



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi GR/39/21

All' Ordine dei Medici - chirurgi e
degli Odontoiatri della Regione
Lazio

Oggetto: Commissione Regionale del Farmaco (Co.Re.Fa.) – Indicazioni per la corretta prescrizione di antibiotici in odontoiatria nella Regione Lazio.

Facendo seguito alla riunione Co.Re.Fa., tenutasi in data 17.06.2025, è emersa la necessità di informare quest'Ordine riguardo alcune evidenze che sono state riscontrate circa l'induzione prescrittiva di antibiotici da parte dei medici odontoiatri e che richiede una riconsiderazione alla luce della necessità di gestire correttamente l'ambito prescrittivo e le resistenze batteriche.

Il tema della prescrizione antibiotica, infatti, è oggetto di revisione in considerazione del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2018-2025, che fornisce le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare correttamente il problema dell'Antibiotico-Resistenza.

A tal riguardo, si invia in allegato il documento definito dal Co.Re.Fa. "*Linee di indirizzo per prescrizione antibiotica in odontoiatria nella Regione Lazio*" che riporta le valutazioni effettuate relativamente alla tematica in oggetto e le azioni da intraprendere per determinare il cambiamento atteso a garanzia della migliore *performance* di sistema.

Si conta pertanto sulla massima collaborazione di quest'Ordine nel diffondere il documento e nel promuovere l'inversione di *trend* nell'induzione prescrittiva, così da concorrere al governo reale del fenomeno che si osserva ormai da anni in Italia e che deve trovare una risposta concreta nella Regione Lazio.

Il Dirigente dell' Area
Marzia Mensurati

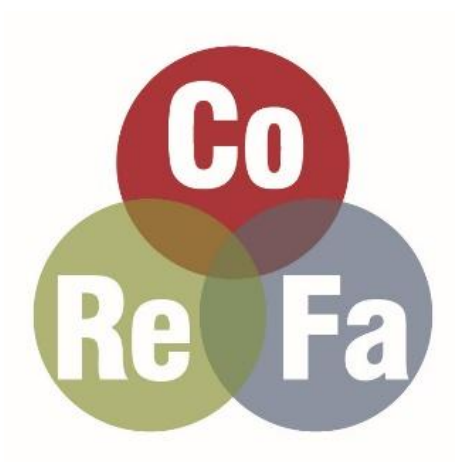


Il Direttore
Andrea Urbani



Linee di indirizzo per prescrizione antibiotica in odontoiatria nella Regione Lazio

Commissione Regionale del Farmaco (CoReFa)



Giugno 2025

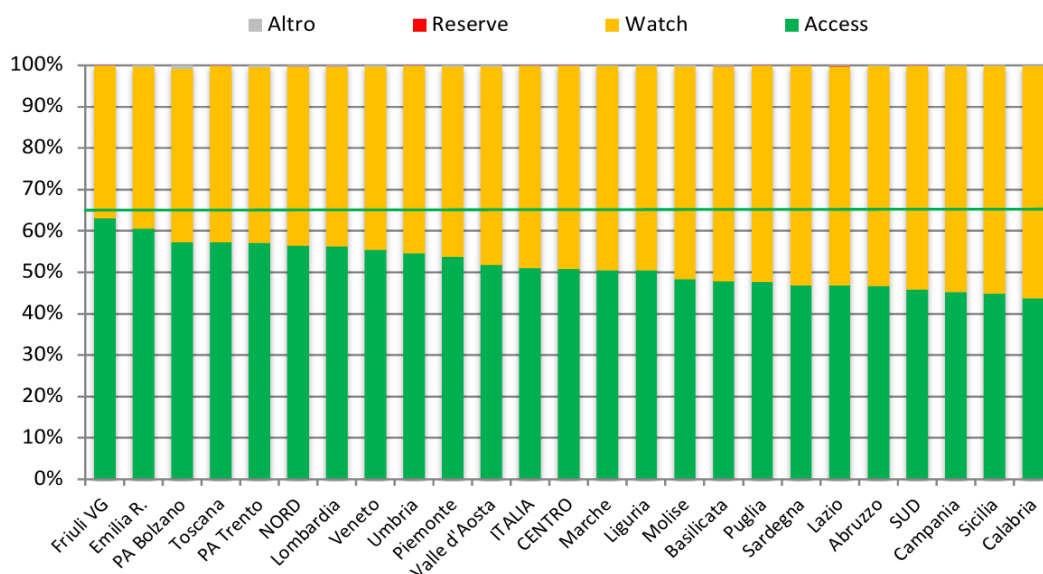
Commissione Regionale della Regione Lazio

