

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

Linee guida della Regione Emilia-Romagna sulla Faringotonsillite acuta e sull' Otite Media Acuta in età pediatrica. Dossier n. 253/2015 e n. 254/2015.

Commento a cura di Roberto Buzzetti¹, Miriana Callegari², Rita Signorini³, Mattia Doria⁴

1. Epidemiologo (Bergamo)

2. Pediatra di famiglia (Treviso), gruppo di studio CESPERS, progetto PDTA regione Veneto

3. Pediatra di famiglia (Belluno), gruppo di studio CESPERS, progetto PDTA regione Veneto

4. Pediatra di famiglia (Venezia), presidente Centro Studi Veneto per la Formazione e la Ricerca in Pediatria Territoriale (CESPER)

Le Linee guida rappresentano uno strumento prezioso per il medico pratico impegnato a rispondere alla domanda di salute dei propri pazienti. Esse, infatti, se di buona qualità e di recente realizzazione, contengono le raccomandazioni operative che emergono dall'analisi delle evidenze scientifiche e facilitano il fatto che i medici si comportino nel modo più omogeneo possibile e che i pazienti ricevano le migliori cure disponibili. D'altra parte non è ragionevole considerare valida ogni linea guida, che va invece valutata in base a rigorosi criteri di qualità, prima di essere promossa a strumento utile alla pratica clinica. La tabella che segue presenta le Linee Guida dell'Emilia Romagna sulla Faringotonsillite Acuta e sull'Otite Media Acuta, valutate in modo qualitativo ma in coerenza con i principali items del metodo AGREE che a livello internazionale rappresenta lo strumento più accreditato per la valutazione metodologica e della qualità delle Linee Guida. Le scelte diagnostico-terapeutiche per queste due patologie hanno pesanti ricadute sulla salute dei bambini che ne sono affetti, non tanto per la loro gravità quanto per la loro elevata frequenza. Se non ben inquadrata da punto di vista della diagnosi, infatti, rischiano di indurre un utilizzo improprio della terapia antibiotica.

Commento

Le linee guida qui considerate rappresentano un ottimo esempio di documenti chiari, applicabili, ben costruiti ed evidence-based. La novità della linea guida sulla faringotonsillite, rispetto alla precedente, riguarda soprattutto la semplificazione del percorso diagnostico che comporta un più ristretto uso del test diagnostico, sia del tampone rapido che della conferma colturale. Qualche perplessità nasce tuttavia proprio dall'algoritmo decisionale che, se da un lato ha il merito di semplificare lo schema da adottare e pertanto va nella direzione di una migliore implementazione, lascia perplessi su alcuni punti. Uno di questi è rappresentato dalla raccomandazione di trattare con antibiotico i casi di FTA con punteggio di McIsaac di 5 senza conferma tramite RAD. Pur in presenza di un punteggio clinico massimo (a meno che ad esso non si sommi un dato epidemiologico forte), la decisione di trattare sempre espone circa un terzo di questi soggetti a ricevere una terapia antibiotica inappropriata. I segni clinici dello Score di McIsaac, infatti, anche qualora tutti presenti, possono essere riscontrati in patologie virali come le infezioni da Epstein Bar Virus e da Adenovirus e dunque il test rapido potrebbe essere necessario per confermare la diagnosi anche in caso di punteggio elevato. Per quanto riguarda la terapia antibiotica, la linea guida (sulla base di studi di moderata/buona qualità, coerenti nei risultati e trasferibili alla nostra popolazione) raccomanda una durata di 6 giorni diversamente dai 10 indicati dalla maggior parte delle

altre linee guida. Viene sottolineato che l'obiettivo del trattamento è la guarigione clinica e non la prevenzione della malattia reumatica.

Per quanto riguarda l'otite si segnalano alcune criticità.

