

La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia

Aurelio Nova, Mario Narducci, Federica Zanetto, Angela Biochini, Salvatore Curto, Laura Mauri, Giuseppina Meregalli, Letizia Rabbone, Luciano Scotti

Pediatrati di famiglia, Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia

Abstract

Systemic antibiotic prescription in family paediatrics health services

Objective In Family Paediatric (FP) practice antibiotics are the most used drugs. The study values antibiotics prescription modalities by FP: active principles, diagnostic and therapeutic pathways, access to health care services and number of patients.

Materials and methods All antibiotic prescriptions have been recorded in Milan, Italy, and in its province by FP paediatricians. All office visits, diagnosis and diagnostic criteria have been recorded including diagnosis of respiratory infections.

Results 35 family paediatricians for 28,215 patients have been enrolled. All paediatricians used rapid antigen detection tests for group A streptococcus and urine dipstick tests; 8 paediatricians used PCR test. During 3,944 days per paediatrician 49,547 accesses were recorded; of these 60% for respiratory infections. In 16% of accesses 7908 prescriptions were made. Every FP with about 800 patients, had a medium of 12 daily office visits, of these 7 for respiratory infections, and 2 with antibiotic prescriptions. Pharyngitis with tonsillitis (26.9%) and acute otitis media (24.4%) have been the most frequent diagnosis. 71.3% of diagnosis were supported just on clinical criteria while 20.8% on self-help. The active principles prescribed have been: amoxicillin (53.2%), amoxicillin+clavulanic acid (18.4%), cefaclor (7.4%), claritromicin (7%) and azitromicin (4.6%).

Conclusions Respiratory infections are responsible both for the great part of antibiotic prescriptions and for office visits; self-help use appears significative. Further studies regarding diagnostic accuracy, self help utilization and prescription appropriateness in regards to respiratory infections are needed.

Quaderni acp 2008; 15(3): 106-111

Key words Paediatric health care services. Antibiotic prescriptions. Self-help. Audit

Obiettivo Gli antibiotici sono il gruppo terapeutico più usato dal Pediatra di Famiglia (PdF). Lo studio valuta l'entità e le modalità della prescrizione degli antibiotici per uso sistemico in relazione al principio attivo, alla diagnosi e al numero dei pazienti assistiti.

Materiali e metodi I PdF dell'Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia hanno registrato gli antibiotici prescritti in due mesi, la diagnosi, il criterio diagnostico; hanno registrato il numero delle visite per malattie acute e, fra queste, quelli per Infezioni Respiratorie (IR).

Risultati Hanno partecipato alla ricerca 35 PdF con 28.215 pazienti; tutti i pediatri utilizzavano un test rapido per SBEGA e lo stick urine, 8 utilizzavano anche il test per la PCR. In 3944 giorni/pediatra ci sono stati 49.547 accessi; il 60% per IR. Sono state effettuate 7908 prescrizioni nel 16% degli accessi. In media un pediatra con 800 assistiti ha avuto 12 accessi/giorno, di cui 7 per IR, e ha effettuato 2 prescrizioni antibiotiche. Le diagnosi più frequenti: faringo-tonsillite (26,9%) e otite media acuta (24,4%). Il criterio clinico ha supportato il 71,3% delle diagnosi, il self help il 20,8%. I farmaci prescritti sono stati: amoxicillina (53,2%), amoxicillina+acido clavulanico (18,4%), cefacloro (7,4%), claritromicina (7%) e azitromicina (4,6%).

Conclusioni Nella pratica ambulatoriale del PdF hanno grande rilevanza le IR sia per gli accessi che per la prescrizione di antibiotici; significativo è l'uso del self-help. Sono auspicabili ulteriori studi nel campo delle infezioni delle vie aeree riguardo all'accuratezza diagnostica, all'utilizzo del self-help e all'appropriatezza prescrittiva.

Parole chiave Pediatria ambulatoriale. Prescrizione antibiotica. Self-help. Audit

Introduzione

La prescrizione di farmaci ha una parte rilevante nell'attività del Pediatra di Famiglia (PdF): il Rapporto ARNO-Pediatria 2003 [1], che ha analizzato le prescrizioni di un intero anno di farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale in un'ampia popolazione pediatrica, riporta che il 63% dei soggetti in esame ha ricevuto almeno una prescrizione; indagini sulle attitudini prescrittive dei PdF riferiscono che la prescrizione di un farmaco avviene nel 59% delle visite ambulatoriali (Studio APE, 2) o nel 65% dei contatti [3].

Il gruppo terapeutico maggiormente utilizzato è quello degli antibiotici: in un anno riceve almeno una prescrizione di farmaci antibatterici per uso sistemico il 56% della popolazione in esame secondo lo stesso Rapporto ARNO, il 41% secondo altri studi recenti in ASL del Veneto e della Lombardia [4-5]. Gli antibatterici sono prescritti nel 33% delle visite e rappresentano il 28% delle prescrizioni nei due studi sopra riportati relativi alle attitudini prescrittive.