Componenti Corefa		
Anrea Urbani	Direzione Generale Salute, Regione Lazio	Presidente
Marzia Mensurati	Area Farmaci, Regione Lazio	Coordinatore
Claudio Pisanelli	San Filippo Neri, ASL Roma 1	Farmacista Ospedaliero
Antonio Addis	Dip. Epidemiologia Regione Lazio	Metodologo
Valeria Belleudi	Dip. Epidemiologia Regione Lazio	Statistica
Ursula Kirchemayer	Dip. Epidemiologia Regione Lazio	Farmacista epidemiologo
Daniela Botta	Area Farmaci, Regione Lazio	Farmacista
Francesco Trotta	Area Farmaci, Regione Lazio	Farmacista
Lorella Lombardozi	San Camillo Roma	Farmacista
Roberto Ricci	Os. Santo Spirito, ASL Roma 1	Cardiologo
Enrico Girardi	IRCCS Spallanzani	Infettivologo
Dario Manfellotto	Osp. S Giovanni, Fatebenefratelli	Internista
Fabio Calabrò	IRCCS Regina Elena	Oncologo
Elisabetta Curtis	Ospedale S. Eugenio, ASL Roma 2	Pediatra
Maria Grazia Celeste	Policlinico Tor Vergata	Farmacista Ospedaliero
Emilio Comberiatì	Regione Lazio	Farmacista
Giampiero Forte	ASL Roma 5	Farmacista
Fulvio Ferrante	ASL Frosinone	Farmacista
Emma Giordani	ASL Rieti	Farmacista
Dino Miceli	ASL Roma 2	Farmacista
Alberto Chiriatti	FIMMG	Medico
Marco Trifogli	SNAMI	Medico
Marina Pace	SMI	Medico
Segreteria Tecnico Scientifica		
Marzia Mensurati	Area Farmaci, Regione Lazio	Coordinatore
Marcello Giuliani	Area Farmaci, Regione Lazio	Segretario
Antonio Addis	Dip. Epidemiologia Regione Lazio	Metodologo
Valeria Belleudi	Dip. Epidemiologia Regione Lazio	Statistica
Ursula Kirchemayer	Dip. Epidemiologia Regione Lazio	Farmacista epidemiologo
Daniela Botta	Area Farmaci, Regione Lazio	Farmacista

Premessa

I dati di prescrizione Nazionale rilevati nel monitoraggio pubblicato da AIFA (link: [Rapporto antibiotici 2023.qxp Layout 1](#)) circa il consumo degli antibiotici nell'anno 2023 mostrano che in Italia e massimamente nella Regione Lazio c'è un utilizzo elevato di farmaci *Watch*, che evidenzia una non corretta gestione dei processi prescrittivi.

Di seguito è riportata la tabella di sintesi pubblicata da AIFA in cui si evidenzia la variabilità regionale del consumo (DDD/1000 abitanti die) degli antibiotici per uso sistemico (J01) in base alla classificazione AWaRe dell'OMS nel 2023 in regime di assistenza convenzionata.



Target Raccomandazione del Consiglio Europeo: 65%

Fonte: [Rapporto antibiotici 2023.qxp Layout 1](#)

Dal grafico emerge che nella Regione Lazio c'è un consumo elevato di antibiotici *Watch* rispetto ai farmaci *Access*, che presentano una percentuale di utilizzo ancora distante dal target raccomandato dal Consiglio Europeo fissato al 65% e che evidenzia la necessità di agire leve di governo per consentire la corretta gestione clinica.

Linee di indirizzo

Posta la necessità di rimodulare la prescrizione territoriale si è dibattuto a lungo sulle possibili leve di governo del fenomeno ed è emersa, durante il dibattito, la necessità di coinvolgere gli odontoiatri nei processi di riconduzione della prescrizione promuovendo la diffusione di alcuni messaggi chiave che si riferiscono alla metodologia AWaRe utilizzata dell'OMS. I MMG e PLS della Co.Re.Fa. evidenziano, infatti, che l'induzione prescrittiva è spesso non corretta e questo crea difficoltà nella continuità assistenziale che determina un atteggiamento di iperprescrizione che dovrebbe essere evitato.

