

**XII CONGRESSO
NAZIONALE
FIMP 2018**

*Tutti i bambini...
un unico stivale!*



fimp Federazione
Italiana
Medici *Pediatr*

AIM
GROUP
INTERNATIONAL

SANDRA VERNERO MD

**Fare di più non significa fare meglio-
Choosing Wisely Italy**

Il principio della centralità del benessere dei pazienti.

Il principio dell'autonomia dei pazienti.

Il principio della giustizia sociale.

PERSPECTIVE

ETICA DELLA RESPONSABILITA'

Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter

Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*

To our readers: I write briefly to introduce the Medical Professionalism Project and its principal product, the Charter on Medical Professionalism. The charter appears in print for the first time in this issue of *Annals* and simultaneously in *The Lancet*. I hope that we will look back upon its publication as a watershed event in medicine. Everyone who is involved with health care should read the charter and ponder its meaning.

The charter is the product of several years of work by leaders in the ABIM Foundation, the ACP-ASIM Foundation, and the European Federation of Internal Medicine. The charter consists of health care resources.

There is reason to expect that physicians from every point

on the globe will read the charter. Does this document represent the traditions of medicine in cultures other than those in the West, where the authors of the charter have practiced medicine? We hope that readers everywhere will engage in dialogue about the charter, and we offer our pages as a place for that dialogue to take place. If the traditions of medical practice throughout the world are not congruent with one another, at least we may make progress toward understanding how physicians in different cultures understand their commitments to patients and the public.

Many physicians will recognize in the principles and commitments. Recently, voices from many countries have begun calling for a renewed sense of professionalism, one that

Ann Intern Med. 2002;136:243-246.

*This charter was written by the members of the Medical Professionalism Project: ABIM Foundation: Troy Brennan, MD, JD (*Project Chair*), Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts; Linda Blank (*Project Staff*), ABIM Foundation, Philadelphia, Pennsylvania; Jordan Cohen, MD, Association of American Medical Colleges, Washington, DC; Harry Kimball, MD, American Board of Internal Medicine, Philadelphia, Pennsylvania; and Neil Smelser, PhD, University of California, Berkeley, California. ACP-ASIM Foundation: Robert Copeland, MD, Southern Cardiopulmonary Associates, LaGrange, Georgia; Risa Lavizzo-Mourey, MD, MBA, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, New Jersey; and Walter McDonald, MD, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, Philadelphia, Pennsylvania. European Federation of Internal Medicine: Gunilla Brenning, MD, University Hospital, Uppsala, Sweden; Christopher Davidson, MD, FRCP, FESC, Royal Sussex County Hospital, Brighton, United Kingdom; Philippe Jaeger, MB, MD, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland; Alberto Malliani, MD, Università di Milano, Milan, Italy; Hein Muller, MD, PhD, Ziekenhuis Gooi-Noord, Rijksweg, the Netherlands; Daniel Sereni, MD, Hôpital Saint-Louis, Paris, France; and Eugene Sutorius, JD, Faculteit der Rechts Geleerdheid, Amsterdam, the Netherlands. Special Consultants: Richard Cruess, MD, and Sylvia Cruess, MD, McGill University, Montreal, Canada; and Jaime Merino, MD, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante, Spain.

www.annals.org

5 February 2002 | *Annals of Internal Medicine* | Volume 136 • Number 3 | 243



An initiative of the ABIM Foundation

The *Choosing Wisely*[®] Campaign

Choosing Wisely is an initiative of the ABIM Foundation to help physicians and patients engage in **conversations** about the overuse of tests and procedures and support physician efforts to help patients make smart and effective care choices.





An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Five Things Physicians and Patients Should Question

1 Antibiotics should not be used for apparent viral respiratory illnesses (sinusitis, pharyngitis, bronchitis and bronchiolitis).

Although overall antibiotic prescription rates for children have fallen, they still remain alarmingly high. Unnecessary medication use for viral respiratory illnesses can lead to antibiotic resistance and contributes to higher health care costs and the risks of adverse events.

2 Cough and cold medicines should not be prescribed or recommended for respiratory illnesses in children under four years of age.

Research has shown these products offer little benefit to young children and can have potentially serious side effects. Many cough and cold products for children have more than one ingredient, increasing the chance of accidental overdose if combined with another product.

3 Computed tomography (CT) scans are not necessary in the immediate evaluation of minor head injuries; clinical observation/Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN) criteria should be used to determine whether imaging is indicated.

Minor head injuries occur commonly in children and adolescents. Approximately 50% of children who visit hospital emergency departments with a head injury are given a CT scan, many of which may be unnecessary. Unnecessary exposure to x-rays poses considerable danger to children including increasing the lifetime risk of cancer because a child's brain tissue is more sensitive to ionizing radiation. Unnecessary CT scans impose undue costs to the health care system. Clinical observation prior to CT decision-making for children with minor head injuries is an effective approach.

4 Neuroimaging (CT, MRI) is not necessary in a child with simple febrile seizure.

CT scanning is associated with radiation exposure that may escalate future cancer risk. MRI also is associated with risks from required sedation and high cost. The literature does not support the use of skull films in the evaluation of a child with a febrile seizure. Clinicians evaluating infants or young children after a simple febrile seizure should direct their attention toward identifying the cause of the child's fever.

5 Computed tomography (CT) scans are not necessary in the routine evaluation of abdominal pain.

Utilization of CT imaging in the emergency department evaluation of children with abdominal pain is increasing. The increased lifetime risk for cancer due to excess radiation exposure is of special concern given the acute sensitivity of children's organs. There also is the potential for radiation overdose with inappropriate CT protocols.