I dati a disposizione dai registri pubblici (di ASL o Regioni) di prescrizione farmacologica non permettono di correlare adeguatamente il principio attivo prescritto al problema clinico causale; in letteratura, nell'ambito delle cure primarie, vi è scarsità di studi che si sono occupati della relazione tra indicazione clinica e trattamento farmacologico, nesso che in genere viene supposto in modo indiretto nell'analisi dei dati [1-5].

In questa ricerca osservazionale prospettica, inserita nel percorso formativo dell'Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia (ACPM) come valutazione critica del proprio operato, i PdF partecipanti si propongono di descrivere specificamente per gli antibiotici il profilo prescrittivo quantitativo e qualitativo, con l'obiettivo di acquisire maggiore consapevolezza del relativo percorso clinico-diagnostico-terapeutico.

Per corrispondenza:
Aurelio Nova
e-mail: aurnova@virgilio.it

ricerca

Materiali e metodi

I soggetti inclusi nello studio sono i PdF della Regione Lombardia facenti parte dell'ACPM che hanno aderito alla ricerca proposta a tutto il gruppo.

Nel periodo 1 gennaio 2005 - 31 luglio 2005 i partecipanti hanno registrato gli antibiotici antibatterici per uso sistemico (Gruppo principale J01 secondo la classificazione anatomico-terapeutica-chimica) prescritti durante la propria attività ambulatoriale.

Quotidianamente il PdF per ogni prescrizione antibiotica registrava, oltre al principio attivo, la diagnosi correlata, il criterio diagnostico, la motivazione di una eventuale terapia intramuscolare, la data di nascita del soggetto destinatario della prescrizione; insieme veniva anche computato il numero di tutti gli accessi per patologia acuta, compresi quelli che non esitavano in una prescrizione antibiotica e, fra questi, quelli relativi a infezioni respiratorie (IVR).

Il termine "criterio diagnostico" esplicitava la modalità con cui veniva effettuata la diagnosi: in base alla sola valutazione clinica, con l'utilizzo del self-help, con l'ausilio di esami ematochimici o di altri esami, su indicazione di colleghi (del Servizio di Continuità Assistenziale, del Pronto Soccorso Ospedaliero, di altre branche specialistiche).

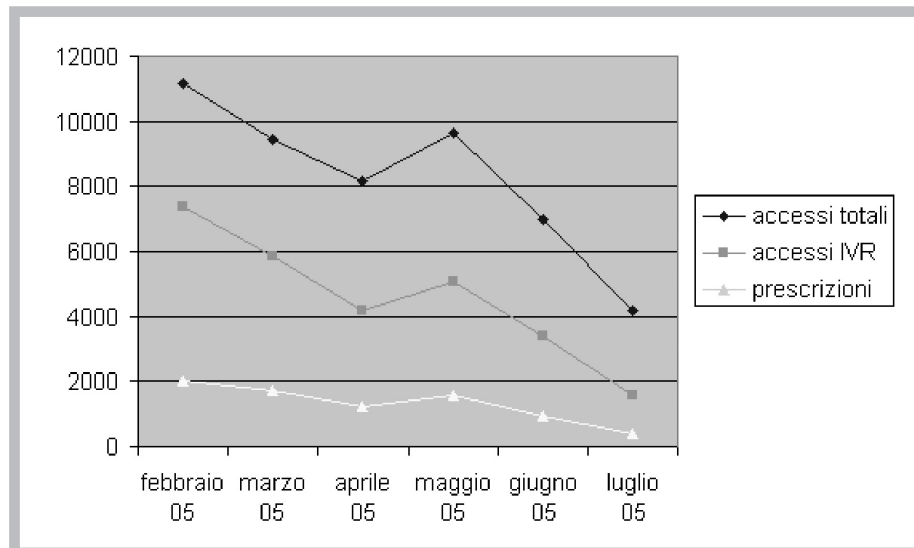
Il PdF faceva riferimento per le diagnosi a un elenco condiviso all'interno del gruppo relativo alle patologie di più frequente riscontro nella pratica ambulatoriale; per i principi attivi si riferiva ai 20 antibatterici per uso sistemico più prescritti secondo il Rapporto ARNO - Pediatria 2003 [1].

Per la registrazione dei dati il PdF si serviva di un semplice supporto informatico (maschera di raccolta con menu a tendina a opzioni pre-impostate), appositamente predisposto utilizzando il programma Microsoft Access, che permetteva quotidianamente, durante la stessa attività ambulatoriale, un veloce inserimento dei dati e mensilmente la formazione di una tabella riepilogativa. I dati così ottenuti sono stati in seguito analizzati utilizzando il programma Microsoft Excel versione 2003.

