

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Aprile 2002

numero 4

EDITORIALI SUI CONTRIBUTI ORIGINALI

La prescrizione di antibiotici in età pediatrica: punto e a capo?

di ML. Moro

Commento di Federico Marchetti alla ricerca "Prescrizione di antibiotici in età pediatrica nella regione Emilia Romagna"

La lettura dell'articolo sulle prescrizioni di antibiotici nella regione Emilia Romagna durante l'intero anno 2000 pone due importanti riflessioni.

La prima riguarda quello che è già in parte noto sul profilo prescrittivo degli antibiotici in età pediatrica: sia la frequenza di utilizzo che la qualità di prescrizione non sono conformi alle indicazioni razionali di uso. Da anni, in contesti nazionali ed internazionali, si continua a dire e a dimostrare che le pratiche terapeutiche adottate per il trattamento delle comuni malattie infettive del bambino (ma anche dell'adulto) sono sbagliate, con eccesso di uso di farmaci da parte del medico e di richiesta di prestazioni da parte dei genitori. Troppi antibiotici, molto spesso poco ragionati nell'utilizzo (per efficacia e costo), troppe pressioni per un "benessere assoluto", senza voluta considerazione dei tempi di diagnosi e della verifica di alcune aspettative. E' oltremodo sorprendente nelle pratiche prescrittive adottate in Emilia e Romagna il ricorso così frequente alle cefalosporine, che è superiore a quanto documentato dall'indagine ARNO, la più larga sorveglianza condotta in Italia in ambito prescrittivo pediatrico (1).

La seconda riflessione riguarda le conclusioni a cui gli Autori fanno riferimento, in merito alla formulazione di "linee guida sull'uso degli antibiotici nelle infezioni del bambino" prodotte dal Gruppo multidisciplinare di Bologna e pubblicate nel 2000 (2), che avrebbero avuto uno scarso impatto nella pratica regionale pediatrica, alla luce appunto del dato di prescrizione che ci viene riportato.

La speranza di questi anni è stata (ed è tuttora) quella di poter avere un "luogo" di riflessione sulle pratiche adottate nella pediatria ambulatoriale ed ospedaliera e di "risposta" attraverso la formulazione (anche) di linee guida (LG). L'individuazione delle strategie più efficaci dovrebbe seguire un percorso di metodo e di ragionevolezza pratica, adattabile al singolo paziente, ma nel possibile rispetto di quelle che sono le prove di efficacia a sostegno del programma diagnostico-terapeutico che viene adottato. Il gruppo Bolognese, partendo da un bisogno, ha sviluppato un percorso di lavoro che è stato un esempio soprattutto di metodo. Si è deciso di produrre una LG sulla patologia infettiva respiratoria in quanto questa rappresentava una priorità di chiarezza, a fronte di un enorme numero di lavori che si pronunciano con raccomandazioni estremamente contraddittorie e variabili nei contenuti, a volte nel

giro di pochi anni o mesi. Non si trattava quindi di produrre delle LG "nuove" ma di valutarne la qualità scientifica e soprattutto di *adattarle al contesto locale*, tenendo conto anche di dati esistenti di resistenza agli antibiotici dei più comuni batteri. Questo negli auspici. Di fatto a livello regionale, ci viene riferito che il punto programmatico successivo del lavoro, quello di implementazione delle linee guida, sarebbe mancato. E' di interesse verificare se i dati di prescrizione relativi alla città di Bologna sono diversi da quelli Regionali, se ipotizziamo un rapido impatto delle LG a livello più locale.

Le conclusioni che al momento possiamo trarre sono di ragionevole speranza nell'attesa di prossime verifiche e questo per un motivo molto semplice. Il risultato di una raccomandazione prodotta si vede osservando quello che succede dopo la sua formulazione. Il primo passo è quello dell'implementazione. Quello successivo è la verifica dell'applicabilità (nell'interfaccia con i pazienti) e di conseguenza dell'eventuale cambiamento ottenuto a distanza ragionevole di tempo. Questi momenti sono spesso carenti, non sufficientemente strutturati nei metodi di rilevazione, soprattutto in una prospettiva che sia di gruppo (di azienda, di città, di regione). L'esperienza dell'Emilia Romagna è una ulteriore conferma di queste difficoltà? Noi non vogliamo crederlo in quanto i tempi della rilevazione delle prescrizioni e di formulazione delle LG sono stati contemporanei. In pratica non vi è stato il tempo utile dalla formulazione delle LG per la necessaria implementazione.

Sicuramente sappiamo che, proprio in tema di prescrizione antibiotica, l'informazione documentata della famiglia su quanto viene proposto come strategia terapeutica è parte integrante del buon agire medico, con risultati importanti in termini di razionalità prescrittiva (3). Naturalmente il medico deve essere in grado di conoscere le LG, di condividerle attraverso un percorso di metodo standardizzato di informazione, e di riprodurle nella pratica con adeguati strumenti di trasferibilità nei confronti dei pazienti.

Un invito pertanto ai colleghi dell'Emilia Romagna (ma non solo) di impegnarsi ancora in questa direzione, in attesa, per una volta, di risultati positivi che ci attendiamo nel prossimo biennio. Nel frattempo sarebbe interessante seguire i passi successivi metodologici che si è deciso di adottare. Ci sembra questo il punto di maggiore carenza conoscitiva, che merita di per sé uno sforzo di lavoro e di implementazione.

Bibliografia:

1. Rossi E, De Rosa M, Bonati M, et al. La prescrizione farmaceutica pediatrica nell'ambito delle cure primarie: rapporto della banca dati ARNO. Giorn Ital Farm Clin 2001; 15 (1): 26-29
2. Gruppo di Lavoro sulle Linee Guida ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni pediatriche delle vie respiratorie,

Bologna. Prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni respiratorie. Medico e Bambino 2000; 19: 431-47

3. Finkelstein JA, Davis RL, Dowell SF, et al. Reducing antibiotic in children: a randomised trial in 12 practices. Pediatrics 2001; 108 (1): 1-7