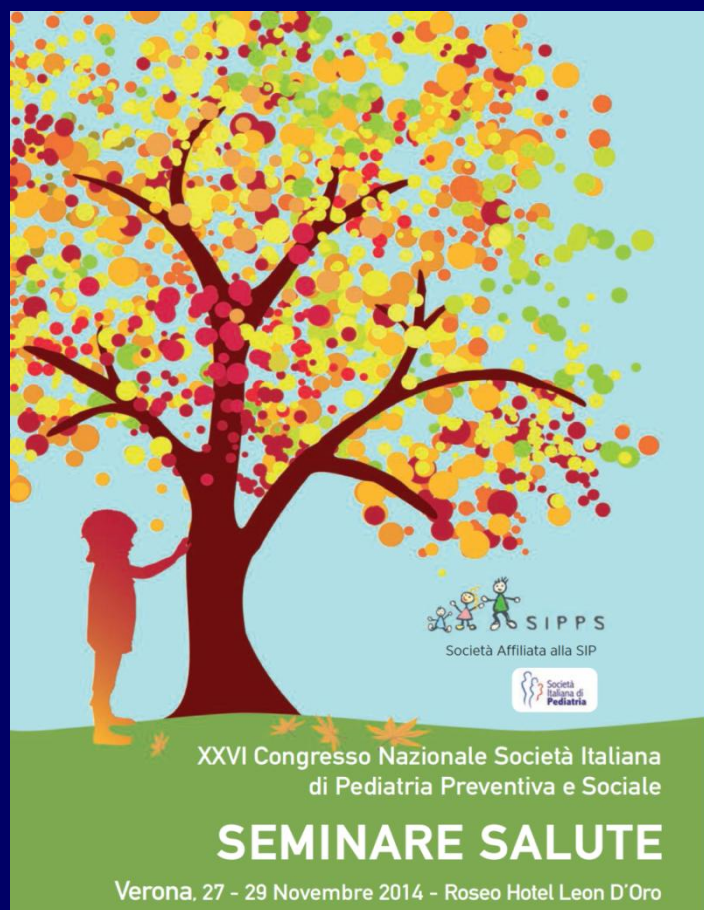
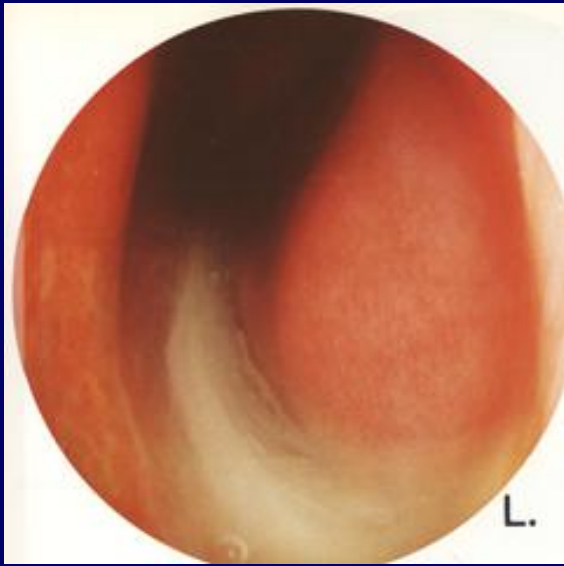


# Linee guida ed infezioni delle alte vie respiratorie: conoscere la teoria per gestire meglio la pratica /



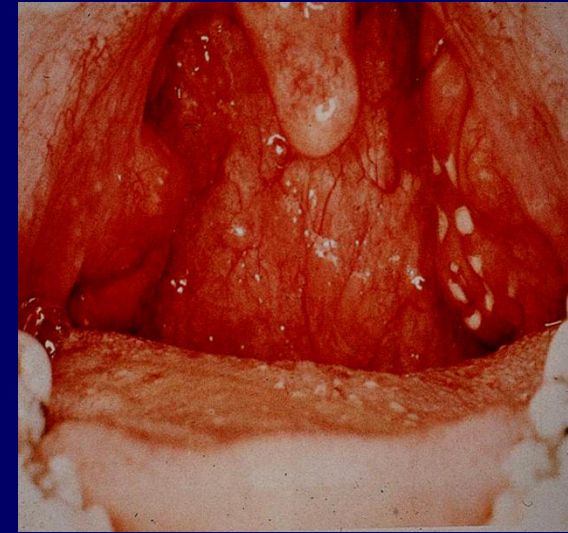
Paola Marchisio  
UOSD Pediatria ad Alta Intensità di  
Cura  
Università degli Studi di Milano  
Fondazione IRCCS Cà Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico  
Milano



Fino al 10%  
degli episodi di  
IVAS si  
complicano  
con  
rinosinusite



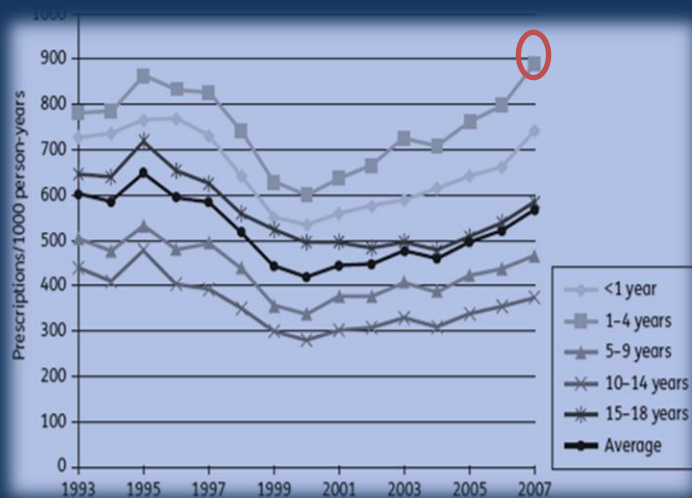
La totalità dei  
bambini presenta  
almeno un  
episodio di otite  
media (acuta o  
con effusione)  
entro i 3 anni



La faringite  
acuta è una  
delle patologie  
più comuni in  
età pediatrica

*Scheneidei-Lidner V.  
J Antimicrob Chemother  
2011;66:424-33*

Nel Regno unito la prescrizione di antibiotici è stata costantemente in aumento dal 2000 in ogni fascia di età.



**E' stato stimato che circa la metà delle prescrizioni antibiotiche in età pediatrica non sono necessarie**

*Fattori alla base dell'eccessiva uso di antibiotici in pediatria*



*Vodicka TA.*

*Br J Gen Pract 2013;63:e445-54*

# Antibiotic Prescribing in Ambulatory Pediatrics in the United States

Adam L. Hersh, Daniel J. Shapiro, Andrew T. Pavia and Samir S. Shah

*Pediatrics* 2011;128;1053; originally published online November 7, 2011;

**TABLE 1** Antibiotic-Prescribing Patterns  
Across Diagnostic Conditions

Condition	Across-Condition Contribution to Antibiotic Prescribing, %
Respiratory	72.3
ARTIs for which antibiotics are indicated	48.9
ARTIs for which antibiotics are not indicated	13.1
Other respiratory conditions for which antibiotics are not definitely indicated	10.3
Other	27.7
Skin/cutaneous/mucosal	11.9
Urinary tract infections <sup>a</sup>	2.0
Gastrointestinal infections	0.3
Miscellaneous infections	1.9
Other	11.6
Total	100 <sup>a</sup>

# Il circolo VIRTUOSO

*Andrews T. PLoS ONE 2012;7: e30334.*

Interventi sui genitori per migliorare le conoscenze ed i comportamenti su quando richiedere una visita medica

Ridurre il numero di richieste di visita inutili



Interventi sui medici per ridurre le prescrizioni mediche

Ridurre la prescrizione di antibiotici

**MIGLIORARE LA DIAGNOSI**

(meta-analisi di 23 studi)

Interventi sui genitori per migliorare le conoscenze ed i comportamenti sull'uso appropriato di antibiotici



