

XVII Congresso Nazionale

**Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale**

*Centenario di Fondazione
della Nipiologia*

**Una Nuova Pediatria per
la Nuova Infanzia**

Con il patrocinio del Ministero della Salute

25 - 27 Novembre 2005

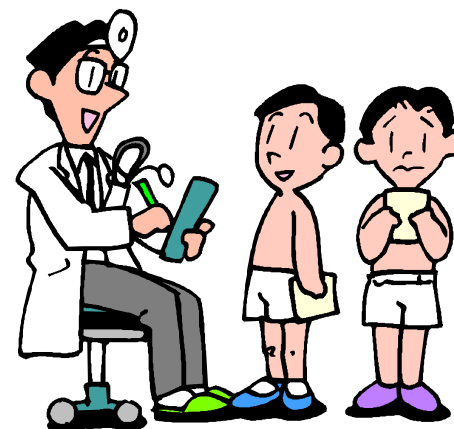
**STARHOTEL DU PARC
PARMA**

LA TERAPIA ANTIBIOTICA IN AMBULATORIO

Dott. Lorenzo Mariniello

Pediatra di famiglia (Caserta)

Gran parte dell'attività quotidiana del
Pediatra di famiglia è rivolta al
trattamento di infezioni delle vie aeree



**Nella nostra pratica ambulatoriale abbiamo constatato che
l'attività è rivolta:**

Bambini sani (Bilanci di salute, educazione sanitaria,
vaccinazioni, screening ecc)

30%

Faringotonsilliti

20%

Altre infezioni delle vie respiratorie ed oti

35%

Altre patologie

15%

Il pediatra di famiglia, nel gestire tale patologia, deve decidere di volta in volta se sia necessario attuare un trattamento antibiotico



....deve scegliere l'antibiotico più opportuno per quel caso

L'enorme sviluppo sia in termini di complessità che di volume dell'informazione medica negli ultimi anni ha reso sia la prima che la seconda decisione non semplice

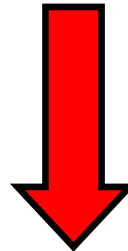
Gli antibiotici rappresentano uno strumento irrinunciabile di terapia

Vaccini

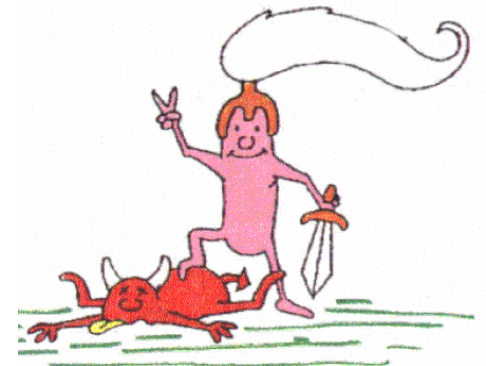
**Potabilizzazione
dell'acqua**

**Catena del freddo per
gli alimenti**

**Sviluppo assistenza
sanitaria diffusa**



**Caduta della mortalità per
malattie infettive**



**I risultati stravolgenti
ottenuti con il loro
impiego**

**L'introduzione in
commercio di nuove
molecole**

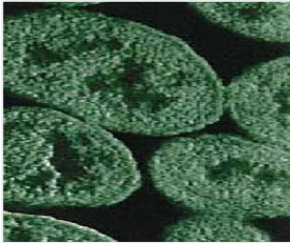
**hanno inevitabilmente esposto tale classe di farmaci ad un
uso improprio**



