

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri. Potete inviare le vostre osservazioni ai documenti scrivendo a: redazione@quaderniacp.it. Le vostre lettere verranno pubblicate sul primo numero utile.

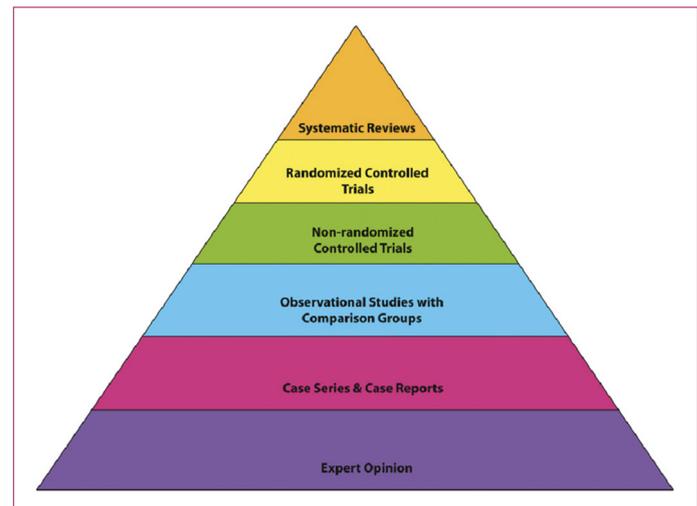
Le linee guida italiane 2022 per la bronchiolite

Commento a cura di Costantino Panza, Federica Persico, Elena Ferrari e Daniela Vignali
Journal Club Pediatrico Reggio Emilia

Quali sono le migliori indicazioni terapeutiche per la bronchiolite? O, detto in altre parole, a quali fonti di sapere deve attingere il pediatra per offrire la migliore terapia? La risposta è: la piramide delle conoscenze (Figura). All'ultimo posto, il più basso, ci stanno le opinioni degli esperti, al gradino successivo le serie di casi clinici, quindi gli studi retrospettivi e, appena sopra, gli studi longitudinali; salendo le scale dell'evidence based troviamo quindi gli studi randomizzati controllati e infine le revisioni sistematiche e le metanalisi. Ma la piramide delle evidenze non si ferma qui: al primo posto ci sono le linee guida, ossia le raccomandazioni di comportamento clinico che, attraverso una valutazione critica e sistematica delle evidenze, offrono un bilancio di benefici ed effetti sfavorevoli fra opzioni alternative. Le linee guida sono il punto di riferimento più importante per medici e pazienti, uno standard di qualità dell'assistenza e uno strumento essenziale per prendere molte decisioni di politica sanitaria al punto che il legislatore le ha riconosciute essere il punto di riferimento per stabilire la correttezza delle cure per il paziente (legge Gelli-Bianco dell'8 marzo 2017 n.24). La linea guida, per definirsi tale, deve presentare diversi requisiti di validità tra cui: 1) una o più revisioni sistematiche delle prove di efficacia disponibili sull'argomento trattato, 2) un gruppo multidisciplinare di esperti incaricati dai principali gruppi interessati tra cui 3) i rappresentanti dei pazienti, 4) un processo di conduzione esplicito e trasparente che riduce al minimo le distorsioni e i conflitti di interesse, 5) una accurata illustrazione delle relazioni tra opzioni assistenziali alternative e esiti di salute, 6) una classificazione della qualità delle prove e della forza delle raccomandazioni, 7) una valutazione dei benefici e dei danni per ogni opzione assistenziale. In altre parole, un documento sviluppato all'interno di un gruppo monodisciplinare o di una società scientifica non può essere definito Linea guida ma più correttamente Consensus statement, Consensus intersocietario, Position statement, Position paper, Raccomandazioni, Policy statement e così via.

Le 2022 Italian guidelines on the management of bronchiolitis in infants, recentemente pubblicate, si dirigono verso la necessaria richiesta di rigore metodologico della linea guida, e hanno superato gli evidenti limiti della precedente *Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants del 2014*. Tuttavia la recente linea guida sulla bronchiolite non è stata inserita nel **Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)**, che dovrebbe essere l'unico punto di accesso in Italia per i professionisti sanitari al corpus di linee guida per la pratica clinica e la salute pubblica secondo l'art. 5 comma 1 della legge Gelli-Bianco. Purtroppo, dalla sua costituzione, nonostante le oltre 400 istituzioni e società scientifiche accreditate, il SNLG ha partorito poco più di 80 linee guida, non proprio un successo per i medici italiani e per il Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure dell'ISS.

