

# Choosing Wisely: le 5 cose da NON FARE nel bambino con faringotonsillite acuta

Chiappini E,<sup>1</sup> Bortone B,<sup>1</sup> Di Mauro G,<sup>2</sup> Esposito S,<sup>3</sup> Galli L,<sup>1</sup> Landi M,<sup>4</sup> Marchisio P,<sup>3</sup> Marseglia GL,<sup>5</sup> Novelli A,<sup>6</sup> Principi N,<sup>7</sup> de Martino M<sup>8</sup>  
per il Panel delle Linee Guida Italiane per la Gestione del Bambino con Faringotonsillite acuta

<sup>1</sup> SODc Malattie Infettive Pediatriche; Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Meyer, Firenze

<sup>2</sup> Presidente Nazionale Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)

<sup>3</sup> UOSD Pediatria ad Alta Intensità di Cura Università degli Studi di Milano Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

<sup>4</sup> Pediatra di famiglia ASL TO 1 – Torino Collaboratore di ricerca allergologia e pneumologia pediatrica CNR Palermo

<sup>5</sup> Clinica Pediatrica Università di Pavia

<sup>6</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, Sezione Farmacologia, Firenze

<sup>7</sup> Dipartimento di Scienze Materno Infantili Università di Milano Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

<sup>8</sup> Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, AOU Meyer, Firenze

## Parole chiave

Choosing Wisely, campagna educativa, faringotonsillite acuta

## Key words

Choosing Wisely, educational campaign, acute pharyngotonsillitis

## Riassunto

Choosing Wisely è una campagna educativa statunitense avviata nel 2002 con la pubblicazione della "Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio". Il documento sottolinea l'impegno del medico a un'equa distribuzione di risorse limitate, in favore del benessere del paziente, della sua autonomia e della giustizia sociale. In Italia il movimento è promosso dal 2010 da Slow Medicine e prevede la creazione di una lista di 5 messaggi chiave denominati "top five", in cui ciascuna raccomandazione dev'essere supportata da evidenze scientifiche. Riportiamo i 5 messaggi chiave per la gestione della faringotonsillite.

## Abstract

Choosing Wisely is a United States-based health educational campaign by ABIM Foundation, led by the publication of 'Medical professionalism in the new millennium' in 2002. The charter states that physicians have a responsibility to promote patient's well-being, autonomy and health equity when some health resources are scarce. In Italy Choosing Wisely was promoted in 2010 by Slow Medicine and was created to organise the creation of "Top Five" lists and each recommendation in the program must have the support of clinical guidelines, evidence, or expert opinion. We report the 5 key messages for pharyngotonsillitis' management.

La storia di "Choosing Wisely" (o Scegliere Consapevolmente) inizia nel 2002 negli Stati Uniti da parte della Fondazione ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*), della Fondazione dell'ACP (*American College of Physicians*) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, con la "Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio".<sup>1</sup>

Questo documento ha come suoi principi fondamentali il benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare, la Carta sottolinea l'impegno a un'equa distribuzione di risorse limitate e chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocatione appropriata delle risorse e dell'evitare scrupolosamente test e

procedure superflue, dato che “fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri”. In Italia il movimento viene promosso dal 2010 da “*Slow Medicine*” che sposa le stesse finalità. Il progetto si basa sull’assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato anche attraverso le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane. Gli estensori del documento individuano esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi. La metodologia permette di identificare 5 messaggi chiave, spesso definiti i “*top five*”, che rappresentano comportamenti da NON adottare, espressi in maniera molto sintetica, diretta e concisa.