**COMPARSA DI CEPPI DI BATTERI
PATOGENI SEMPRE PIU' RESISTENTI**



**90% di Moraxella
Catarrhalis**

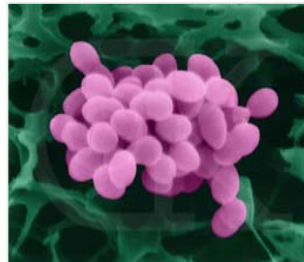


**Producono
 β lattamasi**

**20% di Haemophilus
influenzae**



**Sempre più frequente è la patologia da ceppi multiresistenti di
*streptococcus pneumoniae***



**Ogni anno vengono prescritti
milioni di cicli di antibiotici
del tutto inutili**



**Una visita ambulatoriale su sei si
conclude con la prescrizione di un
antibiotico**

PROGETTO ARNO

**ha analizzato le ricette prescritte a bambini di età da 0 a 13
anni nel 2003 in 24 ASL**

**Gli antibatterici per uso sistemico
è stato il gruppo più prescritto**

63,8% dei pezzi

DISTRIBUZIONE DEGLI ASSISTITI E DEI PEZZI PER GRUPPO ANATOMICO PRINCIPALE IN ORDINE DECRESCENTE DI PEZZI

Gruppo Anatomico Principale (ATC)	Assistiti		Prevalenza*	Pezzi			Pezzi/assistiti
	N.	%		%	N.	%	
Antimicrobici generali per uso sistemico	557.072	89,8	56,7	1.883.240	63,8	63,8	3,4
Sistema respiratorio (R)	245.017	39,5	24,9	599.244	20,3	84,1	2,4
Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali (H)	94.050	15,2	9,6	173.757	5,9	90,0	1,8
Sistema nervoso centrale (N)	7378	1,2	0,8	105.879	3,6	93,5	14,4
Apparato gastrointestinale e metabolismo (A)	32.396	5,2	3,3	69.286	2,3	95,9	2,1
Sangue e organi emopoietici (B)	22.627	3,6	2,3	45.371	1,5	97,4	2,0
Sistema cardiovascolare (C)	6479	1,0	0,7	25.587	0,9	98,3	3,9
Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti (P)	9719	1,6	1,0	14.176	0,5	98,8	1,5
Sistema muscolo-scheletrico (M)	6110	1,0	0,6	9767	0,3	99,1	1,6
Organi di senso (S)	4165	0,7	0,4	8070	0,3	99,4	1,9
Farmaci antineoplastici e immunosoppressori (L)	863	0,1	0,1	7072	0,2	99,6	8,2
Dermatologici (D)	3581	0,6	0,4	6135	0,2	99,8	1,7
Sistema genito-urinario e ormoni sessuali (G)	2400	0,4	0,2	4896	0,1	100,0	2,0
Vari (V)	74	0,0	0,0	278	0,0	100,0	3,8
Totale	620.239	100,0	63,2	2.952.758	100,0	100,0	4,8

*Assistiti/100 assistibili

PROGETTO ARNO

Tranne che nel 1° anno di vita in cui il beclometasone è risultato il farmaco più prescritto

Nelle età successive al primo posto si trova l'associazione amoxicillina-acido clavulanico

che ha superato l'amoxicillina rispetto a precedenti studi

**DISTRIBUZIONE DELLA PREVALENZA (ASSISTITI/100 ASSISTIBILI)
DEI 10 PRINCIPI ATTIVI PIÙ PRESCRITTI PER CLASSE DI ETÀ**

<1		1		2-5		6-11		12-13	
Principio attivo	Prevalenza %	Principio attivo	Prevalenza %	Principio attivo	Prevalenza %	Principio attivo	Prevalenza %	Principio attivo	Prevalenza %
Beclometasone	25,7	Amoxi + clavulanico	30,3	Amoxi + clavulanico	30,5	Amoxi + clavulanico	17,3	Amoxi + clavulanico	13,1
Amoxicillina	23,2	Amoxicillina	25,1	Beclometasone	19,9	Amoxicillina	10,8	Amoxicillina	8,9
Amoxi + clavulanico	22,1	Beclometasone	22,1	Amoxicillina	18,0	Beclometasone	10,0	Claritromicina	7,5
Betametasona	14,0	Cefaclor	18,0	Cefaclor	16,9	Claritromicina	9,5	Beclometasone	6,6
Salbutamolo	13,9	Betametasona	16,2	Claritromicina	15,6	Azitromicina	7,9	Azitromicina	5,9
Claritromicina	11,7	Claritromicina	15,5	Azitromicina	12,7	Cefaclor	6,8	Cefixima	4,6
Cefaclor	11,5	Salbutamolo	13,3	Betametasona	12,2	Cefixima	6,4	Betametasona	3,8
Salbutamolo + altri	11,1	Ceftibuten	11,9	Salbutamolo	11,8	Salbutamolo	5,8	Salbutamolo	3,4
Ceftibuten	7,6	Cefixima	10,9	Cefixima	10,9	Betametasona	5,6	Cefaclor	2,0
Flunisolide	7,5	Azitromicina	10,4	Ceftibuten	10,5	Ceftibuten	4,0	Salbutamolo + altri	2,0

