

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	<p>Non eseguire la radiografia del torace nel bambino nel sospetto di una polmonite acquisita in comunità non grave o in presenza di crisi d'asma non complicata.</p> <p>Nel sospetto di una broncopolmonite nel bambino, i reperti radiografici non sono dirimenti per l'eziologia e quindi per distinguere una polmonite batterica da una non batterica. Inoltre, la radiografia del torace non influenza l'esito clinico, sottopone il paziente ad una dose di radiazioni pari a 10 giorni di radioattività naturale e comporta un costo economico non indifferente.</p> <p>La radiografia del torace risulta normale nella maggioranza degli attacchi acuti di asma, per cui non è necessaria e deve essere effettuata solo nel sospetto di complicanze (pneumotorace, pneumomediastino, addensamento parenchimale) o in caso di mancata risposta alla terapia.</p>
2	<p>Non somministrare farmaci a base di salmeterolo nella crisi d'asma del bambino.</p> <p>Nell'attacco d'asma del bambino l'utilizzo di broncodilatatori beta2-agonisti a lunga durata d'azione (long-acting beta2-agonists, LABAs) non è raccomandato a causa della lenta insorgenza di azione (10-20 minuti) e i dati clinici presenti in letteratura sulla sua sicurezza in età pediatrica sono molto limitati. Nei pazienti affetti da asma acuto il Salmeterolo incrementa, in monoterapia, il rischio di ospedalizzazione e la necessità di ventilazione invasiva. In caso di crisi d'asma nel bambino viene raccomandato il trattamento con broncodilatatori beta2-agonisti a breve durata d'azione (short-acting beta2-agonists, SABAs), anche in dosi ripetute e in associazione agli anticolinergici, supplemento di ossigeno a flusso controllato e precoce somministrazione di steroidi sistemici.</p>
3	<p>Non eseguire la TC del torace nel bambino senza un preciso quesito clinico.</p> <p>E' fondamentale che il pediatra o lo pneumologo richiedano la tomografia computerizzata TC con parsimonia ed esclusivamente in presenza di un quadro clinico suggestivo di patologia evidenziabile tramite TC; inoltre, è fondamentale che il pediatra o lo pneumologo indichino sempre il quesito clinico, in modo che il tecnico radiologo e il radiologo possano utilizzare i protocolli più adatti per ottenere le informazioni necessarie con la minore esposizione possibile (principio "ALARA - As low as reasonably possible"), senza correre il rischio di dover ripetere l'esame in quanto incompleto. La TC del torace è un esame diagnostico di valore inestimabile per molte patologie respiratorie, in quanto permette di visualizzare nel dettaglio tutte le strutture toraciche e il parenchima polmonare. Purtroppo, la TC è gravata dall'inevitabile esposizione alle radiazioni ionizzanti (corrispondente, per una TC tradizionale del torace, a circa 150 radiografie del torace), che, in età pediatrica, si traduce in un significativo rischio biologico in termini di incremento dell'incidenza di molte neoplasie. Se l'esame è ritenuto necessario, è bene tenere presente che negli ultimi decenni sono stati realizzati e adottati protocolli TC pediatrici, che permettono di ridurre al minimo l'esposizione, ottenendo comunque immagini valide.</p>
4	<p>Non somministrare antistaminici per la prevenzione dell'asma nel bambino.</p> <p>Il ricorso agli antistaminici non è raccomandato nell'asma del bambino. La terapia dell'asma ha tra i suoi scopi il controllo dei sintomi e la riduzione del rischio di riacutizzazioni. L'uso degli antistaminici è suggerito nei pazienti asmatici che presentano la comorbidità della rinite allergica per il controllo dei sintomi di rinorrea, starnutazioni e prurito nasale.</p>
5	<p>Evitare di diagnosticare e gestire l'asma nel bambino senza l'impiego della spirometria</p> <p>La spirometria rappresenta il gold standard nella valutazione della funzione respiratoria dei bambini con asma, al fine di stratificare la patologia secondo livelli di gravità, ottimizzare il trattamento e verificare il raggiungimento dello stato di controllo della malattia. L'anamnesi e l'esame obiettivo senza spirometria possono sottostimare o sovrastimare il controllo dell'asma. Oltre agli aumentati costi, le conseguenze di una errata diagnosi comprendono un ritardo della corretta diagnosi e dell'adeguato trattamento. Si raccomanda di eseguire la spirometria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla valutazione iniziale, per stabilire il livello di severità • dopo l'avvio della terapia di fondo nei controlli di follow-up per modulare la terapia • in occasione di riacutizzazione dei sintomi • almeno ogni 1-2 anni nell'asma intermittente <p>Per la diagnosi di asma è necessario dimostrare la broncoreversibilità mediante il test di broncodilatazione. La spirometria può anche essere tentata in età prescolare, se vengono utilizzati appropriati criteri di accettabilità.</p>

