

Ricerca e salute

Sono qui riportati gli abstract delle cinque relazioni che hanno costituito la sessione "Ricerca e salute" del XXI Congresso Nazionale ACP di Cesenatico 2009. La partecipazione è stata attenta, numerosa e attiva. Tre studi multicentrici, che hanno visto la presenza di circa 300 pediatri di famiglia dell'Associazione, si sono conclusi e saranno oggetto di prossima pubblicazione sia nazionale che internazionale. È stato presentato il protocollo definitivo del primo trial sperimentale di efficacia, randomizzato e in doppio cieco, che sarà condotto in pediatria di famiglia, promosso dall'IRFMN di Milano e dall'ACP nell'ambito dei progetti di ricerca nazionale no profit banditi dall'AIFA. 5 abstract che documentano l'impegno dell'Associazione a produrre evidenze nella pratica per la risposta a problemi correnti ancora inevasi. (M.B.)

Ricerca clinica e organizzativa in ambito perinatale con l'utilizzo dei dati correnti

Dante Baronciani, Vittorio Basevi, Emilio Perrone

Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS), Modena

I dati correnti, quelli rilevati routinariamente su indicazioni legislative o da specifici gruppi di professionisti, non sono sinonimo, come spesso si afferma, di imprecisione e neppure "vecchi". Per un corretto utilizzo dei dati correnti è necessaria una scelta strategica di fondo: discutere con i "rilevatori", ovvero i professionisti clinici, l'impostazione: della rilevazione (per esempio quali modifiche apportare regionalmente al CedAP), dell'elaborazione (discutere quali dati "incrociare") e dell'analisi (confrontare le diverse interpretazioni dei dati). I dati correnti costituiscono un ottimo "generatore di ipotesi" che possono essere validate con studi ad hoc. Vengono riportati alcuni esempi nell'ambito sia della ricerca clinico-epidemiologica sia della ricerca clinico-organizzativa. Per quanto riguarda l'area clinico-epidemiologica si evidenzia, a titolo di esempio, come l'incrocio dei dati delle schede di dimissione ospedaliera delle donne ricoverate in ostetricia, con il Registro regionale di mortalità abbia permesso di correggere la sottostima di mortalità materna derivante dai dati ISTAT. Altri esempi riguardano l'utilizzo dei dati correnti: per confermare studi di letteratura (rapporto tra presentazione podalica e fumo materno o parto cesareo) o validare i risultati di RCT (distress respiratorio neonatale e mancata profilassi steroidea nei cesarei elettivi a termine). Un altro utilizzo dei dati correnti deriva dai confronti: i dati della retinopatia del pretermine del Registro regionale se confrontati a quelli del Vermont Network evi-

denziano una criticità che fa ipotizzare la necessità di uno studio sulla riproducibilità diagnostica in ambito regionale. Per quanto riguarda l'ambito clinico-organizzativo viene affrontato il ruolo dei dati nel ciclo dell'audit: misura del divario esistente da quanto raccomandato e indicatori di valutazione del cambiamento.

La prescrizione antibiotica e il self-help nelle infezioni respiratorie nella pratica ambulatoriale del pediatra di famiglia

Aurelio Nova, Laura Mauri, Mario Narducci, Federica Zanetto, a nome del Gruppo di Studio (58 PdF)

Pediatri di Famiglia, Associazione Culturale Pediatri, Milano e Provincia

Obiettivi. Lo studio intende valutare l'entità e le modalità dell'utilizzo del self-help (SH) e della prescrizione di antibiotici da parte del pediatra di famiglia (PdF) nelle infezioni respiratorie (IR).

Materiali e Metodi. PdF della Regione Lombardia hanno registrato nell'anno 2007, una settimana al mese, il percorso diagnostico-terapeutico delle IR osservate.

Risultati. Hanno partecipato alla ricerca 58 PdF con una popolazione di 49.525 assistiti; tutti i pediatri utilizzavano un test rapido per SBEGA (TF), 29 il test per la proteina C reattiva (PCR), 16 l'otoscopia pneumatica, 11 la determinazione dei leucociti (GB).