Antibiotics for ear infections in children

When you need them—and when you don't

Many children get ear infections. The infections are usually in the middle ear behind the eardrum. They may be caused by bacteria or by a virus. Doctors often treat bacterial infections with antibiotics. Antibiotics are strong medicines that kill bacteria. Infants and some babies and children do need antibiotics. (See the next page).

But using antibiotics too often can be harmful. Here's why:

In most cases, antibiotics are not needed.

- They do not work for ear infections caused by viruses.
- They do not help the pain.
- Usually, viral infections and many bacterial infections go away on their own in two to three days, especially in children who are over two years old.

First, call the doctor and treat the pain.

If you suspect your child has an ear infection, you should call the doctor's office and describe the symptoms. Usually, your doctor should ask you to wait a few days before bringing your child in.



The main sign of an ear infection is pain, especially on the first day. Or, a child may have a fever.

Start by giving your child an over-the-counter pain reliever, such as:

- acetaminophen (Infants' or Children's Tylenol and generic).
- ibuprofen (Children's Motrin and generic).

Antibiotics do not relieve pain in the first 24 hours. They only have a small effect on pain after that.

So, pain relievers are an important treatment, and usually they are the only treatment needed.

Give most children two or three days to get better.

Ask the doctor if antibiotics are necessary or if a "wait and see" approach may work. Children whose ear infections are managed this way recover just as well as children who get antibiotics right away. However, your child should see a doctor if symptoms do not improve in two to three days or if they get worse at any time.

Antibiotics can have side effects.

When children take antibiotics at the first sign of an ear infection, they are more likely to have vomiting, diarrhea, and allergic reactions because of the medicine. Also, antibiotics can kill "friendly" germs in the body and cause other problems like diarrhea.

Over-use of antibiotics is a problem.

Antibiotics can help drug-resistant bacteria grow. These bacteria are harder to kill. They can cause illnesses that are harder to cure and more costly to treat. This increases the risk of complications and side effects. The resistant bacteria can also be passed on to others.

Antibiotics can be a waste of money.

Prescription antibiotics can cost from \$11 to \$52 to treat a mild ear infection in the average two-year-old. Drug-resistant infections can lead to more doctor visits and medicines that cost more.

When is treatment with antibiotics needed?

If the infection is very painful and lasts more than a few days, chances are it is a bacterial infection. Sometimes immediate treatment is important.

These children often need antibiotics right away:

- Infants six months old or younger.
- Babies ages six months to two years, who have moderate to severe ear pain.
- Children age two or older who have a fever of 102.2 Fahrenheit or higher.
- Children with another condition that could make it harder to heal, including children with:
 - A cleft palate
 - Down syndrome
 - An immune disorder
 - A cochlear implant

Advice from Consumer Reports

Steps to help prevent and manage a child's ear infections

Lower your child's risk of ear infections.

- Keep children away from cigarette smoke.
- Breastfeed your baby for six months or more.
- Don't give a pacifier to a baby over six months old.
- Don't let your baby sleep with a bottle.
- Wash your hands often to avoid spreading germs.
- Don't expose your child to sick people.
- Try to find a daycare with six children, or fewer.
- Make sure your child gets a yearly flu shot and the other vaccines that your doctor recommends.

Call the doctor if you see these signs of infection in a young child:

- Fever
- Pulling at the ears
- Crying
- Fluid dripping from the ears
- Trouble sleeping
- Hearing problems

Relieve earaches.

Put a warm (not hot) cloth, water bottle, or heating pad over the ear that hurts.

Pain medicine is often needed, whether or not the child is taking antibiotics. Ask your doctor to recommend the right medicine and dose for your child.



This report is for you to use when talking with your health-care provider. It is not a substitute for medical advice and treatment. Use of this report is at your own risk.

© 2013 Consumer Reports. Developed in cooperation with the American Academy of Family Physicians. To learn more about the sources used in this report and terms and conditions of use, visit ConsumerHealthChoices.org/about-us/.

Progetto lanciato da Slow Medicine a dicembre 2012

Pratiche a rischio d'inappropriatezza in Italia di cui medici, altri professionisti e pazienti dovrebbero parlare

Ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individuerà **una lista di cinque test diagnostici o trattamenti**, a partire da quelli già indicati negli USA in Choosing Wisely, che:

- sono effettuati molto comunemente in Italia
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono al contrario esporre i pazienti a rischi

Questi test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatezza dovranno essere **oggetto di aperto dialogo** nella relazione tra medico e paziente per facilitare scelte sagge e consapevoli.

Il progetto “**FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO – CHOOSING WISELY ITALY**”, promosso da Slow Medicine, ha l’obiettivo di ***favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini*** su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di **inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.**

Il progetto si basa sull’assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione di pazienti e cittadini, e viene attuato attraverso:

- **le raccomandazioni** di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, **non apportano benefici** significativi a tutti i pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, **esporli a rischi**;
- il miglioramento del **dialogo** e della **relazione** dei medici e degli altri professionisti con pazienti e cittadini, perché possano essere effettuate **scelte informate e condivise**, nell’ambito di un rapporto di fiducia;
- una diffusa **informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari**;
- la messa a punto di **materiale informativo per cittadini e pazienti**;
- un’ampia **condivisione** con cittadini, pazienti e loro rappresentanze.