Sono stati valutati principalmente:

- ▶ il numero totale delle prescrizioni di antibiotico;
- ▶ i principi attivi prescritti;

FIGURA 1: ANDAMENTO NEL TEMPO DEGLI ACCESSI E DELLE PRESCRIZIONI



- ▶ le diagnosi formulate e i criteri diagnostici;
- ▶ la frequenza e le motivazioni della terapia intra-muscolare.

Inoltre sono state analizzate le relazioni:

- ▶ tra le diagnosi e il principio attivo;
- ▶ tra le diagnosi e il criterio diagnostico;
- ▶ tra le prescrizioni e il numero di accessi totale, di infezioni respiratorie e di assistiti.

Risultati

Allo studio, proposto ai 130 soci ACPM, hanno partecipato 35 PdF, di età compresa fra 38 e 55 anni, 27 femmine e 8 maschi, con una popolazione complessiva in carico di 28.215 bambini (media/pediatra 806; min. 601-max. 1008).

La dotazione di self-help era la seguente: tutti i partecipanti avevano a disposizione il test rapido per la ricerca dello SBEGA (TF), 34 lo stick delle urine (SU), 8 il test rapido per la determinazione della PCR, 4 l'otoscopia pneumatica, 2 il test per le agglutinine a frigore, 2 il microscopio per l'esame delle urine, 2 la camera di Burkner per la conta dei leucociti. Le tipologie più frequenti a disposizione erano: TF+SU nel 66% dei pediatri e TF+SU+PCR nel 17%; un solo PdF era dotato di tutti gli ausili summenzionati.

Nel corso dello studio (3944 giorni, media/pediatra 112,7; min. 89-max. 146) sono stati registrati 49.547 accessi (me-

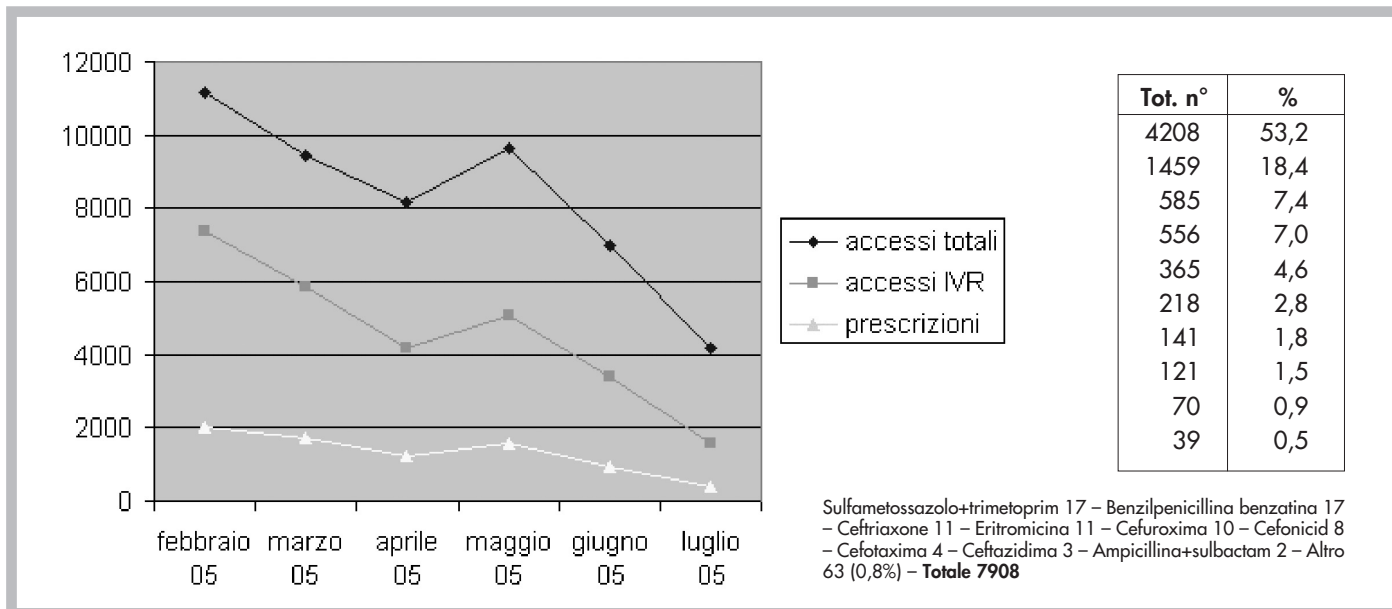
dia/pediatra 1415,6; mediana 1401; min. 609-max. 2317), di cui 27.443 per infezioni delle vie respiratorie (media/pediatra 857,6; mediana 64; min. 415-max. 1816), pari al 60% degli accessi totali. Le prescrizioni antibiotiche totali sono state 7908 (media/pediatra 225,9; mediana 219; min. 65-max. 504), effettuate nel 16% degli accessi totali.