Si sono verificati 23.801 accessi per IR: in base alla clinica in 4578 di questi è stato prescritto un antibiotico; in 3489 è stato eseguito un SH (nel 72,1% il TF, nel 21,3% GB e/o PCR), il cui risultato ha portato nel 47,5% dei casi alla non prescrizione. La diagnosi, definita negli 8067 accessi in cui è stato utilizzato il SH e/o prescritto un antibiotico, è stata: bron-

copolmonite (5,8%), faringotonsillite (39,9%), otite media acuta (18,6%), sinusite (1,9%), altre infezioni respiratorie (33,8%). Il criterio clinico ha supportato il 56% delle diagnosi, il SH il 43,2% di queste e il 25% delle prescrizioni antibiotiche. Sono state effettuate 6048 prescrizioni di antibiotico: amoxicillina (57,8%), amoxicillina+ac. clavulanico (18,1%), claritromicina (6,7%), azitromicina (6,3%) e cefacloro (4,8%); le penicilline sono state prescritte nel 76,2% dei casi, i macrolidi nel 13,4% e le cefalosporine nel 10,3%. La prescrizione di macrolidi è correlata a un minor utilizzo di SH.

Conclusioni. La progressiva diffusione del SH può rivestire un fattore determinante nel miglioramento dell'accuratezza diagnostica e dell'appropriatezza prescrittiva nella pratica ambulatoriale del PdF.

La terapia del bambino asmatico e della sua famiglia nell'ambulatorio del pediatra

Laura Reali

Pediatra di famiglia, Roma

Obiettivi. Capire il ruolo dei pediatri ambulatoriali nella gestione del bambino asmatico (non ci sono dati disponibili); rilevare le differenze nelle pratiche cliniche dei diversi Paesi europei.

Materiali e Metodi. 441 pediatri ambulatoriali. Belgio (60), Francia (80), Germania (80), Italia (100), Lussemburgo (46), Slovenia (75), reclutati su base volontaristica dal rappresentante locale della SEPA/ECPCP in ogni Paese partecipante.

È uno studio retrospettivo condotto dal 5 gennaio al 5 febbraio 2009. Ogni pediatra ha selezionato gli ultimi 3 pazienti affetti da asma persistente, di età > 6 anni, visitati entro i 3 mesi precedenti e ha quindi risposto a un questionario informativo per ognuno dei 3 bambini sele-

Per corrispondenza:
Maurizio Bonati
e-mail: mather_child@marionegri.it

ricerca

zionati. Un altro questionario raccoglieva informazioni sulla tipologia di ambulatorio in cui operava il pediatra partecipante.

Le schede compilate sono state poi inviate dal singolo partecipante al centro elaborazione dati, in busta anonima preaffrancata.

Risultati. 436 pediatri hanno aderito, 290 (66,6%) hanno poi effettivamente risposto, 274 (63%) in maniera interpretabile. Un risultato accettabile per uno studio pilota.

Eclatante, anche se prevedibile, l'eterogeneità delle pratiche. La maggiore variabilità è stata osservata: nella realizzazione di un piano terapeutico personalizzato (PAP), nella misurazione del picco di flusso (PEF), nel programma di follow-up. La maggiore concordanza: spiegazioni sul trattamento, uso dei farmaci e stili di vita. I pediatri in rete seguono di più le linee guida.

I limiti più importanti di questo studio pilota: la sua retrospettività; la scarsa rappresentatività del campione di pediatri in studio; l'uso di questionari dichiarativi; nessuna verifica di avvenuta comprensione delle informazioni fornite dai pediatri ai pazienti e alle loro famiglie.

Conclusioni. Sono state messe a confronto per la prima volta le pratiche ambulatoriali di diversi Paesi europei ed è stata verificata la fattibilità di uno studio multinazionale, con una spesa trasparente.

La gestione del testicolo ritenuto: confronto fra linee guida e pratica clinica

Federico Marchetti*, **Luca Ronfani***, **Gianni Piras****, **Jenny Bua***, **Gianluca Tornese***, **Giacomo Toffol****, a nome del Gruppo di studio sul trattamento del testicolo ritenuto in Italia (140 PdF)

*Clinica Pediatrica, Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Dipartimento di Chirurgia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste; **Associazione Culturale Pediatri.