Figura. La piramide delle evidenze secondo l'Evidence-based Medicine



Cosa dice la Ilgg italiana

Questa linea guida intersocietaria si affianca a quelle internazionali già esistenti su molti aspetti. La diagnosi è clinica (anamnesi ed esame obiettivo) e non necessita di esami o radiografie, mentre stona un po' l'indicazione al tampone nasale in ambito ospedaliero per l'identificazione del virus, non raccomandato nelle linee guida PREDICT e in quelle NICE, ma solo nelle linee guida AAP e solo nei pazienti in trattamento con palivizumab, con l'obiettivo di interrompere la profilassi nel caso di presenza del virus respiratorio sinciziale. Per la terapia invece non è raccomandato alcun presidio farmacologico, quindi: no ai broncodilatatori, no ai cortisonici, no agli antibiotici e no alla nebulizzazione di soluzione salina ipertonica, mentre sono indicati i trattamenti di supporto e l'ossigenoterapia se la $pO_2 < 92\%$. Un capitolo è dedicato al ruolo del pediatra di famiglia con il suo impegno a educare le famiglie, istruendole sulla prevenzione, sull'assistenza da fornire a casa e sui segni di allarme (difficoltà respiratoria, difficoltà nell'alimentazione, peggioramento delle condizioni generali) che necessitano di pronta rivalutazione medica e, infine sulla non necessità di assumere farmaci. In particolare, per la prevenzione della bronchiolite, i pediatri di famiglia possono raccomandare ai genitori di: prestare attenzione all'igiene delle mani, favorire l'allattamento al seno, evitare l'esposizione al fumo passivo, limitare il contatto con persone raffreddate e la frequenza di luoghi chiusi e affollati, soprattutto nella stagione epidemica, utilizzare la mascherina quando si è raffreddati e a stretto contatto con il bambino.

Cosa fanno i professionisti italiani

Sono necessarie queste linee guida italiane? Per comprendere le abitudini prescrittive dei pediatri abbiamo raccolto alcuni studi

sul trattamento della bronchiolite in Italia e, per confronto, uno studio retrospettivo da un database statunitense: i risultati, lo anticipiamo, non sono confortanti.

Barbieri e coll. hanno eseguito un'analisi sulle prescrizioni di farmaci per bronchiolite su 1.581 episodi di bronchiolite registrati sul database Pedianet dal dicembre 2012 al dicembre 2018. In 1.011 episodi su 1.581, i pazienti hanno ricevuto almeno un trattamento, per un totale di 2003 prescrizioni. Il tasso di bronchiolite trattata è diminuito dal 66% al 57% ($p < 0.001$) dopo la pubblicazione del consensus intersocietario del 2014; la riduzione maggiore si è verificata nei pazienti più giovani (dal 57% al 44%, $p = 0.013$). Il tasso complessivo di prescrizioni di antibiotici non è cambiato, con il 31.6% dei pazienti che li riceve anche dopo la pubblicazione del consensus intersocietario del 2014 e la traduzione delle linee guida NICE a cura di GIMBE del 2015 [1]. Lo studio retrospettivo italiano di Rezzuto e coll. ha confrontato le differenze di terapia per la bronchiolite in un reparto di pediatria prima (2014-15) e dopo (2015-16) l'introduzione di un protocollo di gestione basato sulle linee guida nazionali e internazionali; dai risultati si rileva una riduzione dell'antibiotico terapia (da 19 a 8 bambini) e degli steroidi per os (da 21 a 17) mentre l'aerosol con salbutamolo e/o steroide è rimasto pressoché stabile (da 20 a 18) [2].

Una survey somministrata nel 2019 ha raccolto le pratiche di trattamento per bronchiolite di 234 pediatri. Solo il 44.01% dei pediatri ha seguito correttamente la consensus intersocietaria del 2014 per la diagnosi; tutti i partecipanti (100%) eseguono esami di laboratorio e/o esami radiologici. Il 44.01% ha somministrato ossigeno quando la saturazione era inferiore al 92%. I broncodilatatori sono utilizzati dal 39.64% del campione, così come l'epinefrina (21.30%), i cortisonici per aerosol (17.16%) o sistemici (64.52%) [3].