Ridurre l'uso di antibiotici per le infezioni respiratorie



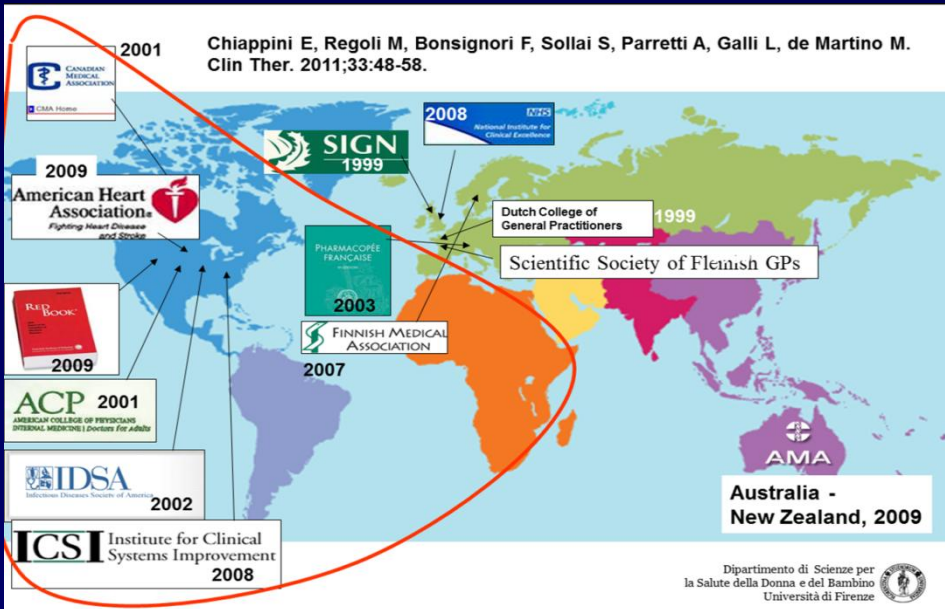
Attesa vigile, quando indicato, per ridurre l'abuso di antibiotici



# OTITE MEDIA ACUTA

Antibiotic prescription	0-6 months	6-24 months	>24 months
Canada	Recommended	Recommended	If symptomatic >48-72 hours
France	Recommended	Recommended	<ul style="list-style-type: none"> <li>If severely ill</li> <li>If symptomatic after 72 hours</li> </ul>
USA	Recommended	<ul style="list-style-type: none"> <li>If certain diagnosis or</li> <li>If severely ill</li> <li>If symptomatic &gt;48-72 hours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>If severely ill</li> <li>If symptomatic &gt;48-72 hours</li> </ul>
South Africa	Recommended	<ul style="list-style-type: none"> <li>If certain diagnosis and</li> <li>If symptomatic &gt;48 hours</li> <li>Daycare attendees</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>If certain diagnosis and</li> <li>If symptomatic &gt;48 hours</li> <li>Daycare attendees</li> </ul>
The Netherlands	Recommended	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>If severely ill</li> <li>If symptomatic &gt;72 hours</li> </ul>	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>If severely ill</li> <li>If symptomatic &gt;72 hours</li> </ul>
Australia**	If severely ill	If severely ill	If severely ill
Denmark	If severely ill	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>If severely ill</li> </ul>	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>If symptomatic &gt;72 hours</li> </ul>

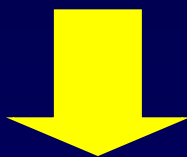
# FARINGOTONSILLITE ACUTA



# **PEDIATRI**

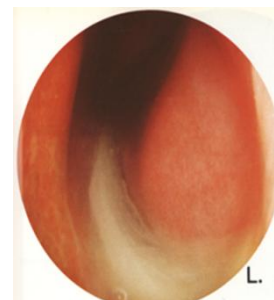
# **OTORINOLARINGOIATRI**

**ANESTESISTI**  
**EPIDEMIOLOGI**  
**MICROBIOLOGI**  
**FARMACOLOGI**  
**MEDICI GENERICI**  
**RAPPRESENTANTI GENITORI**  
**INFERMIERI**



<b>LINEA GUIDA RINOSINUSITE</b>	<b>2008</b>
<b>LINEA GUIDA OTITE MEDIA ACUTA</b>	<b>2010</b>
<b>LINEA GUIDA TONSILLITE</b>	<b>2012</b>
<b><i>LINEE GUIDA LINOADENOPATIE</i></b>	<b><i>2014</i></b>

# Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Subacute Rhinosinusitis in Children



S. ESPOSITO - N. PRINCIPI

Institute of Pediatrics, University of Milan,  
Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milan, Italy

*Prepared and approved by:*

**The Italian Society of Pediatrics (S.I.P.):** P. Di Pietro, G. Bona, R. Longhi, C. Navone, G. De Luca,  
C. Michelozzi, V. Miniello, M. Morelli, F. Tel, A. Traverso, E. Tremolati

**The Italian Society of Pediatric Infectivology (S.I.T.I.P.):** M. de Martino, S. Bosis, E. Chiappini, L. Galli, P. Tovo

**The Italian Society of Pediatric Allergology and Immunology (S.I.A.I.P.):** F. Paravati, A. Plebani, A. Vierucci

**The Italian Society of Pediatric Respiratory Diseases (S.I.M.R.I.):** A. Barbato, G. Marseglia, F. Baldi, S. Barberi,  
M. Bellasio, A. Boner, A. Cuffari, F. Decimo, M. De Rosa, G. Leo, G. Longo, M. Miraglia del Giudice, G. Piacentini, S. Tripodi

**The Italian Society of Preventive and Social Pediatrics (S.I.P.P.S.):** G. Di Mauro, G. Brusoni, G.V. Zuccotti

**The Italian Society of Otorhinolaryngology (S.I.O.):** D. Passali, A. Serra, L. Pignataro

**The Italian Society of Pediatric Otorhinolaryngology (S.I.O.P.):** L. Bellussi, P. Marchisio

**The Italian Society of Chemotherapy (S.I.C.):** M. Eandi, A. Novelli, F. Scaglione

**The Italian Society of Microbiology (S.I.M.I.):** G. Nicoletti, A.M. Speciale



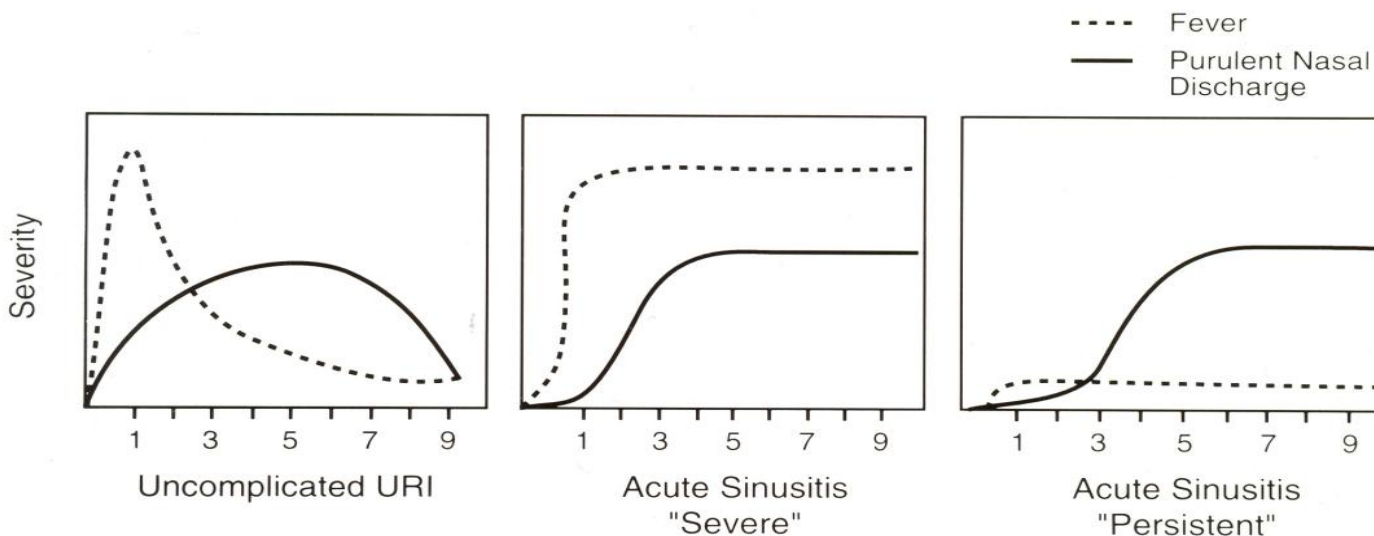
# TEMPI DI SVILUPPO DELLE CAVITA' PARANASALI

CAVITA'	Inizio Sviluppo	Termine Sviluppo
ETMOIDALE	Presente alla nascita (3° mese gestaz)	4-6 anni
MASCELLARE	Presenta alla nascita (5° mese gestaz)	4-6 anni
FRONTALE	2 anni	8 anni
SFENOIDALE	3-5 anni	10 – 12 anni

# CLASSIFICAZIONE

- **rinosinusite acuta**, sintomi persistenti per più di 10 giorni ma per meno di 30 giorni
- **rinosinusite subacuta** batterica, sintomi persistenti per più di 30 giorni ma per meno di 90 giorni
- **rinosinusite cronica**, sintomi persistenti per più di 90 giorni. I pazienti presentano sintomi respiratori come tosse, rinorrea od ostruzione nasale e alterazioni dei seni paranasali riscontrabili agli esami strumentali
- **rinosinusite acuta ricorrente**, definita da almeno 3 episodi in 6 mesi o almeno 4 episodi all'anno di rinosinusite acuta, separati l'uno dall'altro da periodi di almeno 10 giorni nei quali il paziente è totalmente asintomatico.