Il testicolo ritenuto (TR) è presente alla nascita in percentuali variabili dal 2% all'8%. Le raccomandazioni sul trattamento del TR, riportate in una recente Consensus, sono importanti per poter

prevenire le conseguenze in età adulta di una mancata discesa testicolare, quali l'azoospermia o oligospermia, l'insufficienza endocrina e la possibile degenerazione tumorale del testicolo. Viene raccomandato di eseguire l'intervento di orchidopessi entro il 1° anno di vita in centri di chirurgia pediatrica e di non utilizzare la terapia ormonale.

Obiettivi. Descrivere la gestione del testicolo ritenuto nella realtà italiana, con riferimento alla frequenza di uso della terapia ormonale, l'età media all'orchidopessi, frequenza di utilizzo di centri di chirurgia pediatrica per l'intervento.

Materiali e Metodi. Lo studio è descrittivo e multicentrico con la partecipazione dei PdF appartenenti alla rete dell'Associazione Culturale Pediatri. Sono stati reclutati tutti i bambini nati fra il 1° gennaio 2004 e il 1° gennaio 2006 con la diagnosi di TR. Per ogni bambino con TR è stata completata una scheda di rilevazione dati con l'indicazione di informazioni riguardanti il PdF partecipante allo studio e il bambino che ha avuto, durante il periodo di sorveglianza considerato, la diagnosi di TR. Hanno aderito allo studio 140 PdF. 83/140 pediatri (59%) seguivano bambini con TR nel periodo definito dal protocollo, per un totale di 177 bambini reclutati.

Risultati. La terapia ormonale è utilizzata in circa 1 bambino su 4 affetto da TR, prevalentemente prima dell'intervento chirurgico, con una percentuale di successo riportata del 20%. L'età media dell'intervento è risultata molto più alta (21 mesi) di quella raccomandata, mentre solo il 14% dei bambini è stato sottoposto a chirurgia entro il 1° anno di vita. Il 37% dei bambini ha eseguito l'intervento oltre i 2 anni di età. Sembra esserci una certa variabilità tra le regioni in merito all'utilizzo della terapia ormonale e all'età media in cui viene eseguito l'intervento di orchidopessi. Nell'89% dei casi l'intervento è stato eseguito presso un centro di chirurgia pediatrica. Nell'87% dei casi in un centro chirurgico della regione.

Conclusioni. La trasferibilità delle correnti raccomandazioni nella pratica italiana è una priorità che vede coinvolti i pediatri di famiglia, gli endocrinologi e i chirurghi pediatri.

Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare

Antonio Clavenna*, **Michele Gange-mi****, **Gianluigi Casadei*****, **Livio Garrattini*****, **Maurizio Bonati***

*Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano; **Associazione Culturale Pediatri; ***Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti", Ranica (BG)

Il wheezing virale è una patologia frequente nei bambini in età prescolare. In Italia la prevalenza nei bambini <18 mesi è stata stimata del 19%.

Malgrado l'efficacia dei trattamenti farmacologici per la prevenzione e il trattamento del wheezing virale sia controversa, gli steroidi da nebulizzare, in particolare il beclometasone, sono ampiamente prescritti in Italia.

Il beclometasone è il secondo farmaco più prescritto in età pediatrica tra quelli rimborsabili dal SSN, con una prevalenza che varia da 9 a 22% a seconda delle ASL, e il quarto in ordine di spesa. La prevalenza di prescrizione del beclometasone non è variata periodo 2000-2006.

In un contesto caratterizzato dalla scarsità evidenze si rende necessaria una valutazione metodologicamente rigorosa della pratica corrente mediante uno studio clinico randomizzato.

Obiettivi. Valutare la sicurezza e l'efficacia del beclometasone nella prevenzione del wheezing in bambini con infezioni virali delle vie aeree superiori.

Metodi. Verrà condotto uno studio clinico controllato randomizzato verso placebo. Lo studio verrà svolto nell'ambito della medicina generale, con il coinvolgimento di 36 pediatri di libera scelta appartenenti a 9 ASL rappresentative del territorio nazionale.