SOVRAUTILIZZO di test e trattamenti



Sobria Rispettosa Giusta

- SPRECO di RISORSE

- **ERRORE CLINICO**



-danni **diretti** da test e trattamenti inappropriati (radiazioni ionizzanti, effetti collaterali farmaci, interazioni tra farmaci)

- danni da **falsi positivi e sovradiagnosi** da test inappropriati >> ansia e stress, ulteriori test anche invasivi, trattamenti interventistici e chirurgici inappropriati (sovratrattamento)

PARTNER del Progetto, lanciato da Slow Medicine



• Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri -**FNOMCeO**

• Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche – **FNOPI**



• Accademia Scienze Infermieristiche – **ASI**



• **Agenzia Regionale di Sanità Regione Toscana**



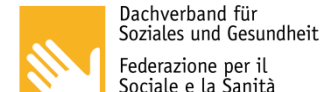
• **Partecipa Salute**, promosso dall'IRCCS-Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e da Zadig



• **Altroconsumo**



• **Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano**



• **Zadig**, società editoriale e giornalistica



www.choosingwiselyitaly.org

<http://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni>

Liste di esami e trattamenti a rischio di inappropriatezza

Raccomandazioni delle società scientifiche e associazioni **nel 2014**

1. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica – ADI
2. Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica – AIRO
3. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO
4. Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri – CIPOMO
5. Cochrane Neurosciences Field – CNF (I lista riv 2015)
6. Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica – SIAAIC
7. **Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica – SIAIP**
8. Società Italiana di Medicina Generale – SIMG
9. Società Italiana di Radiologia Medica – SIRM
10. Società scientifiche di FNOPI: AICO, AIOSS, AIUC, AIURO, ANIMO

Liste di esami e trattamenti a rischio di inappropriatelyzza

Raccomandazioni delle società scientifiche e associazioni **nel 2015**



1. **Associazione Culturale Pediatri – ACP**
2. Associazione Italiana di Medicina Nucleare – AIMN
3. Associazione Medici Diabetologi – AMD
4. Associazione Medici Endocrinologi– AME
5. **Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere - ANMDO**
6. Associazione per un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia - ANDRIA
7. Cochrane Neurosciences Field – CNF (II lista)
8. Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare
9. **Coordinamento Medici Legali az. Sanitarie - COMLAS**
10. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa –GICR
11. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI (I lista)
12. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI (II lista)
13. ISDE Medici per l'Ambiente
14. Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia molecolare clinica – SIBioC
15. Società Italiana di Cure Palliative – SICP
16. Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia - SIFaCT
17. Società Italiana di Genetica Umana – SIGU
18. Società Italiana di Nefrologia – SIN
19. Società Italiana di Pedagogia Medica - SIPeM

Raccomandazioni delle società scientifiche e associazioni nel 2016

1. Collegio dei Reumatologi Italiani - CReI
2. **Società Italiana di Nefrologia Pediatrica - SINEPe**
3. Società Italiana di Medicina di Laboratorio - SIPMeL - Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
4. Associazione Italiana Fisioterapisti - AIFI
5. Associazione Infermieri di Urologia - AIURO
6. Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica - ANIARTI
7. Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera - ANIMO
8. **FNOPI Ambito Pediatrico**



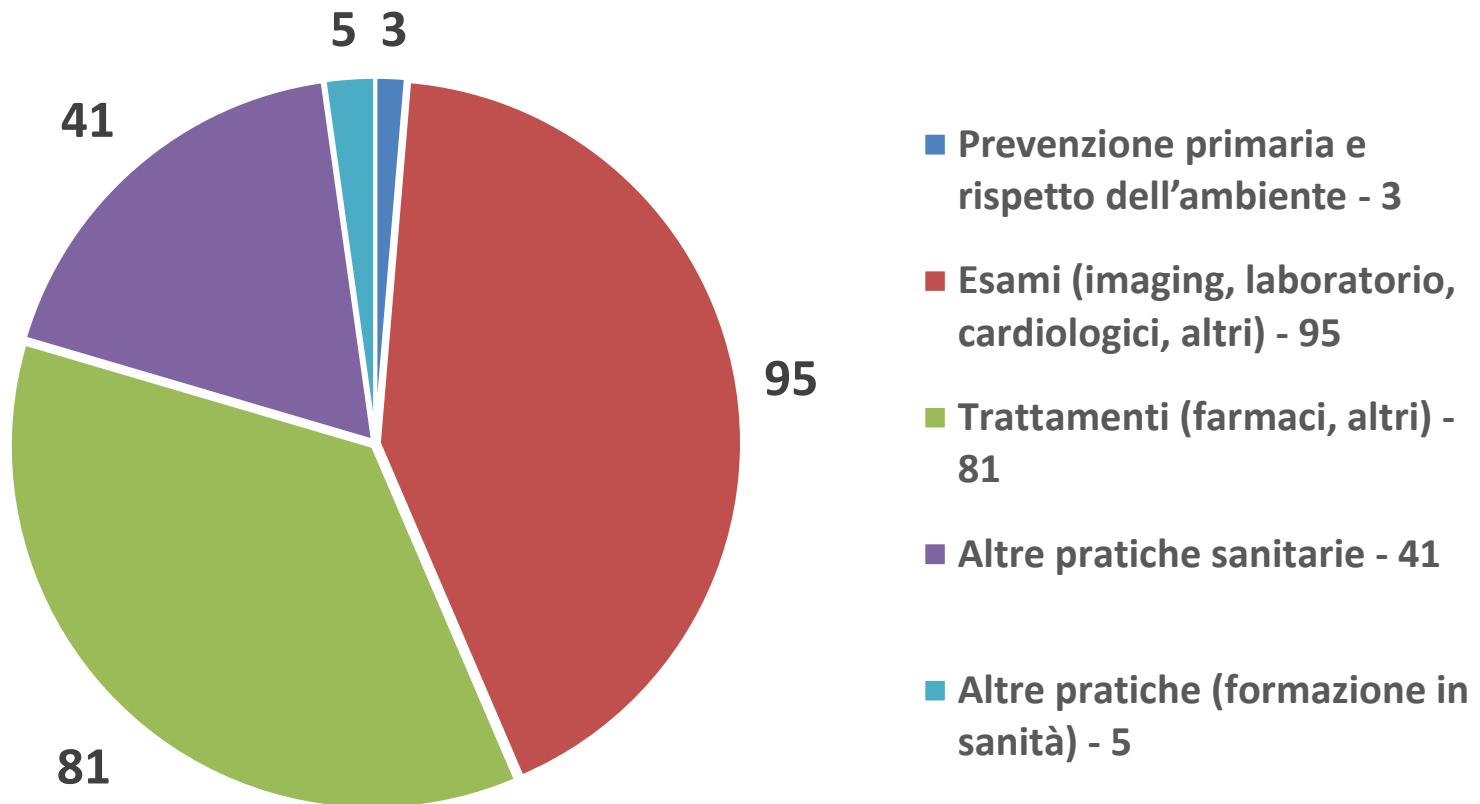
Raccomandazioni delle società scientifiche e associazioni nel 2017