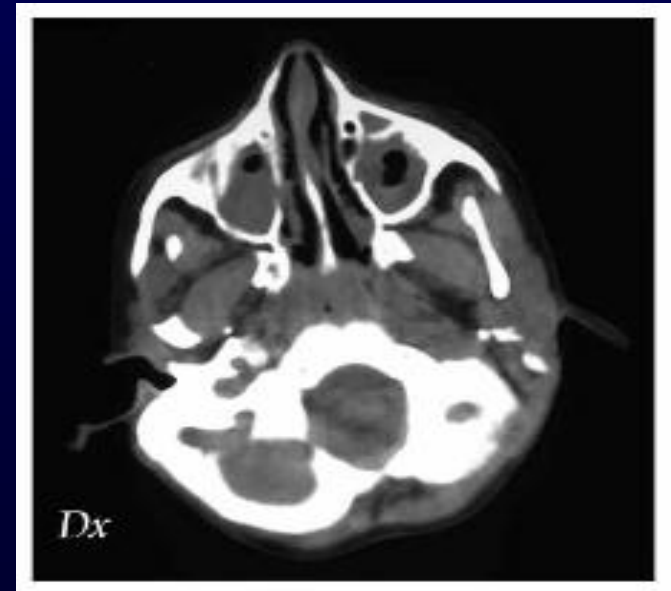
## Comparison of Clinical Course



La diagnosi di rinosinusite acuta va posta sui soli criteri anamnestici e clinici nei bambini che accusano sintomi di infezione acuta delle vie aeree superiori con caratteristiche di elevata gravità o di **significativa persistenza** o che si ripresentino entro breve tempo dopo un'apparente risoluzione.

## la LG

- L'uso di una qualsiasi tecnica di diagnostica per immagini **non è necessaria** per la conferma di diagnosi di rinosinusite acuta batterica non complicata in pediatria
- La TC dei seni paranasali **dovrebbe essere riservata** ai bambini nei quali è ragionevole pensare alla necessità di un intervento chirurgico.



# RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE RINOSINUSITE ACUTE LIEVE

- La prescrizione di antibiotici nella rinosinusite acuta batterica lieve è raccomandata allo scopo di ottenere una **più rapida risoluzione dei sintomi**.
- La rinosinusite acuta lieve va trattata per via orale con **amoxicillina alla dose di 50 mg/kg/die in 3 dosi**. Nei soggetti che abbiano ricevuto terapia antibiotica nei precedenti 90 giorni, che frequentino la comunità infantile o che presentino patologia locale o generale atta a favorire infezioni da germi resistenti agli antibiotici, **l'amoxicillina va sostituita con l'associazione amoxicillina-acido clavulanico (80-90 mg/kg/die in 3 dosi) o con acetossietilcefuroxima (30 mg/kg/die in 2 dosi) o con cefaclor (50 mg/kg/die in 2 dosi)**.

## RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE RINOSINUSITE ACUTA GRAVE

- La rinosinusite acuta grave complicata va trattata con antibiotici per via endovenosa
- Ceftriaxone (100 mg/kg/die in dose unica), cefotaxima (100 mg/kg/die in 3 dosi), amoxicillina-acido clavulanico (100 mg/kg/die in 3 dosi), ampicillina-sulbactam (100 mg/kg/die, come ampicillina, in 3 dosi)
- Le forme acute gravi senza apparenti complicazioni possono essere trattate per via orale con amoxicillina-acido clavulanico (80-90 mg/kg/die, come amoxicillina, in 3 dosi). Il passaggio alla terapia endovenosa può essere previsto quando dopo 24-48 ore non vi sia miglioramento.
- Si raccomanda una terapia di **10-14 giorni** nella rinosinusite acuta lieve e di **14-21 giorni** nella rinosinusite acuta grave e nelle forme subacute.

## INDICAZIONI PER I FARMACI ADIUVANTI

- Nel trattamento della rinosinusite acuta e subacuta, in assenza di allergie dimostrate, **non è raccomandato l'uso di antistaminici, corticosteroidi, decongestionanti, espettoranti, mucolitici e vasocostrittori.**
- L'uso di **soluzioni saline per il lavaggio nasale sembra risultare utile**, non fosse altro per l'azione meccanica di rimozione delle secrezioni
- L'impiego di antibiotici per via inalatoria non risulta attualmente raccomandato nel trattamento della rinosinusite

# Burden of acute otitis media in primary care pediatrics in Italy: a secondary data analysis from the Pedianet database

Marchisio *et al. BMC Pediatrics* 2012, **12**:185

Paola Marchisio<sup>1\*</sup>, Luigi Cantarutti<sup>2</sup>, Miriam Sturkenboom<sup>3,4</sup>, Silvia Girotto<sup>2</sup>, Gino Picelli<sup>4</sup>, Daniele Dona<sup>5</sup>, Antonio Scamarcia<sup>6</sup>, Marco Villa<sup>7</sup> and Carlo Giaquinto<sup>5</sup> On behalf of Pedianet

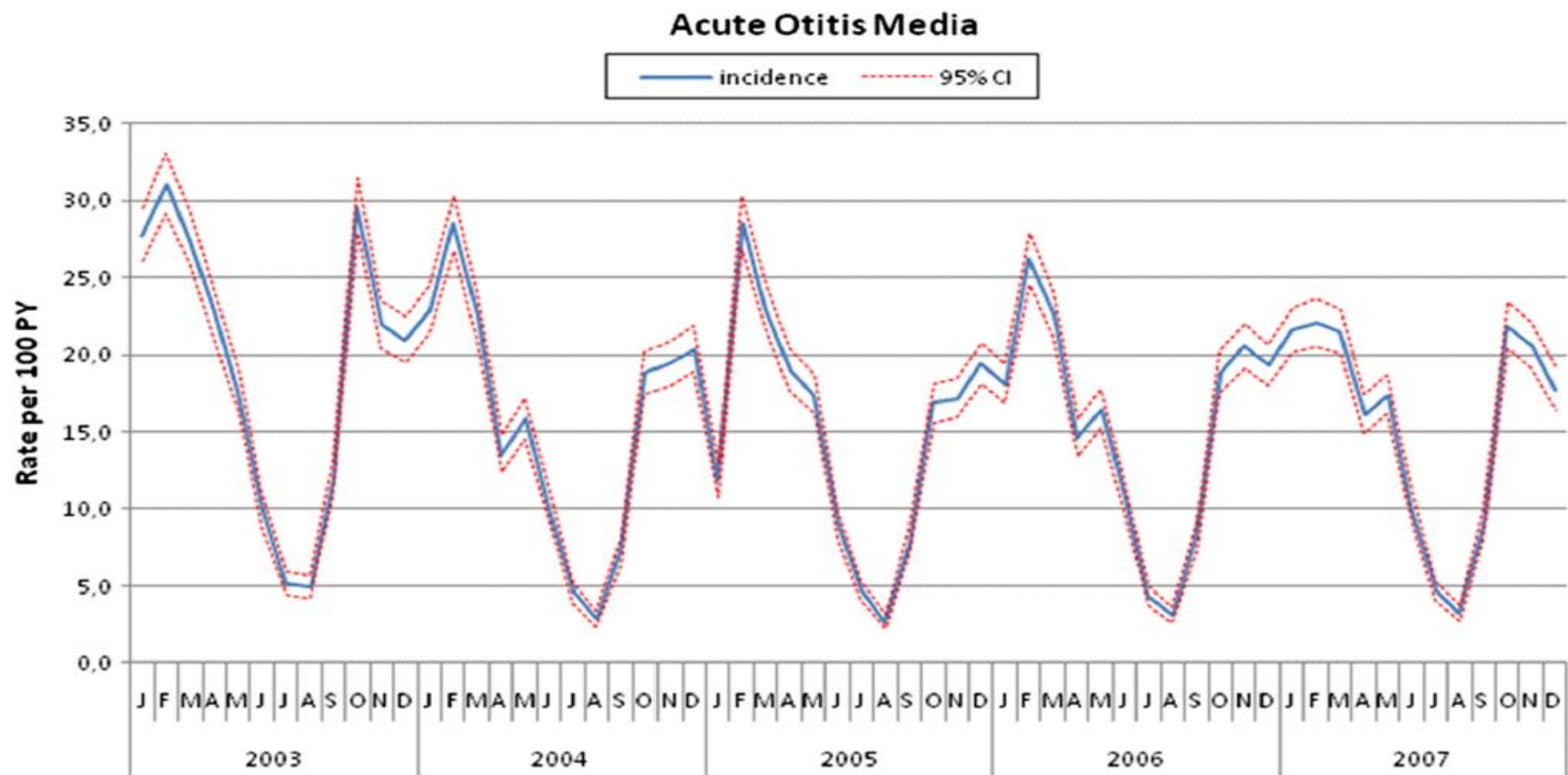
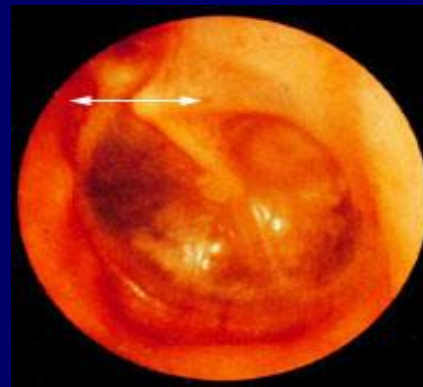
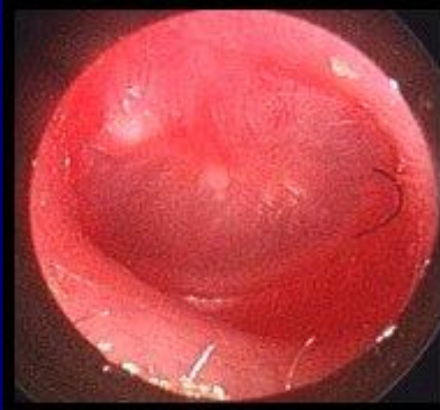