Eccessiva è stata la prescrizione di

Cefalosporine

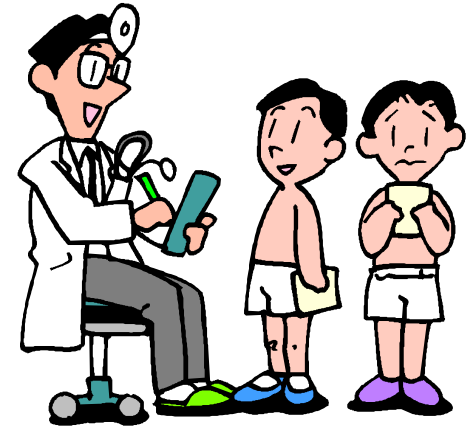
Claritromicina

Azitromicina

Nonostante la letteratura consideri questi farmaci di seconda scelta e da riservare a situazioni particolari, poco frequenti in età pediatrica



In uno studio effettuato negli Stati Uniti da Nyquist (pubblicato su JAMA), si è osservato che gli antibiotici sono prescritti in età pediatrica



Nel 44% dei bambini affetti da raffreddore comune

Nel 46% dei bambini affetti da URI

Nel 75% dei bambini affetti da bronchite

Noi medici riferiamo molti tipi di pressione che ci inducono a prescrivere antibiotici in condizioni in cui non vi è una evidente necessità

La causa più spesso riportata è l'attesa di una prescrizione antibiotica da parte dei genitori



La maggioranza dei genitori ritengono l'antibiotico il farmaco risolutivo di gran parte delle patologie infettive



In un questionario rivolto ai genitori di 400 pazienti si è visto che l'83% erano convinti dell'utilità degli antibiotici in tutte le infezioni faringee, il 32% nel raffreddore, il 58% in caso di tosse, il 58% in caso di febbre

(Diana A. Palmer USA 1999)

**I genitori di pazienti con
infezioni delle alte vie
respiratorie o con bronchite
non trattati con antibiotici**



**hanno maggiori
probabilità di
essere insoddisfatti**

**e di consultare
nuovamente il
proprio medico o
altri medici**

La maggior parte dei genitori non riconosce di far pressione su noi medici per ottenere una prescrizione di antibiotici



Tale consapevolezza dovrebbe aiutare i pediatri a limitare il ricorso eccessivo agli antibiotici

è correlato alla qualità dell'interazione medico-paziente e non alla prescrizione di antibiotici

Il grado di soddisfazione di gran parte dei genitori dopo una visita ambulatoriale per infezione respiratoria



(Hamm)

(Palmer)

Molti genitori sono preoccupati dell'uso eccessivo degli antibiotici, ma li richiedono se il loro pediatra non li ritiene necessari

Spesso somministrano antibiotici senza informare il pediatra



(Palmer)

Il 19% dei pediatri prescrive antibiotici per telefono anche se occasionalmente

1/3 dei pediatri prescrive antibiotici abitualmente anche quando non vi è l'indicazione



E' spesso difficile in uno studio affollato spiegare a un genitore perché non vi è indicazione agli antibiotici



Si perde meno tempo redigendo una prescrizione che intavolando una lunga discussione con i genitori sulla storia naturale di una infezione delle alte vie, di una diarrea o di un mal di gola

**Pressione psicologica
esercitata da una parte dei
genitori**

Il tempo limitato

**Fattori che conducono all'abuso degli
antibiotici da parte del pediatra**

**Preoccupazione per le accuse
di negligenza**

**Esagerato timore delle
infezioni batteriche**

**Esagerato timore della
presenza di patogeni
particolarmente pericolosi**



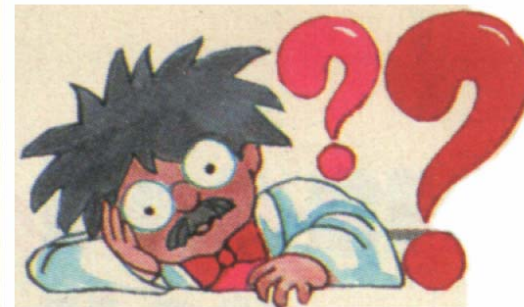
Tutto ciò conduce ad alcuni errori prescrittivi

**Somministrazione di antibiotici per
situazioni cliniche ad eziologia non batterica**

Uso di farmaci ad amplissimo spettro

**Uso di associazioni di antibiotici per forme dovute a germi
conosciuti e sensibili ad antibiotici a spettro ristretto**