Diagnosi: si parla di raccomandazione debole nell'uso di criteri diagnostici definiti, in parziale contrasto con le linee guida di riferimento, quasi a rinunciare alla possibilità di una diagnosi corretta per perseguire soprattutto l'obiettivo principe, ma che non appare essere l'unico, della linea guida (ovvero ridurre l'uso irragionevole di antibiotici), lasciando in pratica un valore diagnostico alla "vigile attesa", che però è inserita (come da linee guida di riferimento) nel capitolo "trattamento" e non nel capitolo "diagnosi". Le raccomandazioni relative alla "vigile attesa" sono ben chiare anche in relazione alla coerenza scientifica, anche se può rimanere un piccolo dubbio sulla scelta dell'età di 12 mesi come limite inferiore dal quale partire per praticare in tutti i bambini con OMA, e per il resto sani, la vigile attesa e la frequenza di questo particolare limite temporale nella letteratura selezionata.

Otoscopia pneumatica: mentre le evidenze scientifiche e le LG sono unanimi nel ritenere l'utilizzo dell'otoscopia pneumatica una sorta di "gold standard" per l'identificazione dell'effusione dell'orecchio medio (criterio senza del quale non si pone diagnosi di OMA) quando non ci sia un franco bulging della MT, la linea guida sceglie di non raccomandarlo a causa di una sua non sufficiente diffusione tra i pediatri. Riteniamo che una linea guida così attenta alle evidenze scientifiche e così rigorosa nella sua elaborazione si sarebbe meglio distinta nella identificazione di strategie utili all'implementazione per una maggiore diffusione di questo importante strumento diagnostico piuttosto che alla sua relativizzazione.

Vaccino influenzale: non viene consigliato in questa linea guida se non all'interno e con le modalità delle raccomandazioni del piano nazionale vaccini, ne viene ben esplicitata la scelta e dichiarato lo scostamento della raccomandazione da alcune evidenze scientifiche, motivando il tutto.

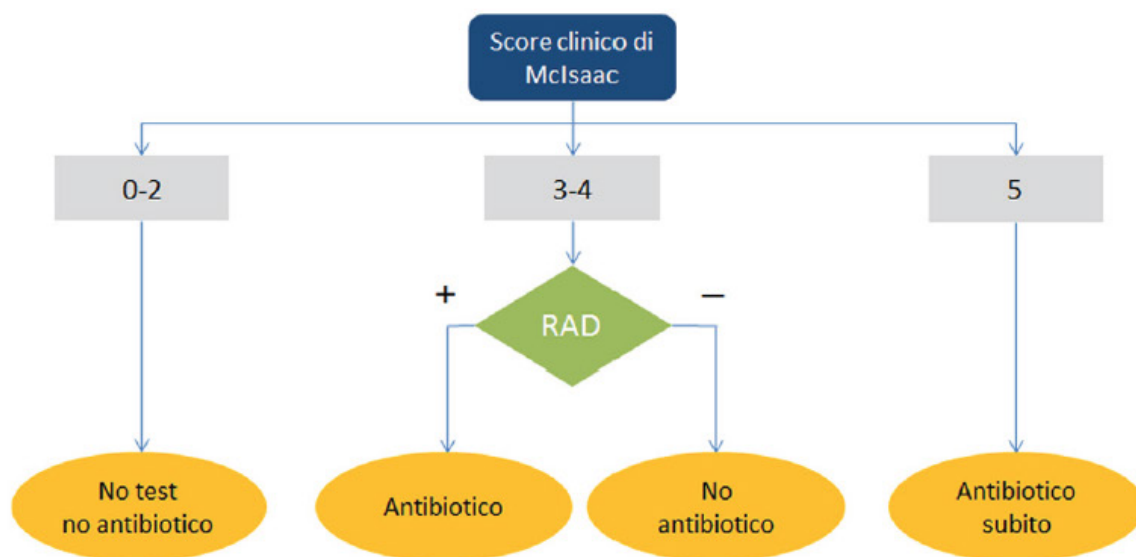
In conclusione, questi documenti fin dalla loro uscita hanno già stimolato un vivace dibattito nel mondo scientifico e in quello della pediatria quotidiana. Tra i meriti di queste linee guida, anche il ricco corredo di allegati, tra i quali anche la traccia delle discussioni avute con il gruppo dei revisori esterni. Pensiamo che la promozione di discussioni e approfondimenti sia uno dei punti di forza delle linee guida. Ci auguriamo che queste linee guida di buona qualità, sebbene regionali, possano rappresentare un importante esempio utile a convincere anche i più restii ad adottare un comportamento in linea con quanto la miglior letteratura raccomanda.