Pertanto, in media, ogni giorno un PdF con 800 assistiti ha avuto circa 12 accessi, di cui 7 per infezioni respiratorie, e ha effettuato 2 prescrizioni antibiotiche. Nei sei mesi di studio il numero medio di accessi per bambino è stato di 1,75, di cui circa 1 per infezioni respiratorie, e un assistito su quattro ha ricevuto un trattamento antibiotico (dati indicativi in quanto non viene tenuto conto dell'entità degli accessi dei singoli assistiti). Gli accessi totali, quelli per infezioni delle vie respiratorie e le prescrizioni, hanno mostrato un decremento analogo e regolare da febbraio ad aprile; a un nuovo picco di tutti e tre i parametri, rilevato nel mese di maggio, è poi seguito un calo costante fino al termine dello studio, a fine luglio (figura 1).

La prescrizione è stata più alta il lunedì (27% del totale), è diminuita progressivamente durante la settimana fino al giovedì (16,2%) e ha avuto un nuovo picco il venerdì (20,3%).

Il 74,7% delle prescrizioni ha riguardato i bambini di età ≤ 6 anni, con una distribuzione crescente (dal 7,7% sotto l'anno fino al 14,4% all'età di 4 anni) e un suc-

FIGURA 2: DISTRIBUZIONE GENERALE E PER CLASSE DI ETÀ DEI DIECI PRINCIPI ATTIVI PIÙ PRESCRITTI



cessivo calo costante (dal 10,9% e 6,7% rispettivamente a 5 e 6 anni all'1,4% a 13 anni). Le diagnosi maggiormente formulate sono state: faringotonsillite (FT) (2131 volte pari al 26,9% del totale), otite media acuta (OMA) (1926-24,4%) e bronchite (1268-16%). Le prime dieci diagnosi (riportate in *tabella 1*) erano rappresentate da infezioni delle vie respiratorie e costituivano il 90% dell'intero gruppo.

La FT è stata diagnosticata costantemente durante tutto il periodo di osservazione (con un importante picco a maggio), eccetto nel mese di luglio in cui si assisteva a un netto calo di tutte le patologie. L'andamento delle diagnosi di OMA e di bronchite ha seguito quello della patologia stagionale, con un decremento progressivo da febbraio a luglio e una modesta risalita sempre nel mese di maggio. Al di sotto dei 3 anni la patologia più diagnosticata è stata l'OMA, nelle età successive la FT. Le tre affezioni più frequenti sono state maggiormente diagnosticate nei bambini di 4 e 5 anni; il decremento successivo è stato rapido nei 6-7 anni per l'OMA e la bronchite, più graduale per la FT.

Il criterio diagnostico maggiormente utilizzato è stato quello clinico, 5636 volte, pari al 71,3%; il self-help è stato utilizzato in 1643 casi, pari al 20,8% delle diagnosi effettuate; esami sono stati richiesti 172 volte (2,2%); l'indicazione di colle-

ghi ha portato alla prescrizione di un antibiotico in 412 casi (5,7%). Sono state formulate con l'ausilio del self-help il 62% delle diagnosi di FT, il 53% di quelle di cistite, il 33% di scarlattina, mentre solo il 3% delle diagnosi di OMA e l'1% di bronchite.

I principi attivi più prescritti sono stati nell'ordine: amoxicillina (4208 volte pari al 53,2%), l'associazione amoxicillina+acido clavulanico (1459-18,4%), cefacloro (585-7,4%), claritromicina (556-7%) e azitromicina (365-4,6%); insieme questi cinque antibiotici costituivano oltre il 90% delle prescrizioni. Molto basse le prescrizioni del sulfametossazolo-trimetoprim, di ceftriaxone e di eritromicina; il complesso dei sei principi attivi per via intramuscolare è stato utilizzato 45 volte (0,6% del totale) da 17 PdF, su indicazione clinica nell'80% dei casi. Rispetto ai venti principi attivi di riferimento la lincomicina non è mai stata prescritta (*figura 2*).

Le penicilline sono risultate il sottogruppo chimico-terapeutico più utilizzato (nel 71,9% dei casi), cinque volte di più delle cefalosporine (14,8%) e dei macrolidi (12,3%). All'interno dei rispettivi gruppi l'amoxicillina è stata prescritta tre volte di più dell'associazione con acido clavulanico, il cefacloro una volta su due, la claritromicina e l'azitromicina rispettivamente nel 57% e nel 38% dei casi. Come è visibile sempre nella *figura 2*,

tutti i primi dieci principi attivi, tranne la rokitamicina, sono stati prescritti in maggior misura a bambini di età inferiore a 6 anni, in particolare amoxicillina, cefacloro, cefpodoxima e ceftibuten; questi ultimi due sono stati anche più utilizzati sotto l'anno.