Verranno arruolati 576 bambini di 1-5 anni di età, con presenza di infezioni virali delle vie aeree superiori nel corso della visita iniziale e almeno un precedente episodio di wheezing associato a infezioni delle vie aeree nel corso dei 12 mesi precedenti. I bambini con ipersensibilità ai cortisonici, con patologie respiratorie croniche, con presenza di wheezing nel corso della visita iniziale o che abbiano assunto cortisonici nel mese pre-

cedente verranno esclusi dallo studio. I pazienti verranno randomizzati in due gruppi di trattamento:

gruppo a: beclometasone sospensione da nebulizzare 400 mcg 2 volte/die per 10 giorni;

gruppo b: soluzione fisiologica da nebulizzare 2 volte/die per 10 giorni.

In caso di comparsa di wheezing il pediatra potrà somministrare la terapia che ritiene più opportuna (beta2-agonisti a breve durata d'azione, steroidi per os, steroidi inalatori).

Lo stato di salute dei pazienti verrà monitorato per 6 mesi dopo il termine della terapia e verranno raccolti dati sulla riacutizzazione e/o ricomparsa di infezioni delle vie aeree e/o di wheezing.

L'endpoint primario sarà rappresentato dalla percentuale di pazienti che presentano wheezing (diagnosticato dal pediatra) nel corso dell'infezione delle vie aeree superiori. Verranno inoltre raccolti i dati sui costi sanitari diretti.

Risultati attesi

- Valutazione dell'efficacia e della sicurezza di un approccio terapeutico ampiamente condiviso tra i pediatri.
- Valutazione dell'incidenza del wheezing virale e della storia naturale della malattia.
- Valutazione economica di costo-efficacia dell'impiego profilattico del beclometasone secondo la prospettiva del SSN.
- Raccolta di evidenze utili per pianificare interventi formativi ed educativi per implementare l'uso razionale dei farmaci in età pediatrica. ♦



Neuropsichiatria Quotidiana per il Pediatra

VII Incontro Nazionale

Roma 12-13 marzo 2010

Istituto Superiore Antincendi - Via del Commercio 13

TRE IN UNO. METTIAMOCI IN GIOCO

Venerdì 12 marzo

- 12,00 Registrazione dei partecipanti
 14,30 "Benvenuti e buon lavoro" Saluto del presidente dell'ACP Lazio (L. Reali)
 14,40 "Dovremo lavorare così" Presentazione del Convegno
 15,00 "Funziona davvero? Efficacia degli interventi riabilitativi"
 Parte prima (G. Valeri)
 15,30-19 "Tutti al lavoro!"
 Svolgimento delle sessioni di lavoro (circa 50 discenti per sessione)

I segni di ritardo neuro-motorio del lattante nelle mani del pediatra

Quali le cause e come si presentano? Quali raccomandazioni efficaci può dare il Pediatra ai genitori? Utilizzeremo video didattici ed esercitazioni su manichino (F. Perrotta, A. Kofler)

Il questionario SDQ sulla scrivania del pediatra

L'SDQ, basato sui punti di forza e debolezza del bambino, permette di esplorare difficoltà nell'ambito delle sfere comportamentale, relazionale, emotiva, applicabile dai 4 ai 16 anni. Impareremo ad utilizzare il questionario e a interpretarne i risultati (C. Calzone, G. Valeri)

La medicina narrativa nella stanza del pediatra

Obiettivo centrale della medicina narrativa è l'efficacia terapeutica della relazione medico-paziente. A questo scopo il professionista può imparare a evocare, guidare e, se il caso, interrompere la narrazione del paziente. Lavoreremo utilizzando filmati, favole famose e altre storie (S. Quadrino, G. Bert)

Sabato 13 marzo

- 9,00 "Funziona davvero? Efficacia degli interventi riabilitativi"
 Parte seconda (G. Valeri)
 9,30 "Tutti al lavoro!". Svolgimento delle sessioni di lavoro
 13,00 Pranzo
 14,30-18 "Tutti al lavoro!". Svolgimento delle sessioni di lavoro
 18,00 "Com'è andata e cosa portiamo a casa". La parola ai docenti e ai discenti
 18,30 Consegna crediti ECM e conclusione del Convegno

Segreteria Scientifica

C. Berardi, E. Coltura, S. Corbo, F. Marolla, L. Marolla, M. Orrù, F. Panizon, V. Sarno

Segreteria Organizzativa

DALTOURS srl, tel. 06-66000016; e-mail: laura@daltours.it

Quote d'iscrizione

Medici e psicologi: 180,00 €

Specializzandi: 80,00 €