Figure 1 Incidence (per 100 PY) of AOM by month and year.



# OTITE MEDIA ACUTA

vera o falsa?



## ACUTE OTITIS MEDIA

rapid onset of signs and symptoms of acute infection within the middle ear, with evidence of effusion

# Matteo, 5 anni. **OMA: ma è vera?**

Sintomi al triage: **SINTOMI O DISTURBI ORL : OTALGIA**

Note: orecchio sinistro in pregressa otite.

## MOTIVO DELL'ACCESSO E DATI ANAMNESTICI

Otalgia la settimana scorsa ,regredita con antiinfiammatori Da due gg ripresa della sintomatologia.

## ESAME OBIETTIVO ALL'ACCETTAZIONE

Condizioni generali buone, vigile e vivace, non segni meningei , torace negativo, faringe detersa, MMTT Cerume bilateralmente.

## PARAMETRI RILEVATI

TEMPERATURA

36,8

## PRESTAZIONI EFFETTUATE

VISITA GENERALE PEDIATRICA

## DIAGNOSI

otite sx

## ESITO

DIMESSO

## CONSIGLI IN DIMISSIONE

Nurofen 10 ml per due per due gg  
in caso di febbre iniziare  
Augmentin 1 gr 1 cust per due per 7 gg

Data: 26/08/2011 , ore 15:15

Review article

# Acute otitis media: From diagnosis to prevention. Summary of the Italian guideline

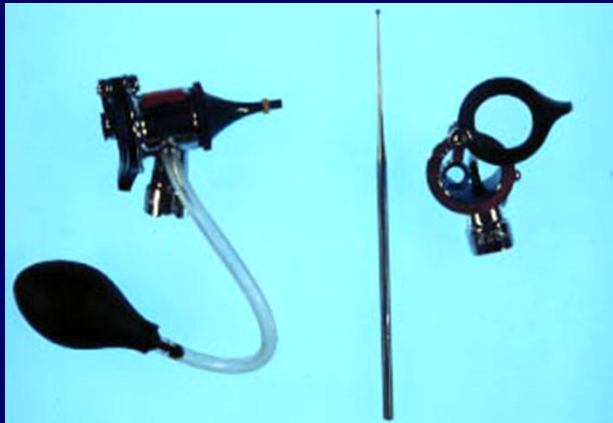
Paola Marchisio<sup>a,1,\*</sup>, Luisa Bellussi<sup>b,1</sup>, Giuseppe Di Mauro<sup>c,1</sup>, Mattia Doria<sup>d,1</sup>, Giovanni Felisati<sup>e,1</sup>, Riccardo Longhi<sup>f,1</sup>, Andrea Novelli<sup>g,1</sup>, Annamaria Speciale<sup>h,1</sup>, Nicola Mansi<sup>i,1</sup>, Nicola Principi<sup>a,1</sup>

LG OMA 2010

## Raccomandazione

La diagnosi deve essere CERTA  
per evitare una sovrastima diagnostica  
e un inadeguato carico assistenziale  
(Forza A/livello I)





La diagnosi puramente otoscopica di OMA raggiunge il maggiore grado di affidabilità quando condotta:

- con un **otoscopio pneumatico**
- corredato di una **fonte luminosa adeguata**
- di uno **speculum delle dimensioni adatte e non colorato** per evitare dispersioni della pressione

**(LG OMA 2010: livello E: II, forza R: A, [www.sip.it](http://www.sip.it))**

L' utilizzo della fase pneumatica deve essere evitato in caso di rilevante estroflessione della membrana timpanica o presenza di otorrea (livello VI, forza D)

# Guardare la MT con metodo COMPLETES

---

Kaleida PH. *The COMPLETES exam*for otitis. *Contemp. Pediatr* 1997; 14: 93-101

- Color tympanic membrane (COLORE)
- Other condition (ALTRO)
- Mobility (MOBILITA')
- Position (POSIZIONE)
- Lighting (LUMINOSITA') (LATERALITA')
- Entire surface (SUPERFICIE INTERA)
- Translucency (TRASPARENZA)
- External ear canal (CANALE ESTERNO LIBERO)
- Seal (TENUTA D'ARIA) (SEVERITA')

# OTITE MEDIA ACUTA - TERAPIA

Gestione dolore?

Non antibiotico ?

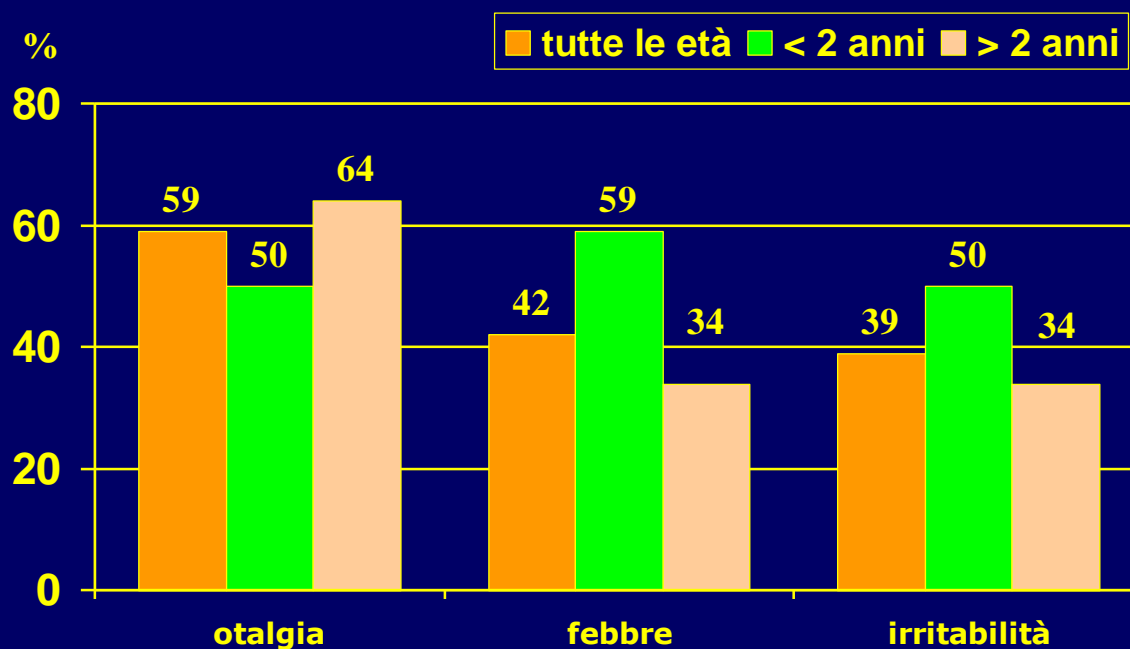
Antibiotico subito?