**Impiego di profilassi per condizioni a basso o nullo rischio di
sovrainfezione**



Spesso di fronte ad una forma febbrile prescriviamo antibiotici anche quando ogni criterio clinico ed epidemiologico sembra indirizzare verso una patologia virale



Le giustificazioni addotte sono essenzialmente due:

Impossibilità a differenziare le forme batteriche da quelle virali

La possibilità che la malattia, inizialmente virale, si complichino con una sovrainfezione batterica

Predomina quasi sempre la filosofia di trattare con antibiotici ad ogni costo



...nella presunzione che non fanno male, per cui è più sicuro darli

Tale logica è distruttiva

Aumenta i costi assistenziali

**Favorisce l'estrinsecarsi di
effetti indesiderati**

**Agevola la selezione di
patogeni resistenti**



**Tali considerazioni devono
indurre a scoraggiare l'uso
scorretto di tale classe di farmaci**

Ma cosa è possibile fare?

Incentivare gli sforzi per rieducare noi stessi sull'uso appropriato di tale classe di farmaci

**Riproponendo in diverse
occasioni i principi basati
sull'evidenza**



Educare i genitori



**Sulle situazioni in cui
si rende necessaria
una terapia antibiotica**

Educare i genitori



**Sui rischi connessi
al loro
impiego improprio**

Educare i genitori

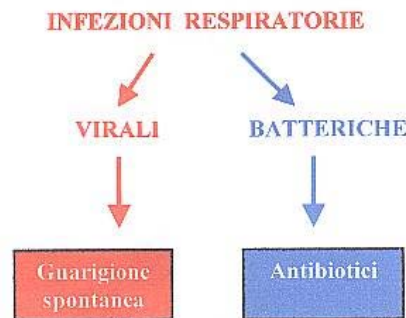


**Migliorare la loro
consapevolezza relativamente
alla resistenza agli antimicrobici**



Il direttivo della SIPPS si accinge a diffondere nei servizi pediatrici territoriali ed ospedalieri un poster al fine di sensibilizzare i genitori su tale problema

IL VOSTRO BAMBINO E GLI ANTIBIOTICI



L'antibiotico è un farmaco importante che, se usato correttamente, **può salvare delle vite**, ma, se usato impropriamente, **può mettere in pericolo il vostro bambino**



L'ANTIBIOTICO NON E' UTILE PER CURARE LE INFEZIONI VIRALI

Quando si assume un antibiotico vengono uccisi anche i germi utili al nostro organismo presenti nell'intestino

Quando si assume un antibiotico vengono uccisi i germi sensibili ma non quelli resistenti che continuano a crescere e a moltiplicarsi con conseguente sviluppo di resistenze batteriche

GLI ANTIBIOTICI SONO PERFETTAMENTE INUTILI NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI DI RAFFREDDORE, TOSSE, MAL DI GOLA, BRONCHITE ANCHE SE CON FEBBRE ELEVATA

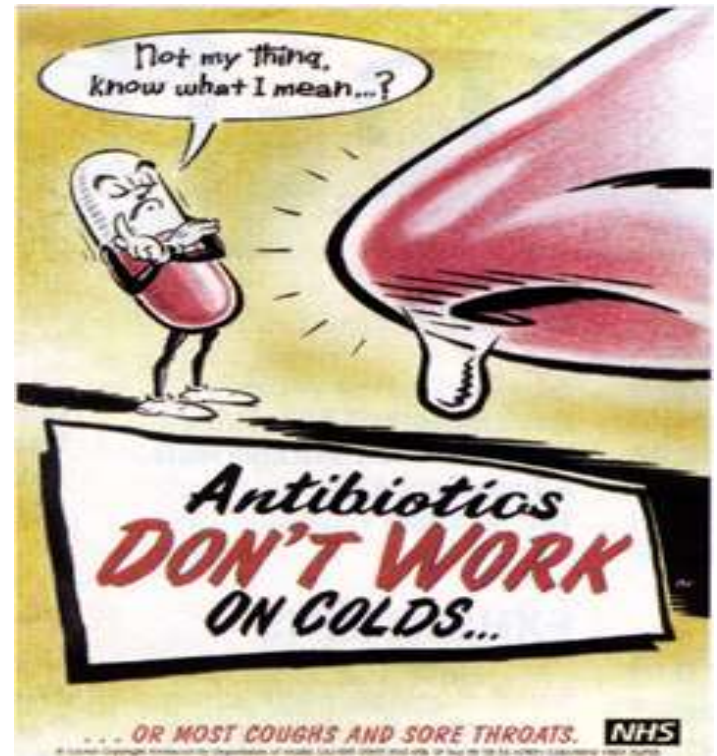
USATE L'ANTIBIOTICO SOLO SE PRESCRITTO DAL VOSTRO MEDICO E COMPLETATE SEMPRE IL CICLO