Le cinque raccomandazioni rappresentano quindi un percorso ragionato al “non fare”, a evitare cioè quello che non solo è inutile e dispendioso ma anche potenzialmente dannoso per il paziente, anche in termini di qualità di vita. Sono pertanto documenti differenti dalle Linee Guida o dai percorsi diagnostico-terapeutici, nei quali viene tracciato un *iter* ragionato per arrivare a una diagnosi attraverso passaggi successivi. A oggi i progetti basati su questa filosofia nel mondo sono numerosi. In una recente revisione narrativa sono stati recensiti tutti i progetti disponibili fino a ora.<sup>2</sup> Nell’ambito infettivologico pediatrico, per esempio, sono già disponibili diversi messaggi chiave, emanati da diverse Società Scientifiche, fra le quali anche la *American Academy of Pediatrics*.<sup>3</sup> Le due raccomandazioni più frequenti in quest’ambito sono

risultate essere quella di non utilizzare antibiotici per il trattamento delle infezioni delle vie aeree di verosimile origine virale, insieme a quella di non trattare con antibiotici le forme di batteriuria asintomatica.<sup>2,3</sup> L’uso inappropriato di antibiotici rappresenta un problema diffuso in tutto il mondo e documentato ampiamente anche in Italia.<sup>4</sup> Nel nostro Paese, purtroppo, il tasso di prescrizione di antibiotici pro-capite rimane uno dei più elevati in Europa.<sup>4,5</sup> Parallelamente, come emerso dal recente rapporto *Antimicrobial resistance surveillance in Europe* dell’*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), l’Italia risulta anche tra i Paesi europei con i più elevati tassi di resistenza relativamente a molteplici specie batteriche.<sup>6,7</sup> Alla base dell’eccessivo impiego di antibiotici in Pediatria vi sono vari fattori, tra i quali la difficoltà, in molti casi, nel raggiungere una diagnosi microbiologica dell’infezione. Altre cause di eccessiva prescrizione sono rappresentate dalle pressioni da parte dei genitori, dal dilagare della medicina “difensiva” e, in parte, dalla scarsa aderenza dei Pediatri e dei Medici di Medicina Generale alle raccomandazioni delle Linee Guida esistenti.<sup>6,7</sup>

L’eccessiva prescrizione di antibiotici in caso di infezione delle vie aeree superiori in generale e di faringotonsillite acuta in particolare sembra persistere nel tempo senza variazioni sostanziali, nonostante la diffusione di Linee Guida nazionali e internazionali.<sup>6,7</sup>

Pertanto, con le medesime finalità e secondo la metodologia in precedenza pubblicata per altre campagne *Choosing Wisely*<sup>1</sup> è stata creata una *task force* nell’ambito del *panel* delle Linee Guida italiane per la gestione del bambino con faringotonsillite.<sup>8</sup> I 5 messaggi ritenuti di maggiore rilevanza sono stati quindi riassunti nella Tabella 1 riportata a seguire.

La principale ricaduta attesa nella pratica clinica dalla diffusione dei 5 messaggi è la diffusione di un uso razionale degli antibiotici.

Questi, infatti, devono essere somministrati solamente nei bambini con comprovata faringite da Streptococco- $\beta$ -emolitico di Gruppo A, che rappresentano solamente circa il 30% del totale.<sup>8</sup> Inoltre, il documento promuove l’impiego di antibiotici a spettro ristretto, quali l’amoxicillina, limitando così la diffusione di resistenze e l’incremento dei costi.<sup>8</sup>