La stratificazione per età non evidenzia sostanziali differenze di tipologia dei dieci principi attivi più prescritti in ogni classe di età: in particolare i primi cinque erano sempre gli stessi antibiotici più utilizzati nell'intera popolazione (tranne sotto l'anno dove il cefixima sostituisce l'azitromicina), con amoxicillina e amoxicillina+acido clavulanico sempre nelle prime due posizioni.

Nella *tabella 1* sono presentate le correlazioni fra diagnosi formulate e principi attivi prescritti. Per il trattamento di ognuna delle dieci patologie più diagnosticate sono stati impiegati in media 12 principi attivi diversi, 17 nell'OMA e 15 nella FT.

L'azitromicina è stato il principio attivo più prescritto nella tosse persistente, l'amoxicillina-acido clavulanico nella broncopneumite (BCP), l'amoxicillina in tutte le altre otto affezioni. Tutti i cinque principi attivi più utilizzati sono stati prescritti in tutte le dieci patologie, tranne amoxicillina+acido clavulanico, non utilizzabile nella tosse persistente.

Con amoxicillina sono stati trattati due terzi dei casi di FT e più della metà di

TABELLA 1: RELAZIONE TRA DIAGNOSI FORMULATE E PRESCRIZIONI EFFETTUATE

Patologia	Diagnosi		Prescrizioni	
	n°	%	Principio attivo	%
Faringotonsillite	2131	26,9	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Cefixima Azitromicina Altri (10)	65,1 15,2 8,1 2,8 2,3 6,5
Otite media acuta	1926	24,4	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Cefixima Cefpodoxima Altri (12)	52,6 23,4 10,9 3,2 2,6 7,3
Bronchite	1268	16,0	Amoxicillina Claritromicina Amoxi+clavulanico Azitromicina Cefacloro Altri (9)	53 18 13,4 6,4 4,8 4,4
Infez. vie aeree sup.	470	5,9	Amoxicillina Cefacloro Cefixima Amoxi+clavulanico Azitromicina Altri (5)	69,6 6,8 6,6 6,0 3,6 7,4
Bronchite asmatica	338	4,3	Amoxicillina Claritromicina Amoxi+clavulanico Azitromicina Cefacloro Altri (9)	42,0 22,5 14,2 12,4 3,6 5,3
Scarlattina	254	3,2	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Claritromicina Azitromicina Altri (4)	68,9 17,3 5,9 2,4 1,6 3,9
Broncopolmonite	251	3,2	Amoxi+clavulanico Claritromicina Amoxicillina Cefpodoxima Azitromicina Altri (6)	33,5 26,3 25,5 3,6 3,2 7,9
Sinusite	206	2,6	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Cefpodoxima Azitromicina Altri (7)	51,0 24,8 6,8 4,4 3,9 9,1
Tracheite	146	1,8	Amoxicillina Claritromicina Azitromicina Amoxi+clavulanico Cefacloro Altri (3)	47,3 24,0 13,0 9,6 2,7 3,4
Tosse persistente	134	1,7	Azitromicina Claritromicina Amoxicillina Cefacloro Rokitamicina Altri (3)	52,2 28,4 12,7 3,0 1,5 2,2
Altre	784	10,0		
Totale	7908	100		

quelli di OMA; per entrambe queste indicazioni l'associazione con acido clavulanico e il cefacloro sono stati rispettivamente il secondo e il terzo antibiotico più prescritto, in misura molto inferiore. Nella BCP i principi attivi più utilizzati (nell'ordine amoxicillina+acido clavulanico, claritromicina, amoxicillina) sono stati impiegati in modo più uniforme. In queste tre patologie i tre farmaci più utilizzati coprono complessivamente poco meno del 90% delle prescrizioni ed è stato impiegato il 64,4% degli antibiotici per via intramuscolare; la benzatil-penicillina è stata usata nell'80% delle quindici FT trattate per via i.m., le cefalosporine nel 67% delle nove OMA e il ceftriaxone in tutte le cinque BCP.

Nella *tabella 2* vengono riportati alcuni parametri utili a descrivere la variabilità tra i PdF partecipanti allo studio degli accessi e dell'attitudine diagnostico-prescrittiva. Emerge, tra l'altro, come l'elevato ricorso al self-help si associ con una minima prescrizione di antibiotici: analizzando congiuntamente i dati di ogni singolo medico relativi al diverso utilizzo del self-help come criterio diagnostico e alle prescrizioni di antibiotici/100 accessi totali, emerge una chiara associazione tra l'elevato ricorso al self-help e una minore prescrizione di antibiotici (test della mediana, Chi quadro con 1 GL 6,41, $p < 0,05$).

