

L'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nelle Cure primarie: perché rinunciare a cambiare?

ROMANO MANZOTTI, COSTANTINO PANZA, ANNALISA ZINI

Pediatri di famiglia, AUSL Reggio Emilia

In collaborazione con il "Gruppo aziendale Reggio Emilia sul buon uso degli antibiotici"

L'esperienza riportata è unica nel suo genere nel panorama italiano. Un modello da seguire (se ne riporta la metodologia di lavoro) che ha come presupposto una base forte motivazionale che è necessariamente di gruppo: una formazione efficace vuol dire percepire il cambiamento, con grande soddisfazione personale e nella qualità dell'assistenza, basata sulle migliori evidenze.

Nel 2019 scrivemmo una lettera su *Medico e Bambino* sulla esperienza di Reggio Emilia riguardo la prescrizione degli antibiotici nelle Cure primarie¹, stimolati dall'Editoriale sul "perché abbiamo paura di prescrivere bene la terapia antibiotica" dove ci eravamo riconosciuti in alcune affermazioni, in particolare: "In alcuni contesti (che andrebbero presi a esempio) la revisione fra pari dei dati di prescrizione, il confronto sulla letteratura autorevole e di più facile accesso, la discussione di casi clinici, sembrano aver favorito la riduzione della variabilità fra pediatri e un miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni. Questo dialogo continuo e ripetuto periodicamente può mantenere viva l'attenzione verso l'appropriatezza nella prescrizione antibiotica, l'adozione motivata e partecipe alle linee guida con il mantenimento e miglioramento di comportamenti adeguati e soprattutto con la prospettiva di cambiamento di quelli, tra i pediatri, più lontani dai comportamenti virtuosi"².

Quello della appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nelle Cure primarie pediatriche è un problema italiano che ci trascina da decenni e che ci allontana da pratiche europee decisamente più virtuose, con una grande variabilità prescrittiva tra i vari contesti assistenziali italiani³.

PRESCRIPTIVE APPROPRIATENESS OF ANTIBIOTICS IN PAEDIATRIC PRIMARY CARE: WHY GIVE UP ON CHANGE?

(*Medico e Bambino* 2023;42(10):653-655. doi: 10.53126/MEB42653)

Key words

Antibiotic resistance, Prescriptive appropriateness, Peer comparison, Reggio Emilia

Summary

In recent years, the phenomenon of antibiotic resistance has significantly increased and today represents one of the main public health problems worldwide. This article describes a multidisciplinary approach carried out in the Province of Reggio Emilia (Northern Italy) through the peer comparison of prescription data (district, company and regional reports), the shared analysis of evidence-based literature and the discussion of clinical cases. Such an approach has proven to be a useful tool in reducing the prescriptive variability of family paediatricians and consequently in improving their prescriptive appropriateness.

La regione Emilia-Romagna ha investito molte energie per favorire un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso il progetto "Bambini e Antibiotici (ProBA)", producendo le linee guida sulla faringotonsillite e sull'otite (da ricordare che, quando indicata, la breve durata della terapia antibiotica raccomandata in queste linee guida è risultata essere sicura ed efficace in merito alle possibili complicanze)⁴; attuando inoltre una reportistica individualizzata per ogni pediatra e pubblicando i dati aggiornati sull'utilizzo di antibiotici e sulle resistenze antimicrobiche in età pediatrica attraverso *report* annuali. Inoltre ai pediatri di famiglia (PdF) so-

no forniti gratuitamente i tamponi faringei utili per completare la fase diagnostica della faringotonsillite in base al punteggio di McIsaac, *score* che è stato inserito nella cartella elettronica di tutti i pediatri della regione. Infine è stata lanciata una campagna informativa a tutta la popolazione della regione. Il frutto di questi sforzi ha portato a un buon risultato nel confronto con le altre regioni³.