1. Associazione Italiana Gastroenterologi e Endoscopisti Ospedalieri – AIGO
2. **Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili- SIMRI**
3. Società Italiana di Medicina di Laboratorio – SIPMeL (II lista)
4. **Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale – SIPPS**
5. Associazione Nazionale Infermieri Specialisti Rischio Infettivo - ANIPIO

Raccomandazioni delle società scientifiche e associazioni nel 2018

1. **Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP**

**Ottobre 2018 - 45 liste italiane
per 225 raccomandazioni**
www.choosingwiselyitaly.org



Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)

1. Evitare l'uso abituale dei **cortisonici inalatori** nelle flogosi delle prime vie respiratorie dei bambini.
2. Astenersi dal prescrivere **aggiunte di latte artificiale** nei primi giorni di vita ai neonati in assenza di provate indicazioni mediche.
3. Non prescrivere **antibiotici nelle patologie delle vie respiratorie presumibilmente virali** in età pediatrica (sinusiti, faringiti, bronchiti).
4. Non effettuare **Rx torace** per la diagnosi e il follow up di **polmonite** non complicata nel bambino.
5. Evitare la somministrazione di **farmaci (anti H2, procinetici, inibitori di pompa protonica-PPI)** nel Reflusso Gastro Esofageo (GER) fisiologico, che non compromette la crescita e non si associa a segni o sintomi sospetti di Malattia da GER. Non prescrivere medicinali ai "vomitatori felici".

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
**Cinque raccomandazioni della Società Italiana per le Malattie Respiratorie
Infantili (SIMRI)**

1. Non eseguire la radiografia del torace nel bambino nel sospetto di una polmonite acquisita in comunità non grave o in presenza di crisi d'asma non complicata.
2. Non somministrare farmaci a base di salmeterolo nella crisi d'asma del bambino
3. Non eseguire la TC del torace nel bambino senza un preciso quesito clinico.
4. Non somministrare antistaminici per la prevenzione dell'asma nel bambino.
5. Evitare di diagnosticare e gestire l'asma nel bambino senza l'impiego della spirometria



Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) - Faringotonsillite acuta

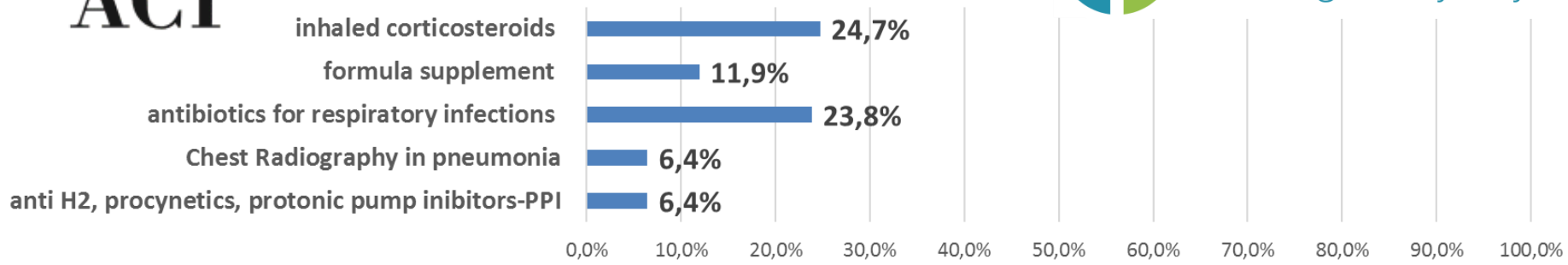
1. Non richiedere indagini ematochimiche nei bambini con faringotonsillite acuta.
2. Non somministrare terapia antibiotica ai bambini con faringotonsillite acuta in assenza di conferma microbiologica di infezione da *Streptococcus pyogenes* a seguito di test rapido o esame colturale
3. Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale nei bambini con faringotonsillite acuta, l'antibiogramma non deve essere eseguito.
4. Nei bambini con faringotonsillite acuta e conferma microbiologica di infezione da *Streptococcus pyogenes*, non ridurre la durata della terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni.
5. Non somministrare steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta.