Discussione

Con questa ricerca osservazionale prospettica tra i pediatri ACPM abbiamo voluto descrivere la prescrizione di antibiotici nella Pediatria di Famiglia; nell'ambito degli studi sulle cure primarie in età pediatrica il nostro lavoro si caratterizza per alcuni aspetti originali:

- ▶ la tipologia: gli stessi pediatri in prima persona hanno osservato e descritto direttamente la loro pratica clinica quotidiana;
- ▶ le dimensioni: la numerosità dei PdF partecipanti e della popolazione in carico, dei giorni di osservazione, e conseguentemente degli accessi, degli eventi morbosi e delle prescrizioni;
- ▶ la specificità: l'attenzione posta, nell'ambito della prescrizione di farmaci, agli antibiotici;
- ▶ le novità: lo studio del percorso clinico-diagnostico, del supporto in esso

del self-help, la descrizione qualitativa e temporale degli eventi morbosi e delle relative terapie;

- l'appartenenza al gruppo culturale: motivazione al continuo miglioramento del proprio "bagaglio" professionale e stimolo all'adesione a uno studio della durata di sei mesi.

Nel nostro studio la prescrizione antibiotica è determinata per oltre il 90% dalla patologia respiratoria, che è causa del 60% degli accessi ed è costituita per oltre la metà dall'insieme di FT e OMA. Il profilo prescrittivo complessivo si caratterizza per un alto impiego di amoxicillina, da solo oltre la metà del totale, e di conseguenza delle penicilline, e per un basso utilizzo di cefalosporine e macrolidi, prescritti cinque volte di meno. Viene confermato il dato dell'abbandono dell'utilizzo di molecole "storiche" quali l'eritromicina a vantaggio di claritromicina e azitromicina, e del sulfametossazolo-trimetoprim. L'uso assolutamente irrilevante di principi attivi per via intramuscolare potrebbe essere dovuto da una parte a una valutazione attenta sia dell'evento morboso sia delle condizioni del malato e dall'altra alla presumibile ospedalizzazione delle forme più gravi.

Nella **tabella 3** confrontiamo i risultati di questa ricerca con quelli di altre descritte in letteratura, seppur con setting differenti: si può affermare che il profilo prescrittivo dei 35 PdF dell'ACPM presenta analogie e differenze [1-11].

In tutti gli studi confrontabili i quattro principi attivi più prescritti sono amoxicillina, l'associazione amoxicillina + acido clavulanico, il cefacloro e la claritromicina, anche se con ordine e percentuali differenti, con le due penicilline nelle prime due posizioni, eccetto che nello studio del Friuli. Oltre a questi due principi attivi nelle prime sei posizioni vi sono sempre due cefalosporine e due macrolidi, eccetto nella ricerca condotta a Lecco nel 2003, dove abbiamo il ceftibuten al posto dell'azitromicina. Confrontando le percentuali dei sei antibiotici più utilizzati nella nostra ricerca con quelle degli stessi principi attivi degli altri studi, notiamo che la nostra prescrizione delle due penicilline è sempre maggiore e di conseguenza sempre minore quella dei successivi quattro antibiotici. Questo dato è confermato nel confronto con lo

TABELLA 2: VARIABILITÀ DI ACCESSI, CRITERI DIAGNOSTICI E PRESCRIZIONI TRA I 35 PDF RICERCATORI

	media	min - max	mediana
Accessi / 100 assistiti	176	79 - 312	159
Accessi IVR / 100 assistiti	97	50 - 210	95
Accessi IVR / accessi totali	55	30 - 82	63
Criterio diagnostico clinico	71,3	18 - 91	74
Criterio diagnostico self-help	20,8	3 - 75	19
Prescrizioni / 100 assistiti	28	7 - 50	26
Prescrizioni / 100 accessi	16	4 - 28	15
Prescrizioni / 100 accessi IVR	29	5 - 45	27