Alla luce di quanto detto, si riassumono le principali evidenze di non corretta prescrizione:

- 1) prescrizione di antibiotici anche quando non necessario;**
- 2) utilizzo di farmaci *Watch* in profilassi preoperatoria al posto di farmaci *Access*;**
- 3) impiego dell'associazione amoxicillina/acido clavulanico in maniera non appropriata.**

Relativamente a tali osservazioni, per rendere indirizzi tecnici codificati in ambito odontoiatrico, si rimanda alle schede allegate (allegato 1 e allegato 2) estratte dal Manuale antibiotici AWaRe ([Manuale antibio \(Access, Watch, Reserve\) - Edizione italiana del "The WHO AWare Antibiotic Book"](#)) edito da AIFA, al fine di dare indicazioni sulla riconduzione terapeutica.

Allo scopo di definire, per un pronto utilizzo, i messaggi chiave a supporto del cambiamento si riportano in sintesi le seguenti indicazioni:

- 1) le infezioni dentali possono essere curate in sicurezza senza antibiotici nella maggior parte dei casi;
- 2) laddove necessario, il trattamento delle infezioni dentali deve essere effettuato con gli antibiotici *Access* amoxicillina o fenossimetilpenicillina, tenendo in considerazione che nella maggioranza dei casi la prima scelta è un intervento odontoiatrico e gli antibiotici non sono necessari;
- 3) il trattamento antibiotico empirico per casi specifici di infezioni dentali gravi prevede l'utilizzo di amoxicillina oppure fenossimetilpenicillina sia negli adulti sia nei bambini per una durata totale di 3 giorni; se l'infezione persiste si possono raggiungere i 5 giorni di terapia. I pazienti devono essere riesaminati prima della fine del trattamento per verificare la risoluzione dell'infezione.

A corredo di questa informativa, si specifica che il Co.Re.Fa. ha prodotto un indicatore di buona pratica clinica (*allegato 3*) che mira a limitare l'uso di amoxicillina/acido clavulanico in assenza di infezioni resistenti.

In caso di profilassi odontoiatrica, quindi, è possibile utilizzare amoxicillina 1 gr al giorno bis in die, poiché tale dosaggio consente di raggiungere concentrazioni sopra la MIC90 per i tempi necessari all'eradicazione dell'agente batterico.

Si raccomanda la massima diffusione delle indicazioni fornite a tutti i medici odontoiatri operanti all'interno della Regione Lazio.

Referenze

1. Agenzia Italiana del Farmaco Rapporto degli antibiotici in Italia Anno 2023
2. Agenzia Italiana del Farmaco Manuale antibio (Access, Watch, Reserve) - Edizione italiana del "The WHO AWare Antibiotic Book 2023"



Infezioni dentali e del cavo orale

Pagina 1 di 3

Definizioni di patologie che possono richiedere un trattamento antibiotico

- **Ascesso:** Raccolta localizzata di pus causata da un'infezione batterica nel dente, nelle gengive o nell'osso alveolare che sostiene il dente. Gli ascessi possono essere classificati come:
 - **Ascesso apicale** (più comune): Infezione all'apice della radice dentale che ha origine dall'interno della polpa dentale, solitamente derivante da carie dentale non trattata
 - **Ascesso parodontale:** Accumulo di pus tra radice del dente e osso alveolare, generalmente derivante da gravi malattie gengivali
- **Pericoronite:** Infiammazione della gengiva che circonda un dente parzialmente eretto, spesso un dente del giudizio inferiore, che può essere associata a un'infezione
- **Malattia parodontale necrotizzante:** grave infezione gengivale caratterizzata da necrosi e ulcerazioni causate da un'infezione batterica. Precedentemente nota come gengivite ulcerosa necrotizzante
- **Noma (stomatite gangrenosa):** Patologia necrotizzante acuta che distrugge i tessuti molli e le ossa della bocca e del viso nella progressione da malattia parodontale necrotizzante (precedentemente nota come gengivite ulcerosa necrotizzante), rara negli adulti