Attesa vigile?



# OTITE MEDIA ACUTA

## il dolore è un sintomo importante



**TABLE 3** Treatments for Otolgia in AOM

Treatment Modality	Comments
Acetaminophen, ibuprofen <sup>65</sup>	Effective analgesia for mild to moderate pain. Readily available. Mainstay of pain management for AOM.
Home remedies (no controlled studies that directly address effectiveness) Distraction External application of heat or cold Oil drops in external auditory canal	May have limited effectiveness.
Topical agents Benzocaine, procaine, lidocaine <sup>65,67,70</sup>	Additional, but brief, benefit over acetaminophen in patients older than 5 y.
Naturopathic agents <sup>68</sup>	Comparable to amethocaine/phenazone drops in patients older than 6 y.
Homeopathic agents <sup>71,72</sup>	No controlled studies that directly address pain.
Narcotic analgesia with codeine or analogs	Effective for moderate or severe pain. Requires prescription; risk of respiratory depression, altered mental status, gastrointestinal tract upset, and constipation.
Tympanostomy/myringotomy <sup>73</sup>	Requires skill and entails potential risk.



## Raccomandazione

- La gestione terapeutica dell'OMA deve prevedere una valutazione dell'otalgia e la sua cura (forza A/Livello I)
- Il trattamento cardine dell'otalgia è rappresentato dalla somministrazione di antidolorifici a dosaggio adeguato per via sistemica (paracetamolo o ibuprofene) (forza A/Livello I)
- (SOLO) Nei bambini oltre i 3 anni di vita è accettabile la somministrazione topica di soluzioni analgesiche (lidocaina 2%) in soluzione acquosa, in aggiunta alla terapia antalgica sistemica, nelle prime 24 ore dalla diagnosi di OMA con otalgia da moderata a severa, in assenza di perforazione timpanica (forza B/livello II).
- Alla luce dell'insufficienza dei dati disponibili, è sconsigliato l'uso di preparati analgesici a base di estratti naturali (forza D/livello II)

DIAGNOSI	CERTA			
	bilaterale		monolaterale	
LATERALITA'				
SEVERITA' SINTOMI	grave	lieve	grave	lieve
Età < 6 m.	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AB</b>
Età 6 – 24 m.	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AV</b>
Età > 24 m.	<b>AB</b>	<b>AV</b>	<b>AV</b>	<b>AV</b>

AB = antibiotico immediato AV= possibile attesa vigile

**\* NO OTORREA, NO RICORRENZA RECENTE, NO COMPLICANZE**

# The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media

Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, Theodore G. Ganiats, Alejandro Hoberman, Mary Anne Jackson, Mark D. Joffe, Donald T. Miller, Richard M. Rosenfeld, Xavier D. Sevilla, Richard H. Schwartz, Pauline A. Thomas and David E. Tunkel

*Pediatrics*; originally published online February 25, 2013;

DIAGNOSI	CERTA			
	bilaterale		monolaterale	
LATERALITA'				
SEVERITA' SINTOMI	grave	lieve	grave	lieve
Età < 6 m.	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AB</b>
Età 6 – 24 m.	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AB</b>	<b>AV</b>
Età > 24 m.	<b>AB</b>	<b>AV</b>	<b>AB</b>	<b>AV</b>

AB = antibiotico immediato

AV= possibile attesa vigile **NO OTORREA, NO RICORRENZA RECENTE, NO COMPLICANZE**

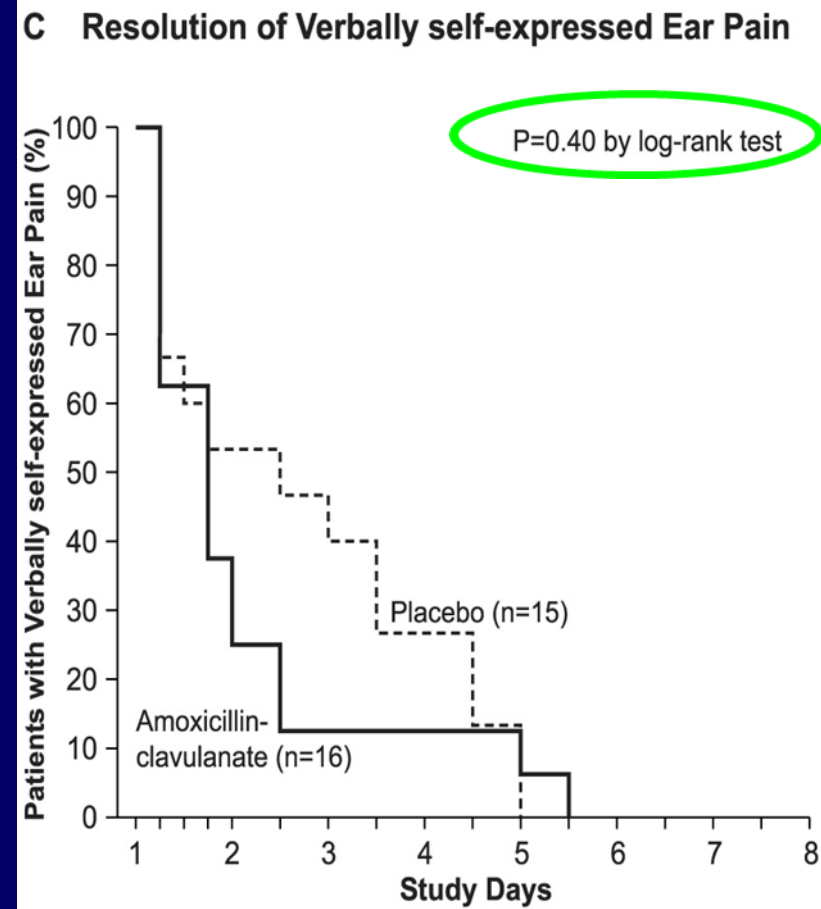
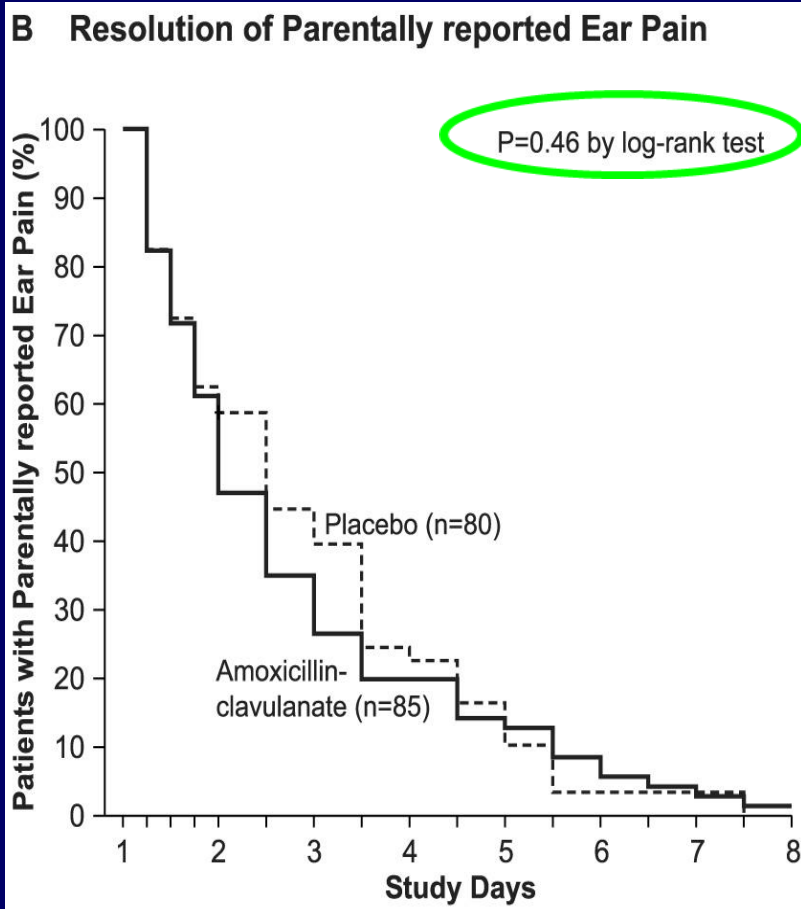
# LG OMA 2010

- La vigile attesa è un'opzione, parte integrante della strategia terapeutica dell'otite media acuta, che deve essere valutata nel singolo caso e condivisa con i genitori (forza A/livello I).
- La vigile attesa può essere applicata solo nel caso in cui sia garantita la possibilità di follow-up (telefonico e/o clinico) a distanza di 48 ore (forza A/livello I).