Ma a Reggio Emilia i risultati nell'appropriatezza prescrittiva sono nettamente migliori rispetto alle altre province della regione e tra i migliori in assoluto rispetto alle altre realtà nazionali (*Tabella I*), con un utilizzo di amoxicillina molto elevato e corri-

CONFRONTO PERCENTUALI UTILIZZO DI ANTIBIOTICI E RAPPORTO AMOXICILLINA/AMOXICILLINA + ACIDO CLAVULANICO

Dati 2018	Totale Italia	Nord	Emilia Romagna	Reggio Emilia	Centro	Sud
Amoxicillina	15,6	23,9	40	62,2	11,2	9,2
amoxicillina + acido clavulanico	38,8	39	29,2	19	44,7	35,7
cefalosporine	23	17,8	13,2	7,8	23,3	28,2
macrolidi	18,9	16,2	14,6	10,9	17,2	22,7
Rapporto amoxicillina/ amoxicillina + acido clavulanico	0,4	0,6	1,4	3,3	0,2	0,3

Tabella I. Dati AIFA (Agenzia italiana del farmaco) e RER (Regione Emilia-Romagna).

RAPPORTO AMOXICILLINA/AMOXICILLINA + ACIDO CLAVULANICO E CICLI DI ANTIBIOTICI/1 000 PAZIENTI - 1° SEMESTRE 2023

	Amoxicillina Amoxicillina + acido clavulanico	Amoxicillina + acido clavulanico	Cefalosporine	Macrolidi
AUSL 1	0,66	357	139	180
AUSL2	0,97	379	98	87
AUSL Reggio Emilia	2,31	231	68	64
AUSL4	1,13	375	167	158
AUSL5	0,73	408	152	102
AUSL6	0,67	497	179	99
AUSL7	0,88	404	116	124
AUSL8	0,99	402	151	125
Emilia Romagna	1,02	374	135	117

Tabella II. Dati regionali RER di utilizzo di antibiotici 0-14 anni.

spondente alle indicazioni per le linee guida sulla faringotonsillite, l'otite e la polmonite acquisita in comunità.

A come siamo arrivati a questi risultati così peculiari? Schematicamente possiamo dire che:

- La formazione è gestita in collaborazione tra AUSL e i PdF secondo progetti annuali concordati e basati sia sulle necessità dei pediatri e sia sui bisogni emersi dai *report* provinciali.
- È presente un *journal club* pediatrico dove è analizzata criticamente la letteratura scientifica più recente e, annualmente, in un incontro aziendale annuale, si diffonde il lavoro compiuto dal gruppo di studio i cui componenti si rinnovano di anno in anno.
- Le Cure primarie e il servizio farmaceutico collaborano attivamente

con i progetti dei pediatri di famiglia fornendo report specifici delle prescrizioni effettuate da ogni singolo pediatra, con un confronto con le prescrizioni degli altri pediatri del distretto e tra i diversi distretti aziendali.

Ma la vera peculiarità della formazione svolta a Reggio Emilia è l'incontro tra pari, ossia riunioni distrettuali dove è attuato il confronto interpersonale discutendo i report farmaceutici aziendali. Questo confronto si è rivelato utilissimo anche per aiutare i tanti nuovi pediatri convenzionati, appena usciti dalle scuole di specialità e dai reparti di Pediatria, in modo da orientarli a prescrivere secondo le indicazioni delle linee guida delle Cure primarie pediatriche. In questi incontri, non giudicanti, si discute sulle diffi-

coltà e sulle resistenze incontrate nella prescrizione e si valutano insieme possibili strategie per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Questa modalità di formazione è stata dimostrata essere una delle strategie utili per migliorare la qualità prescrittiva come dimostrato da studi internazionali⁵. Il dialogo continuo e ripetuto periodicamente tra professionisti può mantenere viva l'attenzione verso l'appropriatezza nella prescrizione antibiotica, l'adozione motivata e partecipe alle linee guida con il mantenimento e miglioramento di comportamenti adeguati e soprattutto con la prospettiva di cambiamento di quelli, tra i pediatri, più lontani dai comportamenti virtuosi.

Questa modalità di confronto, attuata già da diversi anni, non è stata avvertita dai colleghi come conflittuale o come una competizione, ma come uno stimolo a migliorare attraverso il confronto delle diverse esperienze. Inoltre ha portato a una migliore educazione delle famiglie sul ruolo della terapia antibiotica e a una maggiore credibilità del ruolo del pediatra. Gli ultimi avvenimenti hanno confermato questa collaborazione da parte delle famiglie.