Come attualmente è in corso negli USA



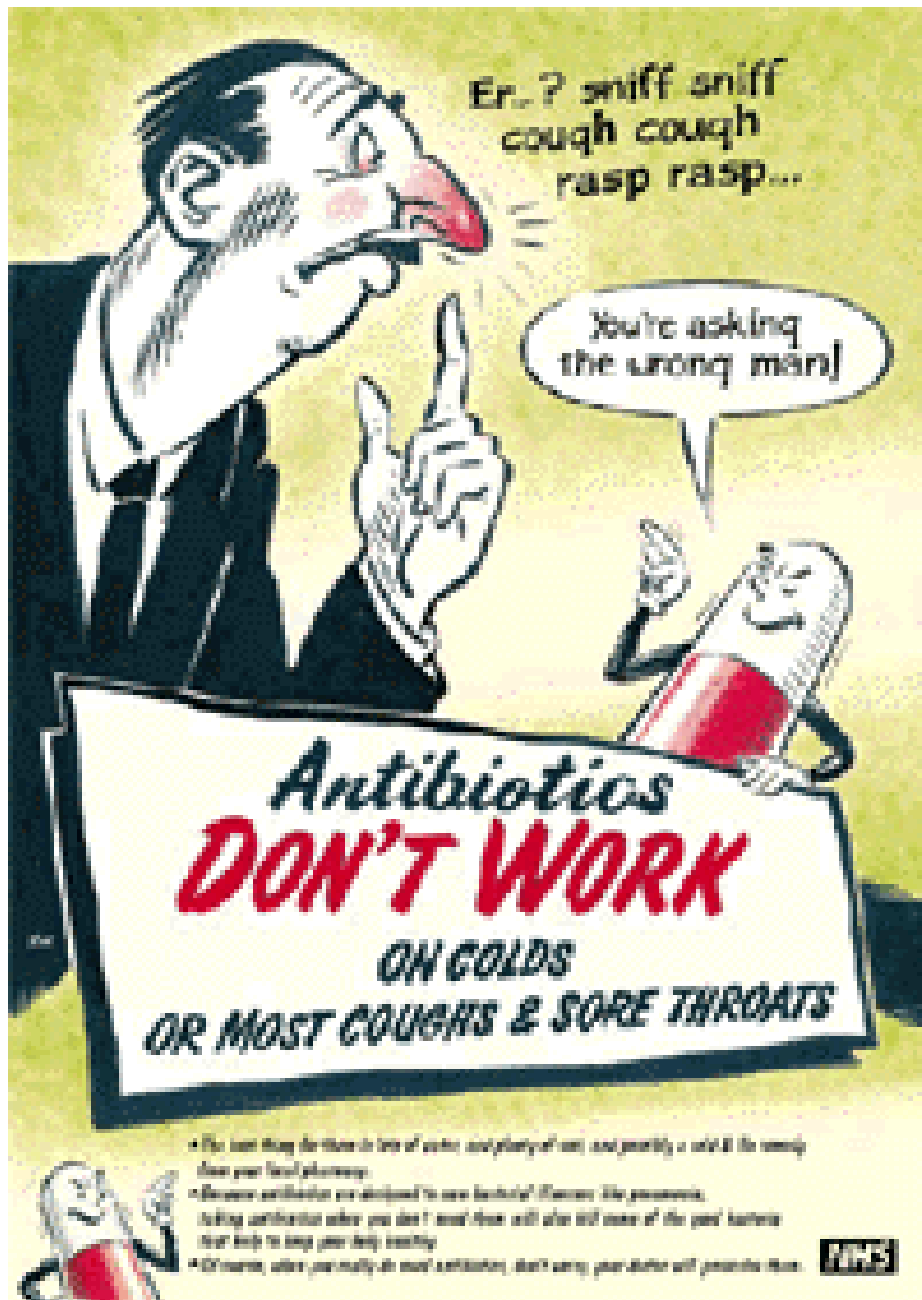
...sarebbe opportuno una campagna a livello nazionale, condotta su più fronti, utilizzando in particolare l'impatto dei mass-media