## Choosing Wisely: la gestione del bambino con faringotonsillite

<b>1</b>	<b>Non richiedere indagini ematochimiche</b>
	<p>Gli indici di flogosi non sono utili perché non differenziano con sicurezza le forme batteriche da quelle virali, in quanto possono essere incrementati anche in alcune infezioni provocate da virus. La determinazione del titolo anti-streptolisinico e degli anticorpi anti-DNA-asi sono utili per la diagnosi di complicanze post-streptococciche non suppurative, come la malattia reumatica e la glomerulonefrite, che si verificano a distanza di settimane dall'infezione acuta da <i>Streptococcus pyogenes</i>, ma non sono di alcuna utilità al momento della faringotonsillite acuta.</p> <p><b>Bibliografia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiappini E et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58.</li> <li>• Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2009;79:383-90.</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Non somministrare terapia antibiotica se prima non è stata eseguita conferma microbiologica di infezione da <i>Streptococcus pyogenes</i> con test rapido o esame colturale</b>
	<p>La maggior parte delle faringotonsilliti sono di origine virale e non richiedono terapia antibiotica. Clinicamente non è possibile distinguere le forme virali dalle altre. È pertanto necessaria un'indagine microbiologica (test rapido o coltura) per selezionare i bambini con infezione streptococcica, che sono gli unici a necessitare di terapia antibiotica. L'esame deve essere effettuato solo nei bambini con sintomi suggestivi, in accordo con le raccomandazioni delle Linee Guida italiane, al fine di evitare di trattare i portatori sani. Il test rapido o l'esame colturale non devono essere ripetuti alla fine del ciclo terapeutico.</p> <p><b>Bibliografia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lean WL et al. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics. 2014;134:771-81.</li> <li>• Gunnarsson MS et al. In primary health care, never prescribe antibiotics to patients suspected of having an uncomplicated sore throat caused by group A beta-haemolytic streptococci without first confirming the presence of this bacterium. Scand J Infect Dis. 2012;44:915-21.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale, l'antibiogramma non deve essere eseguito</b>
	<p>A oggi in tutto il mondo lo <i>Streptococcus pyogenes</i> è sempre risultato sensibile alla penicillina e ai suoi derivati. L'esame di sensibilità agli antibiotici incrementa i costi senza fornire benefici in termini di scelta di terapia antibiotica.</p> <p><b>Bibliografia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• van Driel ML et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;30:CD004406.</li> <li>• Chazan B et al. Susceptibility of Group A Streptococcus to Antimicrobial Agents in Northern Israel: A Surveillance Study. Microb Drug Resist. 2015;21:551-5.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Non accorciare la terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni</b>
	<p>In base ai dati della Letteratura la terapia di prima scelta rimane amoxicillina 50 mg/kg/die in 2 o 3 somministrazioni per 10 giorni. Soltanto una terapia di 10 giorni è associata con sicurezza a una effettiva riduzione del rischio di malattia reumatica. In caso di problemi di aderenza alla terapia per 10 giorni è utilizzabile la penicillina benzatina per via intramuscolare.</p> <p><b>Bibliografia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiappini E et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58.</li> <li>• Falagas ME. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials. Mayo Clin Proc. 2008;82:880-9.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Non somministrare steroidi</b>
	<p>La somministrazione di steroidi, mascherando alcuni segni o sintomi, potrebbe portare a un ritardo nella diagnosi di patologie che, seppur rare, possono essere molto gravi, quali linfomi e altre neoplasie.</p> <p><b>Bibliografia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sadowitz PD et al. Adverse effects of steroid therapy in children with pharyngitis with unsuspected malignancy. Pediatr Emerg Care. 2012;28:807-9.</li> </ul>

Tabella 1. Choosing Wisely: le 5 cose da non fare nel bambino con faringotonsillite acuta

## Bibliografia

1. Wolfson D et al. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the Choosing Wisely campaign. Acad Med. 2014;89:990-5.
2. Jung N et al. The "Choosing Wisely": initiative in infectious diseases. Infection. 2016;44:283-90.
3. American Academy of Pediatrics. Ten Things Physicians and Patients Should Question. Disponibile al sito web: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-pediatrics>. Ultimo accesso 10 ottobre 2016.
4. Principi N et al. Antimicrobial stewardship in paediatrics. BMC Infect Dis. 2016;16:424.
5. de Bie S et al; ARPEC study. Using Prescription Patterns in Primary Care to Derive New Quality Indicators for Childhood Community Antibiotic Prescribing. Pediatr Infect Dis J. 2016 Sep 12. [Epub ahead of print].
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net). Disponibile al sito web: [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial\\_resistance/database/Pages/database.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx). Ultimo accesso 10 ottobre 2016.
7. Chiappini E et al; Italian Society of Preventive and Social Pediatrics. Rational use of antibiotics for the management of children's respiratory tract infections in the ambulatory setting: an evidence-based consensus by the Italian Society of Preventive and Social Pediatrics. Paediatr Respir Rev 2014;15:231-6.
8. Chiappini E et al; Italian Panel on the Management of Pharyngitis in Children. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58.

Per contattare l'autore **Elena Chiappini**:  
[elena.chiappini@unifi.it](mailto:elena.chiappini@unifi.it)