Definizioni odontoiatriche

- **Ossso alveolare:** parte delle ossa mascellari che circonda e sostiene i denti
- **Polpa dentale:** vasi sanguigni e nervi nella parte interna del dente
- **Gengive:** tessuto molle che ricopre l'osso alveolare
- **Placca:** biofilm di microbi, principalmente batteri, che cresce sulle superfici all'interno della bocca e contribuisce a causare patologie orali quali carie e malattie parodontali

Vengono riportate solo le infezioni orali e dentali in cui è in genere richiesto un trattamento antibiotico

Le comuni procedure odontoiatriche esulano dallo scopo di questa guida

Agenti patogeni più probabili

La maggior parte delle infezioni dentali sono causate da condizioni nell'ambiente orale che favoriscono la crescita di agenti patogeni nel cavo orale, tra cui abbondanza di zuccheri (es. saccarosio) e ridotto flusso di saliva (secchezza delle fauci)

Batteri associati a carie:

- Batteri acidogeni come:
 - *Streptococcus* spp. (es. *S. mutans*)
 - *Lactobacillus* spp.
 - *Actinomyces* spp.

Batteri associati a malattia parodontale:

- Per lo più anaerobi come:
 - *Capnocytophaga* spp.
 - *Prevotella* spp.
 - *Aggregatibacter* spp.
 - *Porphyromonas* spp.

Prevenzione

- Riduzione al minimo del consumo di zucchero
- Prevenire l'accumulo di placca dentale con una regolare pulizia dentale e una buona igiene orale; il fluoro è importante perché rinforza lo smalto dei denti rendendolo più resistente alla carie
- Smettere di fumare

Infezioni dentali e del cavo orale

Pagina 2 di 3

Diagnosi

Manifestazione clinica

Ascesso dentale:

- Dolore dentale acuto, grave e persistente e localizzato che può irradiarsi all'orecchio, alla mascella e al collo
- Spesso presenti dolenzia dentale (es. alla masticazione) e gonfiore della guancia sopra il dente interessato
- Se non trattata, l'infezione può diffondersi e presentarsi con segni di cellulite intorno agli occhi o alla gola, febbre (>38,0°C), tachicardia e linfadenopatia

Pericoronite:

- Tessuto gengivale infiammato e gonfio che circonda un dente parzialmente erotto
- Normalmente non sono necessari antibiotici, tuttavia, in presenza di infezione, questa deve essere attentamente monitorata a causa del rischio di diffusione rapida, causando difficoltà ad aprire la bocca, deglutire o respirare
- La cellulite del collo (es. angina di Ludwig) è un'emergenza medica

Malattia parodontale necrotizzante

- Dolore intenso e gengive ulcerate infiammate che sanguinano facilmente, necrosi delle papille interdentali, alitosi e cattivo sapore in bocca
- Può anche essere accompagnata da sintomi sistemici, come febbre > 38 °C, malessere e linfadenopatia

Noma (stomatite gangrenosa):

- Esordisce come una patologia parodontale necrotizzante a rapida progressione, distruggendo i tessuti molli e le ossa della bocca e procedendo ulteriormente fino a perforare i tessuti duri e la cute del viso
- Se rilevata precocemente, la sua progressione può essere rapidamente arrestata, attraverso regole basilari di igiene orale, integrazioni dietetiche con proteine e nutrienti e con antibiotici

Imaging

Le radiografie dentali devono essere eseguite ove possibile per la diagnosi differenziale delle varie cause del dolore dentale

Test microbiologici

Casi lievi: di solito non necessari

Casi gravi che richiedono il ricovero in ospedale: considerare la possibilità di eseguire emocolture e/o colture di pus aspirato

Altri test di laboratorio

Casi lievi: di solito non necessari

Casi gravi che richiedono ricovero: conta leucocitaria, proteina C-reattiva e/o procalcitonina

Test al point-of-care e indagini di ausilio alla diagnosi

I test al point-of-care possono essere effettuati per stabilire la fonte del dolore/infezione dentale e per prendere decisioni terapeutiche appropriate, per esempio:

- **Valutazione della risposta alla percussione:**
 - La dolorabilità alla percussione indica che il dolore ha origine nell'osso di supporto e può essere dovuta a un ascesso.
- **Ispezione parodontale:**
 - può rivelare un ascesso parodontale se il pus trasuda da una tasca di più di 3 mm o una malattia ulcerosa necrotizzante se è presente tessuto gengivale estremamente doloroso e desquamazione grigia.
- **Valutazione della risposta al freddo:**
 - La mancata risposta al freddo può indicare una polpa non vitale/necrotica