## AAP AOM 2013

<sup>c</sup> This plan of initial management provides an opportunity for shared decision-making with the child's family for those categories appropriate for additional observation. If observation is offered, a mechanism must be in place to ensure follow-up and begin antibiotics if the child worsens or fails to improve within 48 to 72 h of AOM onset.

# Resolution of ear pain recorded in diary by parents and children





# BACTERIAL CULTURE FINDINGS IN 705 AOM EPISODES WITH OTORRHEA IN 458 ITALIAN CHILDREN (2001-2011)

<i>S. pneumoniae</i>	19.4 %
<i>H. influenzae</i>	51.0 %
<i>M. catarrhalis</i>	1.1 %
<i>Group A Streptococcus</i>	17.4 %
<i>Staph. aureus</i>	10.7 %

# *S. pneumoniae*

*Trend della resistenza alla penicillina ed ai macrolidi  
in Italia dal 1997 al 2007*

		1997		2004		2007
		% R		% R		% R
penicillina	H-L	4,0		5,6		9,0
	L-L	10,3		17,1		22,4
macrolidi		20,2		37,1		25,5

Schito G e coll., GIMMOC 1999 (Osservatorio Epidemiologico Italiano)

Marchese A e coll., GIMMOC 2005 (Protekt Italia)

Stefani S et al., JC 2008

# Trend della produzione di $\beta$ -lattamasi (%) in Italia dal 1997 al 2007

## *H. influenzae*



## *M. catarrhalis*



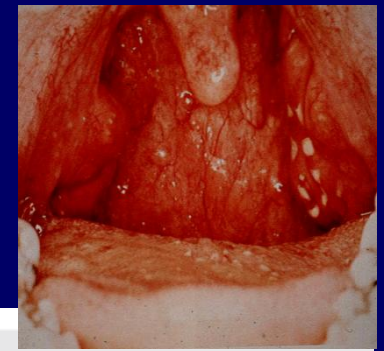


<b>Caratteristiche Episodio</b>	<b>Raccomandata</b>	<b>Alternativa</b>
Sintomi lievi No otorrea No ricorrenza No fattori R	Amoxicillina 50 mg/kg/die in 2 -3 dosi	Cefaclor 40 – 50 mg/kg/die in 2 dosi
Sintomi gravi Otorrea Ricorrenza Fattori R*	Amoxicillina + acido clavulanico 80-90° mg/kg/die in 2 -.3 dosi	Cefuroxime axetil 30 mg/kg/die in 2 dosi Cefpodoxime proxetil 8 mg/kg/die in 2 dosi

\* Fattori di rischio: età < 3 anni, frequenza di day-care, fratelli in day-care, recente (< 1 mese) terapia antibiotica

# Altri trattamenti?

- L'utilizzo di **altre terapie** (oltre a quelle analgesiche) in associazione alla terapia antibiotica **non è raccomandabile**
- L'utilizzo di **decongestionanti**, sia sistemici che topici, **deve essere evitato**
- L'utilizzo di steroidi e antistaminici **è sconsigliato**
- Le **terapie alternative non sono raccomandate** per il trattamento dell'OMA
- La **rimozione delle secrezioni nasali** mediante lavaggio nasale è **consigliabile** come trattamento complementare

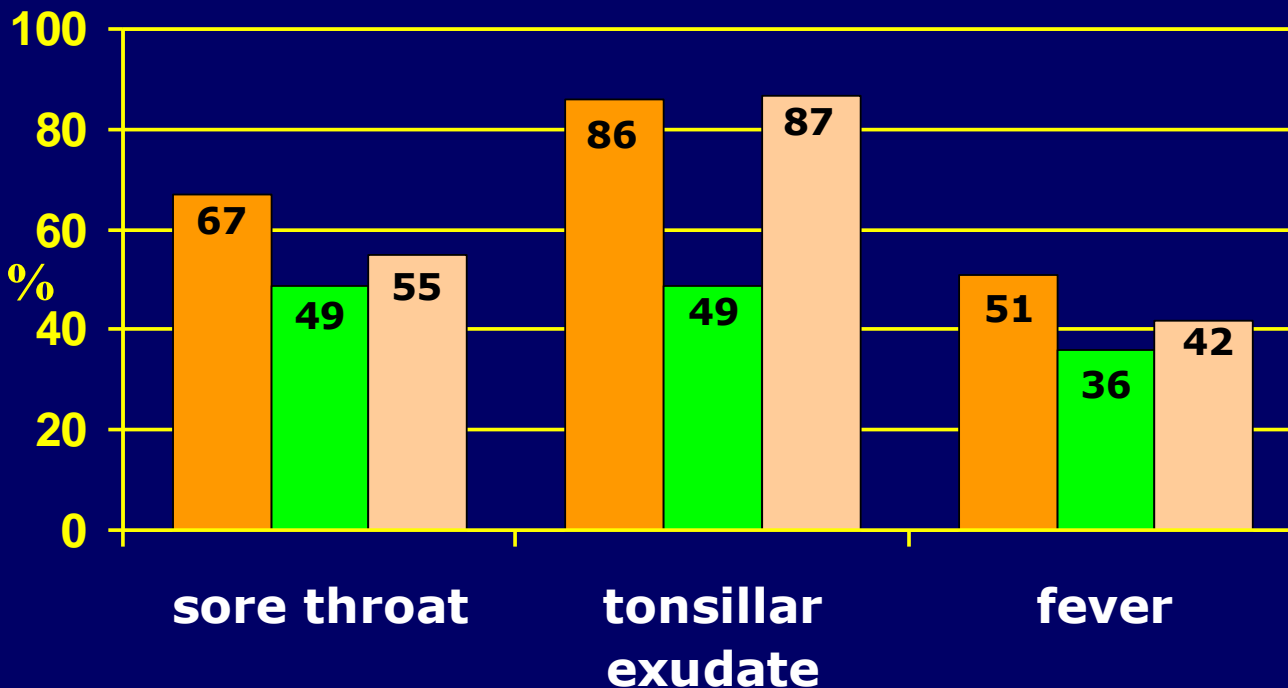


Clinical Therapeutics/Volume 34, Number 6, 2012

## Management of Acute Pharyngitis in Children: Summary of the Italian National Institute of Health Guidelines

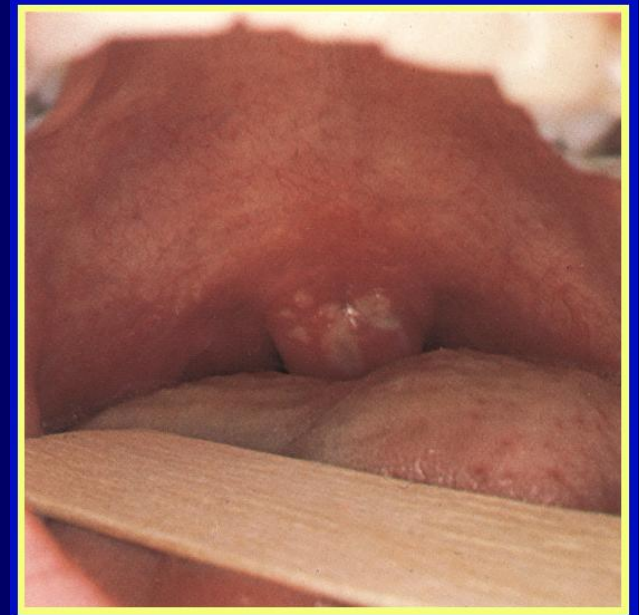
Elena Chiappini, MD, PhD<sup>1,2</sup>; Nicola Principi, MD<sup>3</sup>; Nicola Mansi, MD<sup>4</sup>; Agostino Serra, MD<sup>5</sup>; Salvatore De Masi, MD<sup>2</sup>; Angelo Camaioni, MD<sup>6</sup>; Susanna Esposito, MD<sup>3</sup>; Giovanni Felisati, MD<sup>7</sup>; Luisa Galli, MD<sup>1,2</sup>; Massimo Landi, MD<sup>8</sup>; Anna Maria Speciale, MD<sup>9</sup>; Francesca Bonsignori, MD<sup>1</sup>; Paola Marchisio, MD<sup>3</sup>; and Maurizio de Martino, MD<sup>1,2</sup>; on behalf of the Italian Panel on the Management of Pharyngitis in Children\*

# Is there agreement among general practitioners, pediatricians and otolaryngologists about the definition of tonsillitis?