	FTA scarica il documento	OMA scarica il documento
Anno di pubblicazione	Publicata nel 2015, aggiorna la precedente del 2007.	Idem.
Citazioni bibliografiche	65 citazioni bibliografiche.	118 citazioni bibliografiche.
Aggiornamento	Non è previsto un aggiornamento della linea guida se non in caso di evidenze che ne alterino la validità	Idem.
Obiettivi e benefici attesi	Descritti in modo chiaro e sintetico, facilmente reperibili nella sezione introduttiva. In particolare sono descritti gli obiettivi sanitari: la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della faringotonsillite nel paziente pediatrico di età compresa tra i 3 e 14 anni. Vengono specificati anche quelli che non sono gli obiettivi della linea guida, cioè il trattamento delle faringiti ricorrenti e le indicazioni alla tonsillectomia, e la categoria di pazienti per i quali non è applicabile (pazienti con malattia cronica o con precedenti episodi di malattia reumatica). I benefici attesi sono: semplificazione della diagnosi, con risparmio di test diagnostici; prescrizione razionale degli antibiotici e informazione corretta sul loro uso rivolta alle famiglie.	Obiettivi e ambiti di applicazione sono chiari e riguardano la gestione degli episodi di OMA in età pediatrica (1a parte dell'obiettivo) al fine di ridurre l'uso eccessivo o improprio di antibiotici (2a parte dell'obiettivo che risulta di fatto globalmente l'obiettivo cardine della linea guida stessa). Vengono poi presi in considerazione le misure preventive per favorire la diminuzione dell'incidenza di OMA e OMAR, la diagnosi e la risposta a parecchi quesiti riguardanti l'uso appropriato degli antibiotici (quando? quale/i? Quanto e per quanto tempo? In quante somministrazioni? proponendo su questo punto anche qualche alternativa alle scelte della letteratura più seguita, sempre motivandone con chiarezza il perché e definendola con precisione), con quale terapia o approccio di supporto, la gestione delle OMAR, la comunicazione ai genitori, l'invio al secondo livello. La popolazione target è quella dei bambini per altri versi sani, di età fino ai 14 anni.
Gruppo che ha elaborato la LG	Gruppo multidisciplinare che coinvolge la maggior parte dei portatori di interesse (stakeholders) dei quali sono riferite tutte le informazioni che li identificano; tuttavia vengono esclusi i rappresentanti dei medici di medicina generale, di continuità assistenziale e degli infermieri, tutte categorie alle quali la linea guida dichiara di rivolgersi.	Tutte le figure professionali coinvolte nella problematica, manca però un rappresentante dei medici di medicina generale, categoria che pure viene dichiarata essere coinvolta nell'attuazione della linea guida stessa. I genitori sono stati coinvolti e i loro contributi sono chiaramente delineati in allegato.
Base di evidenze	La LG si basa su una revisione sistematica in letteratura delle prove di efficacia che forniscono le risposte ai quesiti clinici formulati dal gruppo multidisciplinare. Descrive in modo chiaro e facilmente riproducibile la metodologia utilizzata ovvero l'identificazione delle linee guida di riferimento, selezionate con criteri di qualità, e degli studi primari e secondari che aggiornano le evidenze dei contenuti.	Il rigore metodologico, appare molto elevato nella descrizione dei criteri utilizzati per selezionare le evidenze scientifiche che hanno portato alla scelta di 5 linee guida come principali punti di riferimento, integrate da ulteriori studi primari e secondari specifici qualora queste non fossero state ritenute esaurienti o applicabili su quesiti particolari posti dal gruppo di lavoro.