TABELLA 3: CONFRONTO DELLA PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI NEI DIVERSI STUDI

Principio attivo	ACPM 2005*		ARNO 2003**/(a)		LECCO 2003**/(b)		VENETO 2002*		FRIULI 1998*		PUGLIA 1998*/(c)	
	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.
*prescrizioni; **pezzi												
Amoxicillina	53,2	1	14,4	2	n.d.	1	24,6	2	24,0	1	31,2	1
Amoxi+clavulanico	18,4	2	23,3	1	n.d.	2	26,4	1	15,5	3	13,9	2
Cefacloro	7,4	3	10,4	3	n.d.	3	26,1(x)	-	15,6	2	9	4
Claritromicina	7,0	4	9,1	4	n.d.	4	24,8(y)	-	11,1	4	9,4	3
Azitromicina	4,6	5	7,2	6	n.d.	7	-	-	9,7	5	7,7	5
Cefixima	2,8	6	6,3	7	n.d.	6	-	-	5,4	6	6,2	6
Cefpodoxima	1,8	7	2,3	8	n.d.	9	-	-	0,6	15	-	-
Ceftibuten	1,5	8	5,3	9	n.d.	5	-	-	3,1	8	-	-
Cefprozil	0,9	9	1,3	13	n.d.	11	-	-	-	-	-	-
Rokitamicina	0,5	10	0,8	16	n.d.	8	-	-	1,6	10	-	-
Ceftriaxone	0,1	13	7,3	5	n.d.	10	-	-	-	-	-	-

(a) pezzi/assistito min-max: 1,4-2,0. Ceftriaxone media 5,8
 (b) pezzi/assistito min-max: 1,4-2,4. Ceftriaxone media 6,3
 (c) dati elaborati dal testo
 (x) cefalosporine totali Veneto (ACPM 2005 14,9%)
 (y) macrolidi totali Veneto (ACPM 2005 12,2%)

studio Puglia-Basilicata, i cui risultati, per analogia del disegno, sono i meglio confrontabili con i nostri.

Ne consegue, anche se i dati non sono stati raccolti per una valutazione di appropriatezza prescrittiva, una maggiore aderenza alle principali linee guida a livello nazionale relative al trattamento delle comuni patologie dell'albero respiratorio che indicano quale prima scelta le penicilline, e in particolare l'amoxicillina, come confermato dai dati di trattamento specifici per FT e OMA; la distribuzione più uniforme dei principi attivi impiegati nella BCP può riflettere l'attenzione alla diversa eziologia e gravità di questa patologia nelle diverse età [6-8].

Da segnalare, inoltre, l'utilizzo nella terapia di ciascun quadro morboso, di un

numero eccessivo di principi attivi, in particolare di cefalosporine.

La dotazione di self-help nei partecipanti (solo il TF e lo SU erano a disposizione della totalità dei pediatri) evidenzia che i pediatri ricercatori stanno incominciando ad avvalersi nella pratica ambulatoriale di questi ausili diagnostici. In pratica, allo stato attuale, l'utilizzo del self-help si è dimostrato rilevante solo nella diagnosi di FT anche se in questa patologia il suo impiego dovrebbe essere maggiore alla luce delle più recenti linee guida [9-10]. Non è possibile sapere se l'utilizzo dei test diagnostici abbia influenzato la prescrizione antibiotica, in quanto in questo studio l'uso del self-help è stato registrato e descritto solo quando associato all'utilizzo di antibiotici-

ci e non, anche nei casi in cui non sia stato seguito da tale prescrizione. Sicuramente una maggiore disponibilità e una migliore confidenza con questi strumenti possono essere di grande aiuto nella pratica ambulatoriale per incrementare l'accuratezza diagnostica in un numero più ampio di patologie. Per evidenziare al meglio tutte le variabili in grado di influenzare la prescrizione, è opportuna un'analisi multivariata, non preventivata in questa ricerca e che è nostra intenzione eseguire nei prossimi studi.

Questo studio è stato di sicuro interesse perché ha dato l'opportunità da una parte al singolo PdF partecipante di definire e contestualizzare il proprio comportamento diagnostico-prescrittivo rendendone possibile una valutazione di accuratezza e appropriatezza, dall'altra all'intero gruppo di definire e implementare meglio adeguati percorsi formativi.

Abbiamo verificato con questa ricerca che l'ambito oggetto delle maggiori attenzioni in relazione alla prescrizione antibiotica debba essere quello delle infezioni respiratorie, soprattutto le più frequenti; inoltre la sempre maggiore possibilità di avvalersi nell'attività quotidiana del self-help e il riscontrato grado di aiuto nella formulazione della diagnosi meritano ulteriore promozione nella Pediatria di Famiglia con nuovi studi che ne approfondiscano uso e ruolo nelle diverse patologie.

È in questa direzione che intendiamo impegnarci, per il prossimo futuro, nella ricerca nell'ambito delle cure primarie dell'età pediatrica.

Messaggi chiave

Che cosa già si conosceva

- ▶ la rilevanza della patologia respiratoria in pediatria ambulatoriale;
- ▶ l'abbandono dell'utilizzo di alcuni principi attivi "storici".

Che cosa dice di nuovo questo studio

- ▶ l'analisi del percorso clinico-diagnostico e del supporto del self-help;
- ▶ la relazione tra diagnosi effettuata e trattamento antibiotico prescritto;
- ▶ la descrizione qualitativa e temporale degli eventi morbosi.