Capper R & Canter  
RJ, Clin Otolaryngol  
2001

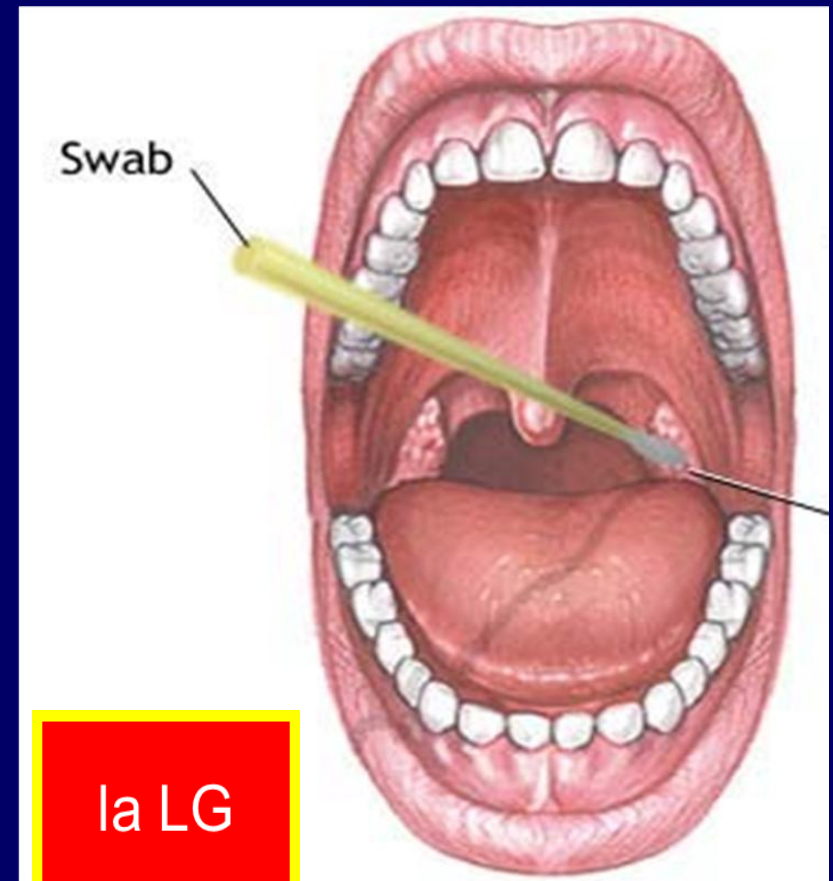
pediatricians otolaryngologists general practitioners



Poiché i segni e sintomi di faringotonsillite streptococcica si sovrappongono in modo estensivo con altre cause infettive, si raccomanda di **non formulare una diagnosi eziologica basata sui dati clinici**

Il test rapido deve essere sempre eseguito nei bambini con anamnesi, segni e/o sintomi che si possono riscontrare, si riscontrano frequentemente o sono tipici di infezione da SBEA .

Se positivo può essere considerato diagnostico per SBEA; se negativo esclude la presenza di SBEA



la LG

# QUANDO È INDICATO L'IMPIEGO DI ANTIBIOTICI ED ENTRO QUANTO TEMPO DEVE ESSERE INTRAPRESA LA TERAPIA DALL'ESORDIO DEI SINTOMI?

la LG

- La terapia antibiotica è raccomandata in presenza di **faringotonsillite streptococcica**
- Per ridurre la durata della sintomatologia, il trattamento va prescritto **appena** viene posta diagnosi
- Un **ritardo fino a 9 giorni** dall'inizio della sintomatologia non aumenta il rischio di insorgenza di malattia reumatica ma il trattamento precoce riduce, anche se di poco, la durata e l'intensità dei sintomi

# QUALI ANTIBIOTICI DEVONO ESSERE IMPIEGATI, PER QUALE VIA DI SOMMINISTRAZIONE E PER QUANTO TEMPO ?

- La terapia di scelta per la faringotonsillite streptococcica è rappresentata dalla **penicillina V** o, in mancanza di questa, dall'**amoxicillina** somministrata a 50 mg/kg/die in 2-3 dosi giornaliere per via orale per 10 giorni
- In alternativa, può essere somministrata **penicillina benzatina** al dosaggio di 600.000 UI se il bambino pesa meno di 30 kg o 1.200.000 UI se pesa  $\geq 30$  kg in unica dose per via intramuscolare



# QUALI ANTIBIOTICI DEVONO ESSERE IMPIEGATI, PER QUALE VIA DI SOMMINISTRAZIONE E PER QUANTO TEMPO – II?

la LG

- Se pur non indicate di *routine* per il costo elevato e l'ampio spettro d'azione, le cefalosporine di 2° generazione (incluso **cefaclor** 40-50 mg/kg/die in 2 dosi o **cefuroxima** axetil 20-30 mg/kg/die in 2 dosi; **cefprozil** 15-30 mg/kg in 2 dosi) per 5 giorni potrebbero essere utilizzate in caso di dubbia *compliance* al trattamento con amoxicillina per 10 giorni
- Per contenere i costi e per la spiccata attività nei confronti delle specie Gram negative, le cefalosporine di 2° generazione vengono preferite alle cefalosporine di 3° generazione (cefixima, ceftriaxone, ceftibutene, cefopodoxima proxetil)
- In considerazione dell'elevata prevalenza di resistenza di *Streptococcus pyogenes* ai macrolidi, l'utilizzo di questa classe di farmaci va limitato ai soggetti con dimostrata allergia IgE-mediata ai  $\beta$ -lattamici, se possibile dopo aver dimostrato la sensibilità dello streptococco a questa classe di antibiotici

## **COSA FARE IN CASO DI PERSISTENZA DELLA SINTOMATOLOGIA ?**

- In caso di sintomatologia persistente, è opportuno eseguire o ripetere se già eseguito il test rapido per la ricerca di SBEA e ricercare eziologie diverse da quelle tradizionali (es. *Mycoplasma pneumoniae*, virus di Epstein-Barr, adenovirus) (VI-C).**

## **E' INDICATO IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL BAMBINO CON FARINGOTONSILLITE ACUTA E QUALI FARMACI DOVREBBERO ESSERE IMPIEGATI?**