Legame tra raccomandazioni ed evidenze scientifiche	Legame esplicito. Sono specificate le modalità di scelta per attribuire il livello di evidenza e il grado delle raccomandazioni con l'obiettivo di valorizzarne la semplificazione e la trasparenza. A ogni raccomandazione è associata la descrizione dei componenti che hanno portato al giudizio finale ovvero il livello delle prove di efficacia e la rilevanza clinica dell'esito considerato. Per ogni raccomandazione è riportato il risultato della votazione dei componenti del panel regionale.	Legame esplicito globalmente ben definito. Per ogni raccomandazione è ben chiaro quanti redattori sul totale siano in accordo.
Grading delle raccomandazioni	Ispirato al metodo GRADE. Le raccomandazioni sono classificate in "forti" e "deboli"	Idem.
Raccomandazioni, chiarezza	Raccolte in un riassunto, immediato nella sua lettura grazie all'utilizzo di colori diversi per indicare la forza della raccomandazione; sono specifiche, non ambigue, indicano con precisione l'intervento diagnostico o terapeutico appropriato. Molto apprezzabile il rinnovamento della struttura che, attraverso una grafica a barre di colore diverso, evidenzia le novità rispetto alla precedente edizione e le differenze da altre linee guida oltre a segnalare i contenuti di interesse pratico.	Raccolte in un riassunto, immediato nella sua lettura grazie all'utilizzo di colori diversi per indicare la forza della raccomandazione. Tutta la linea guida è molto chiara nell'esposizione delle raccomandazioni, specifiche e non ambigue, ben distinte tra misure preventive, diagnostiche, terapeutiche. Laddove (come nei capitoli relativi al trattamento antibiotico e la sua posologia) le raccomandazioni potrebbero essere difficili da memorizzare o utilizzare in quanto più complesse, sono adiuuate da tabelle chiare e rapidamente fruibili.
Applicabilità	Algoritmo della gestione della faringotonsillite; applicativo di cartella clinica per i pediatri di libera scelta della Regione Emilia Romagna.	Nel complesso è una linea guida molto chiara, facilmente applicabile.
Conflitti di interesse	Tutti i componenti del gruppo multidisciplinare che ha redatto la linea guida dichiarano esplicitamente e formalmente la loro indipendenza editoriale.	Idem.
Giudizio di revisori esterni	La linea guida è stata anche sottoposta al giudizio di revisori esterni la cui composizione è descritta nei particolari. I suggerimenti dei revisori che non siano stati accolti perché in contrasto con gli studi identificati o con le decisioni prese dal gruppo di lavoro regionale sono riportati e commentati in un allegato a parte.	La linea guida ha avuto un gruppo di revisori esterni le cui osservazioni, soprattutto se discordanti, sono espresse in allegato, con la risposta alle stesse da parte del gruppo di lavoro.
Implementazione	In una sezione dedicata, fornisce le modalità di implementazione e applicazione rivolta sia ai professionisti che alla popolazione. Per la popolazione suggerisce la diffusione di materiale cartaceo sia nelle scuole che presso gli ambulatori dei pediatri di famiglia. Individua infine degli indicatori per il monitoraggio della applicabilità e dell'efficacia delle raccomandazioni.	Sono definite con precisione le misure di implementazione volte ai professionisti sanitari.



Faringotonsillite in età pediatrica

Linea guida regionale



Rischio infettivo

DOSSIER 253-2015

ISSN 1591-223X

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNAAgenzia
sanitaria
e sociale
regionale

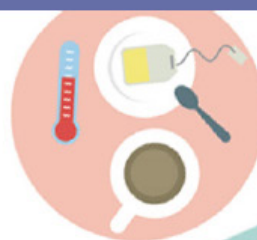
Otite media acuta in età pediatrica

Linea guida regionale

QUANDO È MEGLIO ASPETTARE 2-3 GIORNI

Quando il pediatra sospetta che l'antibiotico non serva può suggerire di **attendere 2 o 3 giorni** perché ritiene che la malattia possa **guarire anche senza questi farmaci.**

Il pediatra ti dirà come alleviare i sintomi durante questi giorni di attesa.



Rischio infettivo

DOSSIER 254-2015

ISSN 1591-223X