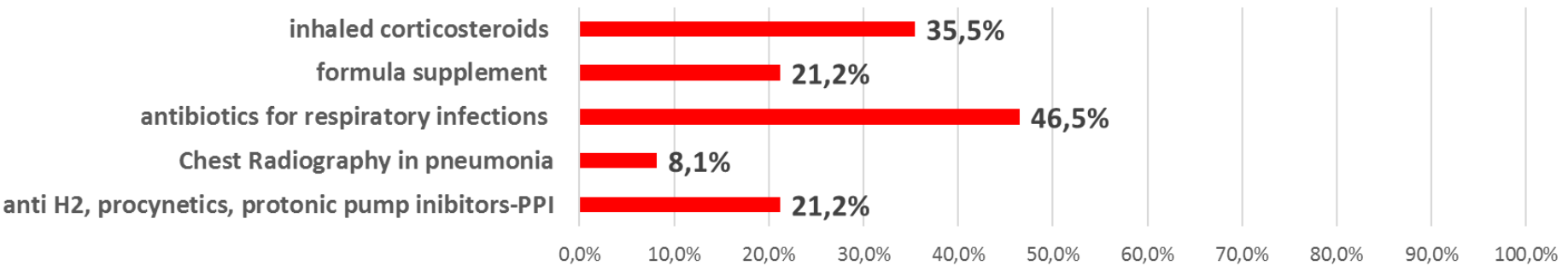
Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

1. Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.
2. Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.
3. Non trattare sistematicamente una febbre, in assenza di altri sintomi. Se si decide di trattare, fare ricorso a dosaggi appropriati, evitando l'uso combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene.
4. Non utilizzare farmaci cortisonici per via sistemica per il trattamento della febbre.
5. Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micronizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.

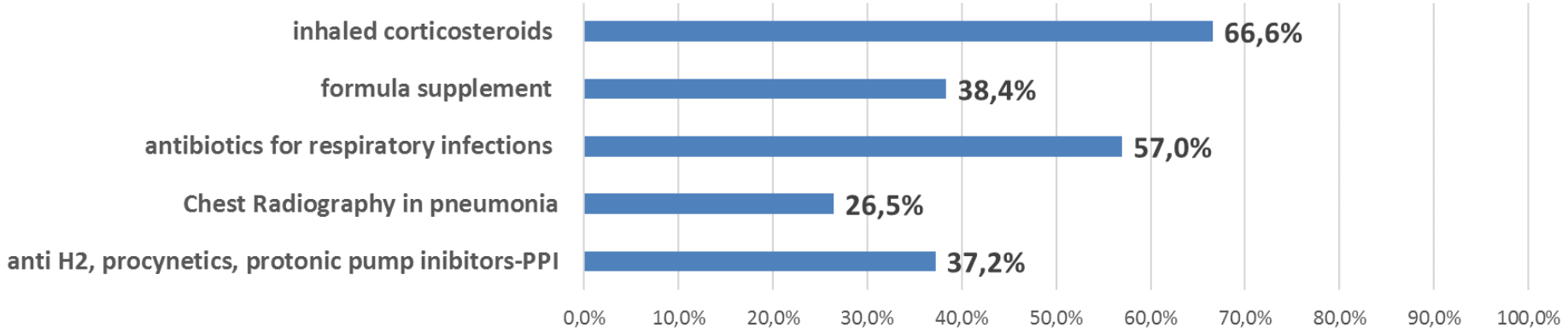
difficult to follow



difficult for patient to accept



other clinicians don't currently follow



Schede già predisposte

1. imaging nella lombalgia – SIMG e SIRM
2. antibiotici per infezioni vie aeree superiori – SIMG (+ ACP + SIPPS)
3. inibitori di pompa protonica – SIMG (+ FADOI + ACP + GICR – IACPR + AIGO)
4. antiinfiammatori non steroidei – SIMG (+ FADOI + SIN)
5. benzodiazepine agli anziani – SIMG e CNF (+ FADOI)
6. Rx torace preoperatorio – SIRM
7. RMN del ginocchio – SIRM
8. test allergometrici per farmaci e/o alimenti – SIAAIC
9. test per le intolleranze alimentari – ADI e SIAAIC
- 10. aerosol al cortisone – ACP**
- 11. latte artificiale per i neonati – ACP**
12. monitoraggio della glicemia nel paziente diabetico – AMD
- 13. radiografie ai bambini in caso di polmonite – ACP**
14. Cinque mosse per noi e per l'ambiente - ISDE
15. ecografia della tiroide – AME
16. Farmaci equivalenti – SIFACT
17. Prevenzione e diagnosi precoce del tumore del colon – AIGO
18. Test genetici senza prescrizione - SIGU

BAMBINI CON LA TOSSE AEROSOL AL CORTISONE

Pratica indicata a rischio di inappropriata dall'Associazione Culturale Pediatri

Le infezioni delle vie respiratorie superiori (naso, bocca, faringe e laringe) sono le malattie più frequenti nei bambini. Quasi sempre a causarle è un virus stagionale. Guariscono spontaneamente nell'arco di una settimana o poco più. Soprattutto nel periodo invernale i più penalizzati dal virus sono i neonati: è frequente che raffreddore, mal di gola, catarro e tosse si presentino più volte in un breve periodo di tempo o impleghino settimane a passare, per la disperazione delle neomamme. La tosse persistente e la richiesta di una terapia per risolverla sono le motivazioni più frequenti delle consultazioni telefoniche e delle visite pediatriche. Molto spesso il pediatra in questi casi prescrive "un po' di aerosol con il cortisone".