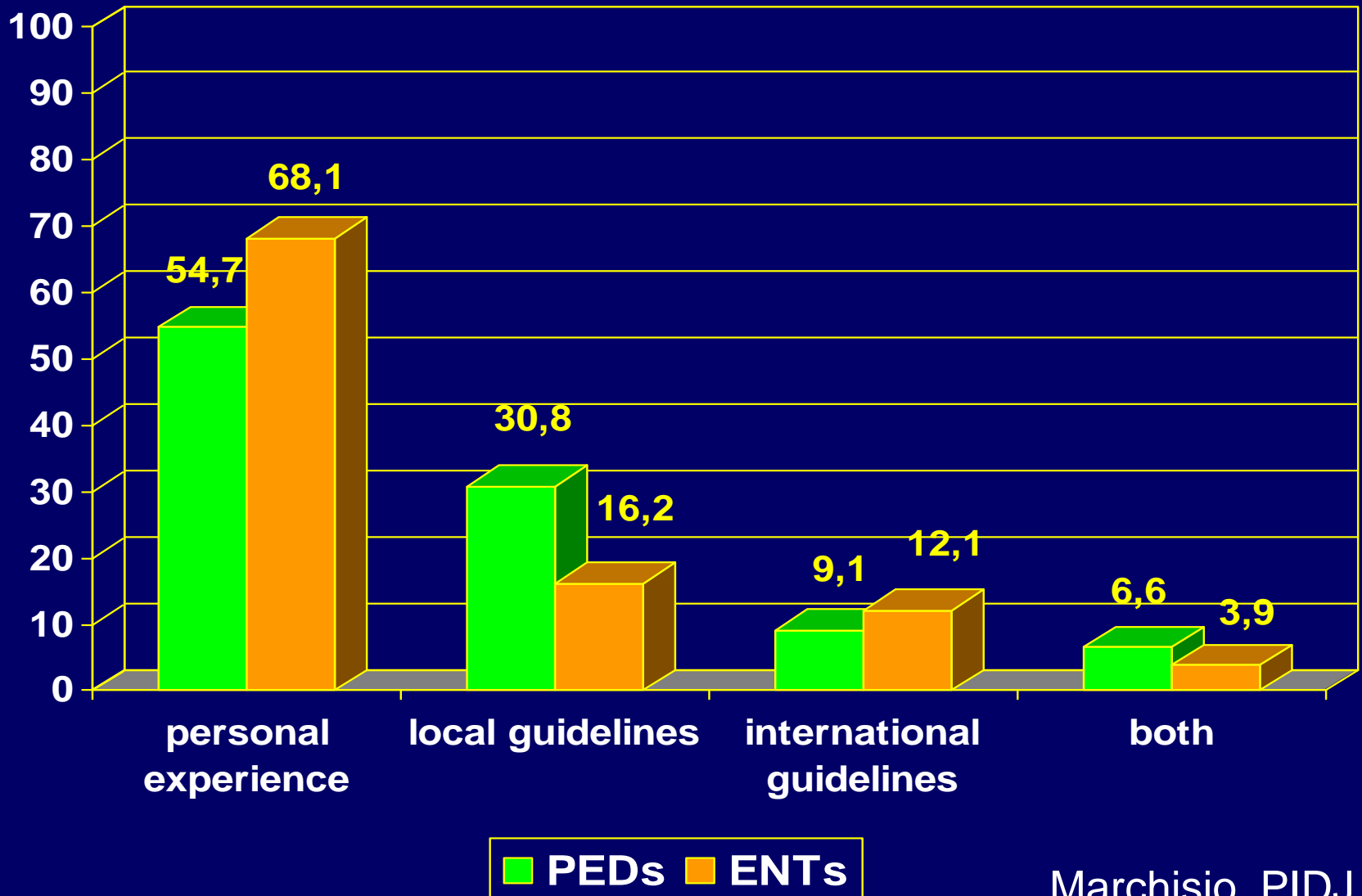
- **Ibuprofene e paracetamolo sono raccomandati per il trattamento del dolore e della febbre associata a malessere nel bambino con faringotonsillite acuta**
- **Non sono, invece, raccomandati né cortisonici né anestetici per uso topico né altri farmaci**

# QUALE FUTURO?



- Maggior condivisione fra specialisti diversi sia a livello regionale che nazionale
- Risposte a punti ancora aperti (prevenzione, complicità)
- Diffusione e implementazione della linee guida
- Produzione di database regionali/nazionali
- Impegno comune ad aggiornare le linee guida

# Determinants of diagnostic-therapeutic approach for AOM in 2012 Italian physicians



## Gruppo di lavoro

### Antonio Affinita

Rappresentate dei Genitori

### Eugenia Bruzzese

Dipartimento di Scienze Mediche  
Traslazionali, Sezione di Pediatria  
Università Federico II Napoli

### Annalisa Capuano

Dipartimento di Medicina Sperimentale,  
Sezione di Farmacologia "L. Donatelli",  
Seconda Università degli Studi di Napoli  
(SUN) - Via L. De Crecchio 7, 80138 Napoli

### Elena Chiappini

Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università di Firenze, Ospedale Pediatrico  
Anna Meyer, Firenze

### Maria Colombo

Specialista in Pediatria  
Pediatria di famiglia  
Docente A.I.Q.T.  
Professore a contratto c/o Università  
di Parma - Master Terapia Fisiologica di  
Regolazione in Pediatria

### Claudio Cricelli

Presidente FIMG Medico di Medicina  
Generale Firenze

### Maurizio de Martino

Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università di Firenze, Ospedale Pediatrico  
Anna Meyer, Firenze

### Giuseppe Di Mauro

Presidente Società Italiana di Pediatria  
Preventiva e Sociale (SIPPS)  
Segretario Nazionale FIMP alle Attività  
Scientifiche ed Etiche  
Pediatria di Famiglia ASL Caserta -  
Regione Campania

### Susanna Esposito

UOC Pediatria 1 Clinica, Dipartimento di  
Fisiopatologia e dei Trapianti, Università  
degli Studi di Milano, Fondazione  
IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore  
Policlinico, Milano

### Filippo Festini

Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università di Firenze, Ospedale Pediatrico  
Anna Meyer, Firenze

### Alfredo Guarino

Dipartimento di Scienze Mediche  
Traslazionali, Sezione di Pediatria  
Università Federico II Napoli

### Vito Leonardo Miniello

Dipartimento di Assistenza Integrata,  
Scienze e Chirurgia Pediatrica,  
Università di Bari

### Nicola Principi

Professore di Pediatria, Università di  
Milano

### Concetta Rafaniello

Dipartimento di Medicina Sperimentale,  
Sezione di Farmacologia "L. Donatelli",  
Seconda Università degli Studi di Napoli  
(SUN) - Via L. De Crecchio 7, 80138 Napoli

### Francesco Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale,  
Sezione di Farmacologia "L. Donatelli",  
Seconda Università degli Studi di Napoli  
(SUN) - Via L. De Crecchio 7, 80138 Napoli

### Liberata Sportiello

Dipartimento di Medicina Sperimentale,  
Sezione di Farmacologia "L. Donatelli",  
Seconda Università degli Studi di Napoli  
(SUN) - Via L. De Crecchio 7, 80138 Napoli

### Francesco Tancredi

PastPresident Società Italiana di Pediatria.  
Primario Emerito di Pediatria - Napoli

### Ellsabetta Venturini

Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università di Firenze, Ospedale Pediatrico  
Anna Meyer, Firenze

### Società Scientifiche, Federazioni ed Associazioni rappresentate

Società Italiana di Pediatria Preventiva e  
Sociale  
Società Italiana di Malattie Infettive  
Pediatriche,  
Società Italiana di Farmacologia,  
Società Italiana di Medicina Generale  
Società Italiana Infermieristica Pediatrica  
Movimento Italiano Genitori

### Nota per gli utilizzatori

Il presente documento costituisce una  
versione integrale della Consensus che  
può essere scaricato nella versione  
completa dal sito web della Società  
Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale  
(www.sipps.it sezione Relazioni)

### Referee esterni

Teresita Mazzei, Firenze  
Andrea Novelli, Firenze  
Alberto Vierucci, Firenze

Le spese della riunione  
sono state sostenute grazie ad un  
contributo incondizionato di GUN

Nessun componente del  
gruppo di lavoro ha  
dichiarato alcun conflitto  
di interesse relativamente all'argomento



Supplemento al Numero 3 - Anno VIII - 2013 - ISSN 1120-8140

## PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

### Regaliamo futuro

Atti XXV Congresso Nazionale SIPPS

Relazioni, abstract e comunicazioni orali

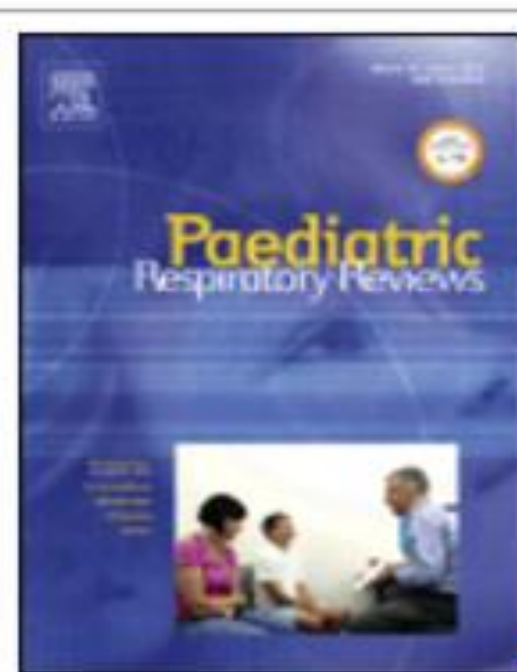
Consensus conference  
Impiego giudizioso della terapia antibiotica nelle  
infezioni delle vie aeree in età pediatrica

Hotel Sheraton Nicolaus  
Bari, 12-14 Settembre 2013

Supplemento al Numero 3 - 2013

# Atti XXV Congresso Nazionale SIPPS CONSENSUS 2013

## Impiego giudizioso della terapia antibiotica nelle infezioni delle vie aeree in età pediatrica



Grazie per  
l'attenzione



Never look for the extraordinary, but, on the contrary, concentrate on the more prevalent and common diseases, and try to cure them;  
These are the diseases you will most frequently encounter in your practice”

*Emile Ménière  
Deuxième Congrès  
Otologique Internationale  
Milan 1880*

Uso appropriato  
di antibiotici

Abuso di  
antibiotici