Migliore comprensione da parte dei genitori del ruolo degli antibiotici nel trattamento delle patologie



Minore pressione esercitata sui medici

Ridotta prescrizione immotivata



**E' dimostrato che
l'istruzione dei
genitori è in grado
di condizionare il
comportamento del
pediatra.**

Molti pediatri riconoscono di poter ridurre l'uso degli antibiotici senza compromettere la qualità dell'assistenza ai pazienti



Molti genitori hanno affermato di accettare serenamente un trattamento che non prevede l'antibiotico

...se il medico spiega la fondatezza di tale decisione

**Il messaggio che il pediatra deve
trasmettere deve essere:**



**"L'uso giudizioso degli antimicrobici
protegge il bambino
dai batteri resistenti"**

Il messaggio che il pediatra deve trasmettere deve essere:



**"L'uso di antibiotici non necessari
aumenta il rischio del bambino
di sviluppare un'infezione
da germi resistenti"**

**Il pediatra, invece, non deve
trasmettere un messaggio tipo:**



**"L'uso degli antimicrobici
deve essere giudizioso
per il bene della comunità in toto"**

**Il problema della
somministrazione
di antibiotici in
rapporto alla
difficoltà di una
precisa diagnosi
eziologica**



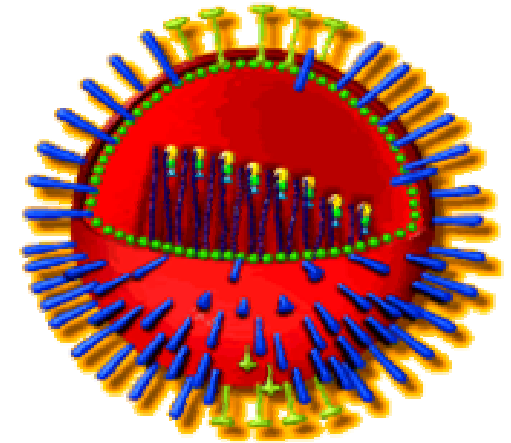
**E' spesso, nella
pratica
ambulatoriale,
un falso
problema**

**Un modo semplice per
decidere se trattare o meno
con antibiotici una forma
febbrile infettiva**



ATTESA

Gran parte delle malattie infettive sono di origine virale



Le forme batteriche hanno un'evoluzione lenta

per cui in assenza di segni clinici utili per porre la diagnosi etiologica

Senza che aumenti significativamente il rischio connesso alla malattia e alle sue complicanze

L'attesa favorisce, in genere, la chiarificazione del quadro clinico



e quando si tratta di una forma virale...

...permette di verificare la guarigione del paziente

Infatti oltre il 75% delle forme infiammatorie a carico delle vie aeree superiori guarisce spontaneamente in 72-96 ore

**Importante per la
razionalizzazione del
trattamento antibiotico è il
supporto del Self Help**



**Spesso la terapia può essere
rinviaata dopo l'esecuzione di
esami tanto semplici da poter
anche essere effettuati in
ambulatorio**

**L'esame clinico resta
comunque il mezzo più utile
per guidare la diagnosi**



Valutazione della VES o della microVES

La determinazione semiquantitativa della PCR

L'esame chimico delle urine mediante striscia reattiva

L'esame microscopico delle urine

La conta leucocitaria con microscopio a camera di Bunker

Il tampone faringeo per la ricerca di SBEA

Onde evitare un colpevole uso scorretto degli antibiotici, con le conseguenze relative, è necessario che il pediatra, facendo leva sul continuo aggiornamento culturale, operi un sostanziale miglioramento prescrittivo

**Terapia corretta
nel singolo
paziente**



**Uso più efficace
e protratto dei
farmaci che la
ricerca ci mette
di volta in volta
a disposizione**

I germi possono sviluppare resistenze con una velocità notevolmente superiore rispetto alla capacità dell'uomo di produrre nuovi antibiotici attivi



Per tal motivo è indispensabile un uso più responsabile degli antibiotici in commercio e di quelli che saranno prodotti

per evitare

“la fine dell’era degli antibiotici”

(Goodman-Gilman)