PERCHÉ È MEGLIO NON USARLO

Non ci sono prove che i farmaci cortisonici inalatori siano efficaci per la cura della tosse. Al contrario, è dimostrato che il loro uso non accorcia la durata dei sintomi delle infiammazioni acute delle prime vie respiratorie. Eppure, secondo i dati dell'Osservatorio ARNO bambini (un sistema di sorveglianza continua sulle prescrizioni dei medici del Servizio sanitario nazionale), i cortisonici inalatori sono tra i primi 15 farmaci più prescritti in Italia. I nomi dei principi

attivi in commercio sono Beclometasone, Budesonide, Flunisolide e Fluticasone. Un bambino su quattro li usa almeno una volta l'anno. In particolare il Beclometasone è il terzo farmaco più prescritto ai bambini italiani. Si stima che ogni anno almeno il 18% dei bambini in età prescolare lo assuma: tre volte di più che negli altri paesi europei. Un dato che la dice lunga sull'inappropriatezza della prescrizione nel nostro Paese.



QUANDO INVECE ANDREBBE PRESO

I cortisonici inalatori hanno la capacità di ridurre velocemente l'infiammazione e i gonfiori. Sono quindi farmaci preziosi in alcune circostanze e sono davvero indispensabili nel trattamento di poche condizioni ben definite, che sono: l'attacco d'asma, l'asma cronica e la laringite acuta stenotizzante infettiva, detta anche croup.

MEGLIO USARE IL DISTANZIATORE

Una volta stabilito che sta davvero utile per il bambino assumere cortisonici, è molto importante che siano dosati e somministrati correttamente. Succede infatti che con l'aerosol, buona parte del farmaco nebulizzato si fermi prima di entrare in gola.

In questo caso, non solo il farmaco manca il bersaglio, ma può causare disturbi come raucedine o candidosi, un'infezione da funghi che per guarire ha bisogno di farmaci specifici.

La soluzione migliore per ovviare al problema è usare i distanziatori. Ne esistono di varie dimensioni a seconda dell'età del bambino. I distanziatori sono assolutamente da preferire all'apparecchio per aerosol, perché aumentano l'efficacia della terapia e riducono gli effetti indesiderati. Indipendentemente dal mezzo scelto, vale comunque la raccomandazione di sciacquare sempre la bocca dopo l'uso dei cortisonici.

Per saperne di più: "Inverno a tutto vapore", Test Salute 113, dicembre 2014 consultabile su www.altroconsumo.it in archivio riviste. Progetto "Fare di più non significa fare meglio" www.slowmedicine.it

CI SONO VALIDE ALTERNATIVE I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



➤ In caso di raffreddore e mal di gola alcuni rimedi tradizionali sono assolutamente validi. Come quello di tenere sempre pulito il naso del bambino, così non respirerà con la bocca, aumentando il rischio di tosse dovuta all'irritazione della gola. Anche bere spesso acqua, o bevande calde con miele, è un ottimo rimedio.

➤ Usa i cortisonici inalatori solo in presenza di indicazioni mediche e nelle sole situazioni in cui la loro efficacia è provata.

➤ Apri spesso le finestre di casa, anche in inverno, per ridurre la concentrazione di microbi e sostanze irritanti. Non riscaldare troppo l'ambiente e contrasta la secchezza causata dai termosifoni accesi umidificando l'aria.

➤ Non fumare perché l'esposizione dei bambini al fumo di sigaretta aumenta l'irritazione delle vie respiratorie.

➤ Ricorda che la gola infiammata e il raffreddore sono malattie che passano da sole ed è improbabile riuscire ad accelerare la guarigione.

RADIOGRAFIE AI BAMBINI IN CASO DI POLMONITE

Pratica indicata a rischio di inappropriata dall'Associazione Culturale Pediatri

Le polmoniti non sono tutte uguali. Quella che i nostri bambini prendono all'asilo o in famiglia, di gravità lieve o moderata, non comporta complicazioni. Per questo tipo di polmonite, sottoporre il bambino a radiografia del torace è una pratica inutile. Per ottenere la guarigione del bambino bastano le visite nell'ambulatorio del pediatra e le cure a casa. Il ricovero in ospedale non è necessario. Infatti la polmonite che colpisce i bambini sani, e non predisposti di per sé a malattie respiratorie, è data da un'infezione acuta dei polmoni e passa senza complicazioni. Il non facile compito del pediatra di famiglia, o del pronto soccorso, sta nel riuscire a fare rapidamente una diagnosi corretta del tipo di infezione polmonare in corso, così da iniziare al più presto la terapia. In questo però la radiografia non è di aiuto, perché non aggiunge informazioni sulla diagnosi, che dipende invece da fattori come l'età del bambino, la gravità dei sintomi e la natura del contagio. A volte poi il pediatra prescrive la radiografia del torace per avere la conferma che si tratti di polmonite, o perché spera di capire così se l'infezione è di origine batterica o virale. Tutte informazioni che però l'Rx non dà. C'è anche la cattiva abitudine di prescrivere le radiografie del torace di routine, a tutti i

bambini che sono guariti da una polmonite non complicata. Lo scopo in questi casi sarebbe quello di certificare l'evoluzione della polmonite. Ma se è chiaro che il bambino è guarito, non serve fare una radiografia.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

I raggi X fanno male, soprattutto ai bambini. Bisogna pensarci bene, prima di esporli ingiustificatamente al rischio degli effetti avversi delle radiazioni, perché si accumulano di volta in volta quando ci sottoponiamo a una



radiografia. E i danni possono essere gravi. Le linee guida internazionali più recenti indicano che, nei casi in cui al pediatra sia chiaro che il bambino ha la polmonite, eseguire la radiografia del torace non aggiunge nessuna informazione utile. Per capire qual è la terapia migliore, bisogna capire se la polmonite è batterica o virale, ma, allo stato attuale, l'Rx torace non permette di distinguere con certezza l'origine delle polmoniti. Inoltre nel bambino sono frequenti le polmoniti miste, virali e batteriche insieme. Ci sono dei segni tipici che ci dicono che si tratta di polmonite e sono:

- febbre oltre i 37,5 gradi;
- sintomi respiratori acuti (aumento della frequenza del respiro, difficoltà a respirare, tosse, dolore al petto e rantoli);
- quadro clinico generale (spossatezza);
- presenza di segni radiologici o clinici di infiltrato polmonare.