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

Come si è giunti alla creazione della lista

La SIMRI, dopo aver formalmente aderito al progetto e a "Slow Medicine", ha individuato un gruppo di lavoro composto da esperti tra i suoi membri (senior e junior). I punti emersi sono stati valutati dal Direttivo della SIMRI che ha selezionato quelli che sono stati ritenuti più significativi corredando la stesura finale con le motivazioni correlate e la necessaria bibliografia.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zuccotti GV. Manuale di Pediatria. La Pratica Clinica. II Ed 2016, Esculapio Editrice 2. Harris et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. Thorax. 2011 Oct; 66 Suppl 2: ii1-233 3. Gestione dell'attacco acuto di asma in età pediatrica. Linee guida SIP. Aggiornamento 2016. www.sip.it 4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA), 2016 update. www.ginasthma.org
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA), 2016 update. www.ginasthma.org 2. Fergeson JE et al. Acute asthma, prognosis, and treatment. J Allergy Clin Immunol. 2017 Feb; 139 (2): 438-47 3. Liao MM et al. Salmeterol use and risk of hospitalization among emergency department patients with acute asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2010 Jun; 104 (6): 478-84 4. Stempel DA et al. Safety of adding Salmeterol to Fluticasone Propionate in children with Asthma. N Engl J Med. 2016 Sep 1; 375 (9): 840-9 5. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma, 2016. www.brit-thoracic.org
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papaioannou G et al. Multidetector row CT for imaging the paediatric tracheobronchial tree. Pediatr Radiol. 2007 Jun; 37 (6): 515-29 2. Pearce MS et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. Lancet. 2012 Aug 4; 380 (9840): 499-505 3. Mathews JD et al. Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. BMJ. 2013 May 21; 346: f2360 4. Macdougall RD et al. Managing radiation dose from thoracic multidetector computed tomography in pediatric patients: background, current issues, and recommendations. Radiol Clin North Am. 2013 Jul; 51 (4): 743-60
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma, 2016. www.brit-thoracic.org 2. Fitzsimons R et al. Antihistamine use in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015 Jun; 100 (3): 122-31 3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA), 2016 update. www.ginasthma.org
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA), 2016 update. www.ginasthma.org 2. Miller MR et al. ATS/ERS Task Force - Standardisation of spirometry. Eur Respir J. 2005 Aug; 26 (2): 319-38 3. Moeller A et al. ERS Task Force Monitoring Asthma in Children - Monitoring asthma in childhood: lung function, bronchial responsiveness and inflammation. Eur Respir Rev. 2015 Jun; 24 (136): 204-15 4. National Asthma Education and Prevention Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication Number 08-5846 October 2007. http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthsumm.pdf

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di 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 inappropriatelyzza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

La Società Italiana per le Malattie Respiratorie infantili (SIMRI) è stata fondata il 24 settembre 1995, ha le seguenti finalità:

- sostenere la ricerca scientifica nel campo dei disturbi respiratori, attraverso i suoi gruppi di studio;
- promuovere la collaborazione scientifica con le principali Società Italiane ed Internazionali;
- diffondere l'insegnamento e la conoscenza del trattamento delle malattie respiratorie pediatriche.

Inoltre, SIMRI promuove la consapevolezza su temi di rilevante impatto sociale, quali le conseguenze del fumo di sigaretta e del fumo passivo sulla salute respiratoria dei bambini.

Organo ufficiale della Società è la rivista "Pneumologia Pediatrica", che in ogni suo numero (quattro uscite per anno), approfondisce i disturbi respiratori in età pediatrica. La rivista è disponibile nella versione online per tutti i suoi soci. La SIMRI ha oltre 600 soci ed è articolata in diversi Gruppi di Studio. Nel sito web (www.simri.it) è possibile conoscere in modo completo le attività della Società.