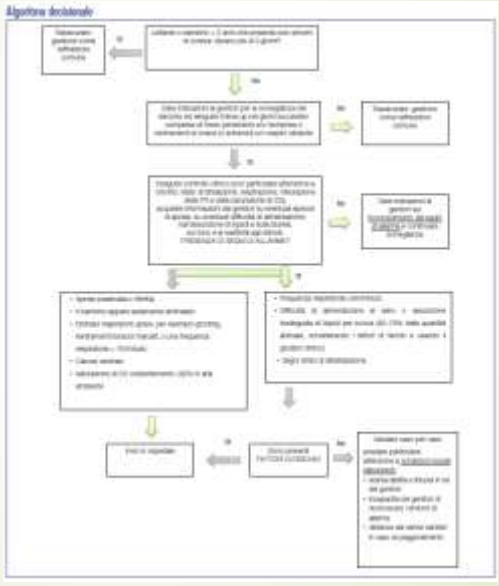
Il pediatra deve fornire ai genitori di ogni bambino, verbalmente e possibilmente in forma scritta:
- istruzione sui sintomi d'allarme (RED FLAGS) che richiedono una sollecita rivalutazione clinica:
  - presenza della gravità dell'impegno respiratorio (↑ FR, segni di dispnea);
  - frequenza e modalità 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.

RACCOMANDAZIONE 7

Ricovero immediato se:
- apnea (osservata o riferita);
- aspetto seriamente malato alla valutazione di un operatore sanitario;
- distress respiratorio grave (ad es. grunting, rientramenti toracici marcati, o una frequenza respiratoria > 70/min);
- cianosi;
- saturazione di O2 persistentemente < 92% in aria ambiente.

Prendere in considerazione l'opportunità di ricovero se:
- frequenza respiratoria > 60/min;
- difficoltà di nutrirsi al seno o insufficiente assunzione di liquidi per via orale (<75% del volume usuale);
- segni clinici di disidratazione;
- condizioni sociali sfavorevoli:
  - scarsa abilità e fiducia in sé dei genitori;
  - incapacità dei genitori di riconoscere i sintomi di allarme;
  - distanza dai servizi sanitari in caso di peggioramento.

BRONCHIOLITE



INFEZIONI DELE VIE URINARIE

Cose fare	Cose non fare
L'urinocoltura è necessaria per confermare la diagnosi di IVU. La coltura con campione raccolto tramite sacchetto perineale, è attendibile solo se negativa	Di routine, non sono necessari né utili esami ematochimici, in caso di IVU
La raccolta del campione di urine, dovrebbe essere fatta preferibilmente con la metodica del mitto intermedio	Cistografia e scintigrafia, non sono da effettuarsi come primo step diagnostico e devono essere demandate allo specialista/struttura di secondo livello
Lo stick urine è una procedura molto utile per porre un fondato sospetto clinico di IVU [illegible] nelle diverse età	Non è di norma necessaria una profilassi antibiotica dopo il primo episodio di IVU
Se il sospetto di IVU è fondato e la situazione clinica lo richiede, è raccomandato iniziare un trattamento antibiotico, dopo aver raccolto un campione di urine per l'esame colturale	
Dopo un primo episodio di IVU, è raccomandata un'ecografia reno-vescicale entro 2 mesi dall'episodio. In caso di mancata risposta clinica alla terapia l'ecografia deve essere effettuata entro 3 giorni	Non si deve trattare la batteriuria asintomatica
È necessario ricoverare un bambino se vi sono condizioni generali compromesse, se persiste febbre dopo 3 giorni di appropriata terapia antibiotica, se ha meno di 3 mesi e se la famiglia non garantisce una adeguata compliance alla terapia.	Metodiche invasive per la raccolta di un campione di urine, quali la puntura sovrapubica o il cateterismo vescicale, non trovano indicazione in un setting di cure primarie
Le IVU febbrili (pielonefrite), richiedono adeguata terapia antibiotica. La scelta del farmaco, dovrebbe basarsi sulle indicazioni relative all'antibiotico-resistenza dei ceppi patogeni nella epidemiologia locale. Iniziare la terapia antibiotica dopo avere raccolto le urine per la cultura e adattare eventualmente la terapia all'arrivo dell'antibiogramma	La terapia antibiotica non deve essere condotta per un numero di giorni inferiore a quello raccomandato per garantire l'eradicazione del germe e ridurre il rischio di resistenze
Trattare eventuali fattori di rischio/predisponenti, quali stipsi, disturbi minzionali, encopresi, ecc.	Trattamenti complementari (probiotici, fitoterapici, vitamine), benché abbiano ottenuto alcune evidenze (in particolare per la profilassi), non hanno un'efficacia documentata nel trattamento delle IVU in fase acuta
La profilassi antibiotica, deve essere valutata nei bambini con IVU ricorrenti e RVU di grado elevato	Fare diagnosi di IVU sulla base del solo stick urine/microscopia. Salvo casi particolari, questi test sono utili per porre il sospetto clinico che, di prassi, deve essere confermato dalla coltura
Informare i genitori/ragazzi, sulla possibilità di recidiva delle IVU, sui sintomi di allarme (soprattutto nei più piccoli), sulla necessità di effettuare uno stick urine in caso di sospetto clinico e di come raccogliere un campione di urine per la coltura	In caso di sospetto clinico per IVU e stick urine/microscopia, non è corretto attendere l'esito dell'esame colturale (che deve essere comunque fatto) per iniziare una terapia antibiotica, subito dopo la raccolta del campione
È necessario programmare visite di follow-up nei soggetti con IVU	