Infezioni dentali e del cavo orale

Pagina 3 di 3

Trattamento

Considerazioni cliniche

Importante:

- Le infezioni e il dolore dentale sono per la maggior parte trattabili mediante rimozione della causa e drenaggio dell'infezione con una procedura odontoiatrica (es. estrazione del dente), senza trattamento antibiotico.
- Gli antibiotici non prevengono complicanze gravi e non possono sostituire il trattamento chirurgico locale
- Gli antibiotici non devono essere usati per "ridurre l'infiammazione" prima di una procedura odontoiatrica o per curare il mal di denti. Gli antibiotici non devono essere usati per prevenire le infezioni del sito chirurgico prima della maggior parte delle procedure odontoiatriche

- Per il controllo delle infezioni dentali non è necessario l'uso regolare di collutori contenenti un prodotto antisettico (es. clorexidina); gli sciacqui con acqua salata sono in genere adeguati

Nella maggior parte dei casi non è necessario un trattamento antibiotico ma può essere considerato (sempre in modo complementare alle procedure odontoiatriche):

- Nei pazienti con segni sistemici di infezione (es. gonfiore del viso, incapacità di aprire la bocca, febbre > 38,0 °C, tachicardia)
- Nei pazienti gravemente immunocompromessi e nei pazienti con diabete non controllato (rischio maggiore di complicanze)

Durata del trattamento antibiotico

Se si riesce a controllare la fonte: **3 giorni**

Se **non** si riesce a controllare la fonte: **5 giorni**


I pazienti devono essere riesaminati prima della fine del trattamento per verificare la risoluzione dell'infezione

Trattamento sintomatico

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come pari opzioni di trattamento

 Ibuprofene 200-400 mg q6-8h (Max 2,4 g/die)

OPPURE

 Paracetamolo (acetaminofene) 500 mg-1 g q4-6h (Max 4 g/die)
• **Insufficienza epatica/cirrosi:** (Max 2 g/die)


Trattamento antibiotico

Il trattamento antibiotico non è richiesto nella grande maggioranza dei casi (vedi "Considerazioni cliniche" per i casi in cui sono indicati gli antibiotici)

Per il trattamento delle infezioni dei tessuti molli dentali (es. pericoronite o malattia parodontale necrotizzante), il metronidazolo è un'opzione terapeutica

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale.

Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento se non diversamente indicato

 Amoxicillina 500 mg q8h ORALE

OPPURE

 Fenossimetilpenicillina (come sale di potassio) 500 mg (800 000 UI) q6h ORALE

Infezioni dentali e del cavo orale

Pagina 1 di 3



Definizioni di patologie che possono richiedere un trattamento antibiotico

- **Ascesso:** Raccolta localizzata di pus causata da un'infezione batterica nel dente, nelle gengive o nell'osso alveolare che sostiene il dente. Gli ascessi possono essere classificati come:
 - **Ascesso apicale** (più comune): Infezione all'apice della radice dentale che ha origine dall'interno della polpa dentale, solitamente derivante da carie dentale non trattata
 - **Ascesso parodontale:** Accumulo di pus tra radice del dente e osso alveolare, generalmente derivante da gravi malattie gengivali
- **Pericoronite:** Infiammazione della gengiva che circonda un dente parzialmente eretto, spesso un dente del giudizio inferiore, che può essere associata a un'infezione
- **Malattia parodontale necrotizzante:** Grave infezione gengivale caratterizzata da necrosi e ulcerazioni causate da un'infezione batterica. Precedentemente nota come gengivite ulcerosa necrotizzante
- **Noma (stomatite gangrenosa):** patologia necrotizzante acuta che distrugge i tessuti molli e le ossa della bocca e del viso nella progressione da malattia parodontale necrotizzante (precedentemente nota come gengivite ulcerosa necrotizzante), principalmente in bambini malnutriti che vivono in estrema povertà e con sistema immunitario indebolito.