Recentemente, la carenza di amoxicillina, verificatasi nel primo semestre del 2023, ha creato molta difficoltà a tutti i pediatri nella prescrizione antibiotica. Tuttavia, le motivazioni a "prescrivere bene gli antibiotici" ci hanno portato, quasi naturalmente, in carenza o assenza di sospensione orale, ad utilizzare anche le compresse dispersibili di amoxicillina, insegnando ai genitori a suddividerle secondo il peso del bambino e, per i più piccoli, a chiedere di rendere disponibili le scorte dei flaconi di sospensione orale, presenti nelle farmacie aziendali. Abbiamo anche insegnato ai genitori ad utilizzare il sito www.cercafarmaco.it per individuare le farmacie nelle quali reperire il farmaco richiesto, spiegandone le motivazioni: contrastare lo sviluppo di batteri resistenti e ridurre il rischio di effetti collaterali causati più facilmente da antibiotici non di prima scelta⁶.

La conferma del nostro operato arriva dai dati regionali del primo seme-

stre 2023 (Tabella II). Crediamo che gli attuali circa 75 PdF della AUSL di Reggio Emilia risultino davvero una "anomalia" regionale e, forse, anche nazionale.

Cosa si può fare

Come mai è così difficile per un pediatra cambiare le proprie abitudini prescrittive? Riportiamo quelle che, secondo la nostra esperienza, possono essere le proposte per un cambiamento efficace:

- una formazione "dall'alto" deve essere sempre associata da una formazione "dal basso", ossia una formazione sul campo, tra pari, con una precisa metodologia di svolgimento di quest'ultima;
- gli eventi formativi devono essere sempre improntati da totale indipendenza ed esenti da conflitti di interesse;
- utilizzare strategie EBM per ridurre la prescrizione inappropriata di antibiotico (ad esempio lo stile comunicativo e la prescrizione ritardata);
- è necessaria una collaborazione attiva tra i PdF e i servizi dell'azienda sanitaria per definire al meglio gli

indicatori utili per i *report* aziendali e per il confronto tra pari;

- è necessario distinguere dagli indicatori l'utilizzo della molecola amoxicillina + acido clavulanico dall'amoxicillina, evitando pertanto di accorpare gli antibiotici *Access* di prima linea secondo la recente classificazione WHO AWaRe⁷. A riguardo non è mai forse superfluo ricordare che un antibiotico ad ampio spettro come l'amoxicillina + acido clavulanico (ma anche una cefalosporina e un macrolide) non migliora l'esito dell'infezione delle alte vie respiratorie - otite, faringite, polmonite - rispetto all'uso della semplice amoxicillina (oltre ad aumentare il rischio di effetti collaterali e l'antibiotico resistenza).

Effettuare una formazione efficace vuol dire percepire il cambiamento in meglio nella propria pratica. Ciò è fonte di motivazione e di piacere per il pediatra e - questo conta molto di più - è fonte di soddisfazione da parte del bambino che è curato secondo le migliori evidenze. Perché allora rinunciare a cambiare?

Indirizzo per corrispondenza:

Romano Manzotti
Romano.Manzotti@ausl.re.it

Bibliografia

1. Manzotti R, Montagna G, Pinotti M, Graddolini F, Ferretti A. Prescrivere bene gli antibiotici. *Medico e Bambino* 2019;28(7): 421-3.
2. Marchetti F. Perché abbiamo paura di prescrivere bene gli antibiotici? *Medico e Bambino* 2019;38(4):211-2.
3. Marchetti F. L'uso degli antibiotici nelle cure primarie pediatriche: è tempo di cambiare? *Medico e Bambino* 2022;4:223-7. doi: 10.53126/MEB41223.
4. Di Mario S, Gagliotti C, Buttazzi R, et al. Reducing antibiotic prescriptions in children is not associated with higher rate of complications. *Eur J Pediatr* 2021;180(4):1185-92. doi: 10.1007/s00431-020-03861-8.
5. Zeng Y, Shi L, Liu C, et al. Effects of social norm feedback on antibiotic prescribing and its characteristics in behaviour change techniques: a mixed-methods systematic review. *Lancet Infect Dis* 2022;12:S1473-3099(22)00720-4. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00720-4.
6. Gerber JS, Ross RK, Bryan M, et al. Association of Broad - vs Narrow-Spectrum Antibiotics With Treatment Failure, Adverse Events, and Quality of Life in Children With Acute Respiratory Tract Infections. *JAMA* 2017;318(23):2325-36. doi: 10.1001/jama.2017.18715.
7. Agenzia Italiana del Farmaco. Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve). Edizione italiana di: The WHO AWaRe Antibiotic Book. Gennaio 2023. https://www.aita.gov.it/documents/20142/1811463/Manuale_antibiotici_AWaRe.pdf