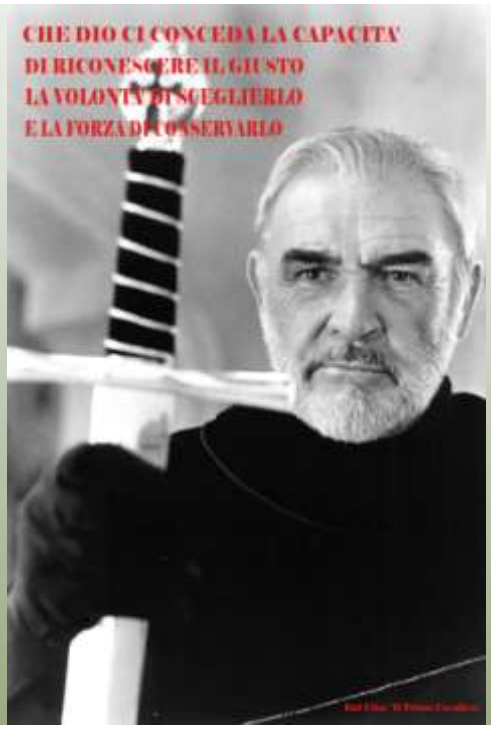
Riassunto punti chiave delle Linee Guida SIP sulla febbre[1,2]

- Misurare la temperatura corporea con termometro digitale in sede ascellare
- Non utilizzare mezzi fisici per abbassare la temperatura corporea
- Utilizzare antipiretici solo se la febbre è associata a malessere
- Usare solo ibuprofene o paracetamolo
- L'uso combinato/alternato di ibuprofene e paracetamolo non è raccomandato
- L'uso preventivo di ibuprofene o paracetamolo non è raccomandato per ridurre l'incidenza di febbre e reazioni locali in bambini sottoposti a vaccinazione
- L'uso di ibuprofene o paracetamolo non previene le convulsioni febbrili
- L'uso di ibuprofene o paracetamolo non è controindicato nei bambini febbrili con asma. Paracetamolo e ibuprofene sono controindicati in caso di asma indotta da paracetamolo o FANS
- La somministrazione rettale va valutata solo in presenza di vomito
- Calcolare la dose dell'antipiretico sul peso e non sull'età
- Usare i dosatori inclusi nella confezione
- NON utilizzare acido acetilsalicilico né steroidi

La gestione della febbre

Confronto tra ibuprofene e paracetamolo per il trattamento della febbre nel bambino

	Ibuprofene	Paracetamolo
Dosaggio raccomandato	5-10 mg/kg	10-15 mg/kg (5 mg/kg in lattanti di 1-3 mesi di età)
Intervallo tra le dosi	Ogni 8 ore (eventualmente ripetibile dopo 6 ore, se necessario)	Ogni 6 ore (eventualmente ripetibile dopo 4 ore, se necessario, in bambini con peso >20 kg)
Dosaggio massimo quotidiano	30-60 mg/kg/die (peso <20 kg o se fattori di rischio)	90 mg/kg/die (peso >20 kg)
Via di somministrazione	Orale	Orale, intravenosa, rettale



Grazie per avermi ascoltato