Che cosa non dice ancora

- ▶ l'uso e il ruolo del self-help nelle diverse infezioni respiratorie. ♦

Pediatr di famiglia partecipanti

D. Bacchiocchi, E. Ballerini, M.P. Battilana, A. Biolchini, G. Biondelli, F. Bojocchi, M.R. Cajani, L. Case, E. Cazzaniga, R. Cazzaniga, M. Clerici Schoeller, M. Colombo, D. Corbetta, S. Curto, B. Damiani, C. Di Francesco, M.E. Di Pietro, G. Doro, C. Gussoni, G. Lietti, M. Mantegazza, L. Mauri, G. Meregalli, A. Monolo, M. Narducci, A. Nova, M. Petrone, L. Rabbone, A. Saccaggi, E. Sala, L. Scotti, B. Spinelli, M.T. Tartero, M.C. Torrieri, A. Villella.

Elaborazione dati

Roberto Buzzetti, epidemiologo, Rimini.

Bibliografia

- [1] Clavenna A, Bonati M, Rossi E, et al. Il profilo prescrittivo della popolazione pediatrica italiana nelle cure primarie. *Ricerca&Pratica* 2004;120:224-94.
- [2] Sorveglianza Pediatri Sentinella. Attitudini Prescrittive in Pediatria (APE). Istituto Superiore di Sanità, 2004; spes@iss.it.
- [3] Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M, Gruppo di lavoro ACP Puglia-Basilicata. Attitudini prescrittive nella Pediatria di Famiglia. *Giornale italiano di Farmacia clinica* 2001;15(1):21-5.
- [4] Saugo M, Pellizzari M, Giarno M, et al. Prescrizione di antibiotici sistemici in età pediatrica nell'ULSS n° 4 "Alto Vicentino": fattori legati al bambino e al medico curante. *Medico e Bambino*, pagine elettroniche 2004; 7(7); http://www.medicoebambino.com/index.php?id=RI0407_10.html.
- [5] Clavenna A, Bonati M, Campi R, et al. La prescrizione di farmaci per i bambini e gli anziani nella ASL di Lecco. *Ricerca&Pratica* 2007;135:100-12.
- [6] Gruppo di lavoro sulle linee guida per la prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni pediatriche delle vie respiratorie. Azienda USL di Bologna Città, Bologna Sud, Bologna Nord. Prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni respiratorie. *Medico e Bambino* 2000;7:431-47.
- [7] Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna. Raccomandazioni faringotonsillite, 2007; http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss.153.htm.
- [8] Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna. Raccomandazioni otite media acuta, 2007; http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss.154.htm.
- [9] Finish Medical Society Duodecim. Sore throat and tonsillitis. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd., 2004.
- [10] Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acute pharyngitis. Bloomington (MN). Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2005:33.
- [11] Borgnolo G, Simon G, Francescutti C, et al. Antibiotic prescription in Italian children: a population-based study in Friuli Venezia Giulia, north-east Italy. *Acta Paediatr* 2001;90:1316-20.

A nome di tutti i partecipanti alla ricerca comunico la totale assenza di conflitti di interesse nell'utilizzo di strumenti, attrezzature, materiali, e di non avere avuto aiuti di alcun tipo per la formazione della casistica, per la stesura, elaborazione e revisione del lavoro (AN).

AICPAM
Associazione Italiana Consulenti
Professionali in Allattamento Materno

CORSI ON-LINE IN ITALIANO SULL'ALLATTAMENTO MATERNO

L'AICPAM annuncia l'attivazione di una serie di corsi on-line, in italiano, sull'allattamento materno in collaborazione con Health-e-Learning, creatori dei corsi BreastEd. Più di 2500 utenti hanno completato i corsi BreastEd in 27 Paesi del mondo.

La serie dei corsi BreastEd/AICPAM comprende dieci corsi individuali riguardanti tutti gli aspetti principali della lattazione umana più un corso sull'etica.

I corsi sono indicati per gli operatori che lavorano quotidianamente nel campo dell'assistenza a coppie madre-bambino. Il programma completo fornisce una preparazione all'esame IBLCE necessario a diventare consulente IBCLC. Nel 2007 una delle nostre studentesse ha ottenuto il voto più alto di tutta l'Europa.

La formazione on-line permette una flessibilità mai offerta prima. Si può studiare da qualsiasi computer con una connessione internet. I corsi sono suddivisi in moduli e/o argomenti di studio che permettono di studiare molto tempo oppure per quei pochi minuti in un ritaglio di tempo. Si possono ripassare gli argomenti finché non si sono capiti a fondo.

I programmi principali sono facilitati da un esperto nel campo. Si può contattare il tutor facilmente e velocemente e, in più, si possono vedere altri studenti del corso e scambiare idee con loro tramite un forum.

Per ulteriori informazioni, visitare il sito www.aicpam.org