QUANDO INVECE È CONSIGLIABILE

Le radiografie del torace possono essere molto utili in caso di bambini che hanno preso la polmonite in ospedale, oppure se il bambino è nato da meno di due mesi o se soffre di altre malattie croniche associate alla polmonite. L'Rx del torace rimane quindi, a tutt'oggi, uno strumento fondamentale nella valutazione delle malattie dei polmoni. Interpretare le radiografie dei bambini piccoli è comunque molto difficile.

Per saperne di più: "Polmonite, curarsi fuori dai luoghi comuni", *Salutest* 70, ottobre 2007, consultabile su www.altroconsumo.it
Progetto "Fare di più non significa fare meglio"
www.slowmedicine.it

SE SI SOSPETTA UNA POLMONITE: I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



- Capire bene, dialogando a fondo con il pediatra, se le indagini di laboratorio e strumentali sono assolutamente indispensabili per decidere la terapia.
- Se il pediatra sospetta che si tratti di una polmonite stagionale, gestibile in ambulatorio, non è necessario fare esami di laboratorio né radiografie.
- Tenere conto dell'età del bambino è molto importante, perché aiuta a capire quale può essere l'origine della polmonite e quindi orientare la terapia. L'infezione virale, infatti, è più frequente nei primi due anni di vita, dopo è più probabile che la causa sia un batterio, più probabilmente lo streptococco pneumonico, seguito dal mycoplasma e dalla clamidia.
- Non fare esami del torace di routine per verificare che il bambino stia guarendo dalla polmonite, né per controllare l'aver avuto guarigione a distanza di qualche tempo.

LATTE ARTIFICIALE PER I NEONATI

Pratica indicata a rischio di inappropriata dall'Associazione Culturale Pediatri

Il neonato che nasce sano, del giusto peso e a termine deve essere allattato esclusivamente al seno. All'inizio si nutrirà di colostro, la prima secrezione della mammella; un liquido ricco di proteine, carboidrati, grassi e anticorpi contro batteri e virus. Intorno al terzo o quarto giorno dal parto la mamma inizia a produrre il latte maturo. Al neonato questo è sufficiente, non serve un'integrazione di latte artificiale. Il meccanismo che regola la produzione del latte è quello della domanda e dell'offerta: più il bimbo si attacca al capezzolo e succhia, più la produzione di latte aumenta. Le ghiandole mammarie producono il latte grazie a un ormone, la prolattina, prodotto dall'ipofisi. Questo consente ad ogni mamma di produrre il latte necessario al suo bambino, se non ci sono interferenze: medici, ostetriche e infermiere dovrebbero sostenere in tutti i modi questa funzione naturale. I motivi che conducono così frequentemente a dare supplementi di formule artificiali ai neonati sani sono molti, ma quelli connessi alla impossibilità della mamma di produrre latte, o alla salute della mamma e del bambino sono una minoranza assoluta.

La letteratura scientifica è ricca di studi che dimostrano i grandi benefici legati all'allattamento al seno, sia per la salute del bambino sia della mamma. È dimostrato

anche che se la mamma riesce ad allattare al seno il suo bimbo già dai primi giorni di vita è molto probabile che riuscirà a proseguire per molti mesi.

PERCHÉ È MEGLIO NON AGGIUNGERE

Aggiungere il latte artificiale all'alimentazione del neonato è sbagliato perché interrompe il meccanismo naturale di domanda e offerta che c'è tra madre e bambino e che regola la produzione del latte materno. Il bambino che ha succhiato dal biberon, infatti, non



avrà bisogno di attaccarsi al capezzolo della madre perché è sazio; di conseguenza la madre produrrà meno latte. Si crea quindi una situazione per cui, la madre, vedendo che effettivamente produce poco latte, rischia di perdere fiducia nella propria capacità di nutrire a sufficienza il suo bambino e di essere una buona mamma. Può succedere che questo circolo vizioso porti a interrompere precocemente l'allattamento al seno. E addio benefici.

QUANDO PUÒ ESSERE CONSIGLIABILE

Una aggiunta di latte artificiale può essere necessaria:

- ▶ se la - normale e fisiologica - perdita di peso del bambino dopo la nascita è superiore al 10% del peso del neonato;
- ▶ per i bambini sottopeso o prematuri o con problemi che comportano un bisogno maggiore di energia;
- ▶ se la mamma non è in condizione di allattare al seno. Può succedere infatti che, per particolari motivi medici, peraltro rarissimi, la mamma debba evitare di dare il proprio latte al suo bambino per un periodo di tempo più o meno lungo. In questi casi è molto utile ricorrere alle banche del latte materno, presenti in tutta Italia. Nel frattempo è bene insistere e favorire la produzione di latte materno, per garantire che il neonato possa riceverlo appena possibile.