Un centro di terzo livello ha analizzato la gestione della bronchiolite dal gennaio 2010 al dicembre 2019 in riferimento alla pubblicazione del documento di consenso intersocietario del 2014. Dal confronto dei pazienti ricoverati nelle precedenti quattro stagioni epidemiche con i pazienti ricoverati nelle sei stagioni successive si è evidenziata una riduzione dell'uso dei cortisonici sistemici dal 58.9% al 41.8%, $p < 0.001$), di epinefrina nebulizzata (73.8% vs. 38.3%, $p < 0.001$) e antibiotici (59.5% vs. 42.3%, $p < 0.001$), insieme a una drastica diminuzione dell'uso della radiografia del torace (92.2% vs 54.4%, $p < 0.001$). Al contrario, l'uso di salbutamolo per via inalatoria è rimasto sostanzialmente stabile nel tempo (39.4% vs. 37.6%, $p = 0.505$) [4]. La ricerca sul campo fatta da 25 pediatri di libera scelta sulla gestione di 109 casi di bronchiolite in Emilia Romagna (gennaio 2012 – maggio 2014) ha rilevato che nel 71.6% dei casi non sono stati eseguiti esami di laboratorio o strumentali; l'esame più utilizzato è stata la misurazione della saturazione di ossigeno (28.4%); i beta-2 agonisti adrenergici sono stati la terapia più comunemente prescritta (94.3%), seguita da corticosteroidi per via inalatoria (54%), corticosteroidi sistemici orali (52%), antibiotici (34%) e adrenalina (9.2%). Il ricovero in ospedale è avvenuto nel 27.6% dei casi [5].

Dalla raccolta da un database con oltre 600.000 bambini trattati in 25 ospedali USA nel periodo 2006-2019 sono stati creati due gruppi (prima e dopo il 2014, anno della pubblicazione delle linee guida AAP) e suddivisi ulteriormente i pazienti afferenti al PS (67%) e quelli ricoverati (33%). Nell'insieme del periodo studiato è stata osservata una generale diminuzione di tutte le varia-

bili esaminate. Limitandoci alle modificazioni principali, spicca la riduzione dell'esecuzione dell'Rx torace dal 79% al 57% e dal 48% al 30%, rispettivamente nel gruppo PS e gruppo ricoverati. Ma anche quella dell'impiego dei corticosteroidi (dal 16% al 6% in PS e dal 39% al 18% nei ricoverati), dei broncodilatatori (dal 56% al 26% in PS e dal 73% al 51% nei ricoverati) e degli antibiotici (il cui utilizzo si è praticamente azzerato in PS - solo il 4% - e si è ridotto dal 49% al 23% nei ricoverati) [6].

In conclusione

Gli autori della linea guida italiana concludono che "alcuni aspetti della gestione ottimale della bronchiolite virale sono ancora oggetto di discussione" e constatano che "sebbene la comunità scientifica abbia sottolineato l'importanza di evitare procedure diagnostiche e terapie inutili, questo consiglio è stato frequentemente ignorato." Sottolineano l'importanza di implementare strategie per migliorare e standardizzare le cure fornite ai pazienti e per educare le famiglie stesse al fine di ridurre la pressione sugli operatori sanitari a prescrivere terapie non necessarie. A nostro parere, questa è proprio una delle maggiori sfide del pediatra di famiglia nella gestione della bronchiolite: quella di dire ai genitori che non ci sono medicine o aerosol che curano e guariscono dalla malattia, mentre va riscoperto quel ruolo caratteristico della nostra professione di pediatri di famiglia: educazione sanitaria, supporto, rassicurazione, informazione e prevenzione.

1. Barbieri E, Cantarutti A, Cavagnis S, et al. Impact of bronchiolitis guidelines publication on primary care prescriptions in the Italian pediatric population. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2021 Mar 19;31(1):15. doi: 10.1038/s41533-021-00228-w.
2. Rezzuto MR, Mandato C, De Brasi D, et al. La bronchiolite: aderenza alle linee guida. *Medico e Bambino.* 2018;37(10):641-6.
3. Manti S, Licari A, Brambilla I, et al. Agreements and controversies of national guidelines for bronchiolitis: Results from an Italian survey. *Immun Inflamm Dis.* 2021 Dec;9(4):1229-1236. doi: 10.1002/iid3.451.
4. Biagi C, Scarpini S, Paleari C, et al. Impact of Guidelines Publication on Acute Bronchiolitis Management: 10-Year Experience from a Tertiary Care Center in Italy. *Microorganisms.* 2021 Oct 26;9(11):2221. doi: 10.3390/microorganisms9112221.
5. Sacchetti R, Lugli N, Alboresi S et al. Studio osservazionale multicentrico sulla bronchiolite nella Regione Emilia Romagna (SOMBRERO). *Medico e Bambino* 2015;34:376-381
6. House SA, Marin JR, Hall M, et al. Trends Over Time in Use of Non-recommended Tests and Treatments Since Publication of the American Academy of Pediatrics Bronchiolitis Guideline. *JAMA Netw Open.* 2021 Feb 1;4(2):e2037356. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.37356.

La Newsletter pediatrica acp ha già affrontato il tema delle linee guida sulla bronchiolite (Pagine elettroniche di quaderni acp 2019; 26(5):n.4) confrontando le più importanti disponibili per la clinica dell'American Academy of Pediatrics (USA), del National Institute for Health and Care Excellence (UK) e del Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative Network (Australia).