Dal ministero della Salute: www.salute.gov.it
Per avere informazioni sulle banche del latte:
www.aiblud.com
Progetto "Fare di più non significa fare meglio"
www.slowmedicine.it

PER LA FUTURA MAMMA I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



▶ Durante la gravidanza informati sull'allattamento al seno, consultando i siti internet specificamente dedicati (l11italia.org, mami.org, ibfanitalia.org) o frequentando corsi pre-parto.

▶ Se possibile, scegli di partorire in una delle 22 strutture sanitarie italiane riconosciute dall'Unicef come "Ospedali amici dei bambini". Trovi l'elenco completo sul sito www.unicef.it.

▶ Prima del parto comunica chiaramente al tuo ginecologo o all'ostetrica la tua intenzione di tenere il bambino tra le tue braccia, già subito dopo il parto, pelle contro pelle, e che vuoi allattarlo al seno.


▶ Chiedi aiuto in caso di difficoltà; tieni a mente che allattare è un diritto di ogni mamma e di ogni bambino e che sostenere e proteggere l'allattamento è un dovere per tutta la società.

▶ Sii fiduciosa: ogni mamma può produrre la quantità di latte sufficiente per il proprio bambino.

<https://snlg.iss.it/?cat=4>

Le raccomandazioni **CHOOSING WISELY ITALY** tra le **BUONE PRATICHE** clinico-assistenziali nel **Sistema Nazionale Linee Guida-SNLG dell'ISS**



 > Buone pratiche > Choosing Wisely edizione italiana

Choosing Wisely edizione italiana

 4 settembre 2017  Buone pratiche

Il progetto

Il progetto "Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy", promosso da Slow Medicine, ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

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.

Le raccomandazioni

Pratiche a rischio di inappropriatezza in Italia di cui medici, altri professionisti, pazienti e cittadini devono parlare.

Le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane.

- [Raccomandazioni \(gennaio 2017\)](#)

- [Choosing Wisely](#)
- [Choosing Wisely Australia](#)
- [Choosing Wisely Canada](#)
- [Choosing Wisely United Kingdom](#)

Description

- Choosing Wisely **Italy** (CWI) is a campaign to help physicians and patients engage in conversations about unnecessary tests, treatments, and procedures, and to help physicians and patients make smart and effective choices to ensure high-quality care.
- CWI recommendations are the result of Italian medical colleges and professional societies identifying tests, treatments, or procedures that are commonly used but not supported by evidence and/or could expose patients to unnecessary harm.
- CWI is modeled after the [Choosing Wisely](#) campaign in the United States, an initiative of the American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation.
- Reference - [Choosing Wisely Italy](#), [Choosing Wisely Italy \[Italian\]](#)

Allergy

Italian Society of Allergy, Asthma, and Clinical Immunology (SIAAIC)

- Do not perform allergy tests for drugs (including anesthetics) and/or foods without clinical history and symptoms suggestive of hypersensitivity reactions.
- Do not perform so-called “food intolerance tests” (apart from those which are validated for suspected celiac disease or

In costruzione:

**APP delle raccomandazioni
Choosing Wisely Italy
e delle schede per i cittadini
con Altroconsumo.**

Versioni in italiano e in inglese.





CHOOSING WISELY
INTERNATIONAL



Principi fondamentali

- **Clinician led:** la campagna parte dai professionisti ed è **bottom up**
- **Physician/patient partnership:** relazione con il paziente (skills e tempo) per arrivare a decisioni “sagge” e condivise
- **Evidence-based:** le raccomandazioni sono basate sulle prove di efficacia (EBM)
- **Multi-profession:** l’approccio è di squadra e multi professionale
- **Transparency:** il processo messo in atto per sviluppare le raccomandazioni è trasparente. Non conflittualità

NARRATIVE REVIEW

Levinson W, et al. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167–174.

‘Choosing Wisely’: a growing international campaign

Wendy Levinson,¹ Marjon Kallewaard,² R Sacha Bhatia,¹ Daniel Wolfson,³ Sam Shortt,⁴ Eve A Kerr,⁵ On behalf of the Choosing Wisely International Working Group

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003821>).

¹Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

²Dutch Association of Medical Specialists, Utrecht, The Netherlands

ABSTRACT

Much attention has been paid to the inappropriate underuse of tests and treatments but until recently little attention has focused on the overuse that does not add value for patients and may even cause harm. Choosing Wisely is a campaign to engage physicians and patients in conversations about unnecessary tests, treatments and procedures. The campaign began in 2012 in the USA and has since spread to other countries.

even clinically indicated, the fundamental quality improvement target becomes unnecessary care itself.

Eliminating unnecessary medical care and optimising value has received increasing attention from health systems in the past decade. Critical evidence shows that in some countries, particularly the USA, an estimated 30% of all medical spending is

2018 INTERNATIONAL ROUNDTABLE ZURICH

October 2-3, 2018
The Careum Auditorium
Pestalozzistrasse 11
CH-8032 Zurich
<http://www.careum.ch/auditorium>



**CHOOSING WISELY ITALY
dei GIOVANI**

**Congresso SISM
Bardonecchia
12 maggio 2018**



www.slowmedicine.it
www.choosingwiselyitaly.org

info@slowmedicine.it

Facebook: [Slow Medicine Italia](https://www.facebook.com/SlowMedicineItalia)

Twitter: @Slow Medicine

GRAZIE!

Giorgio Bert, Marco Bobbio, Antonio Bonaldi,
Gianfranco Domenighetti, Andrea Gardini,
Silvana Quadri, Sandra Venero