Definizioni odontoiatriche

- **Osso alveolare:** parte delle ossa mascellari che circonda e sostiene i denti.
- **Polpa dentale:** vasi sanguigni e nervi nella parte interna del dente
- **Gengive:** tessuto molle che ricopre l'osso alveolare
- **Placca:** biofilm di microbi, principalmente batteri, che cresce sulle superfici all'interno della bocca e contribuisce a causare patologie orali quali carie e malattie parodontali

Vengono riportate solo le infezioni orali e dentali in cui è in genere richiesto un trattamento antibiotico

Le comuni procedure odontoiatriche esulano dallo scopo di questa guida



Agenti patogeni più probabili

Importante: la maggior parte delle infezioni dentali sono causate da condizioni nell'ambiente orale che favoriscono la crescita di agenti patogeni nel cavo orale, tra cui abbondanza di zuccheri (es. saccarosio) e ridotto flusso di saliva (secchezza delle fauci)

Batteri associati a carie:

- Batteri acidogeni come:
 - *Streptococcus* spp. (es. *S. mutans*)
 - *Lactobacillus* spp.
 - *Actinomyces* spp.

Batteri associati a malattia parodontale:

- Per lo più anaerobi come:
 - *Capnocytophaga* spp.
 - *Prevotella* spp.
 - *Aggregatibacter* spp.
 - *Porphyromonas* spp.



Prevenzione

- Riduzione al minimo del consumo di zucchero
- Prevenire l'accumulo di placca dentale con una regolare pulizia dentale e una buona igiene orale; il fluoro è importante perché rinforza lo smalto dei denti rendendolo più resistente alla carie
- Smettere di fumare

Infezioni dentali e del cavo orale

Pagina 2 di 3

Diagnosi

Manifestazione clinica

Ascesso dentale:

- Dolore dentale acuto, grave e persistente e localizzato che può irradiarsi all'orecchio, alla mascella e al collo
- Spesso presenti dolenzia dentale (es. alla masticazione) e gonfiore della guancia sopra il dente interessato
- Se non trattata, l'infezione può diffondersi e presentarsi con segni di cellulite intorno agli occhi o alla gola, febbre (>38,0°C), tachicardia e linfadenopatia

Pericoronite:

- Tessuto gengivale infiammato e gonfio che circonda un dente parzialmente erotto
- Normalmente non sono necessari antibiotici, tuttavia, in presenza di infezione, questa deve essere attentamente monitorata a causa del rischio di diffusione rapida, causando difficoltà ad aprire la bocca, deglutire o respirare
- La cellulite del collo (es. angina di Ludwig) è un'emergenza medica

Malattia parodontale necrotizzante:

- Caratterizzata da dolore intenso e gengive ulcerate infiammate che sanguinano facilmente, necrosi delle papille interdentali, alitosi e cattivo sapore in bocca
- Può anche essere accompagnata da sintomi sistemici, come febbre > 38 °C, malessere e linfadenopatia.

Noma (stomatite gangrenosa):

- Esordisce come una patologia parodontale necrotizzante a rapida progressione, distruggendo i tessuti molli e le ossa della bocca e procedendo ulteriormente fino a perforare i tessuti duri e la cute del viso
- La stomatite gangrenosa (noma) è letale per il 90% dei bambini colpiti
- Se rilevata precocemente, la sua progressione può essere rapidamente arrestata, attraverso regole basilari di igiene orale, integrazioni dietetiche con proteine e nutrienti e con antibiotici

Imaging

Le radiografie dentali devono essere eseguite ove possibile per la diagnosi differenziale delle varie cause del dolore dentale

Test microbiologici

Casi lievi: di solito non necessari

Casi gravi che richiedono il ricovero in ospedale: considerare la possibilità di eseguire emocolture e/o colture di pus aspirato

Altri test di laboratorio

Casi lievi: di solito non necessari

Casi gravi che richiedono ricovero: conta leucocitaria, proteina C-reattiva e/o procalcitonina

Test al point-of-care e indagini di ausilio alla diagnosi

I test al point-of-care possono essere effettuati per stabilire la fonte del dolore/infezione dentale e per prendere decisioni terapeutiche appropriate, per esempio:

- **Valutazione della risposta alla percussione:**
 - La dolorabilità alla percussione indica che il dolore ha origine nell'osso di supporto e può essere dovuta a un ascesso.
- **Ispezione parodontale:**
 - può rivelare un ascesso parodontale se il pus trasuda da una tasca di più di 3 mm o una malattia ulcerosa necrotizzante se è presente tessuto gengivale estremamente doloroso e desquamazione grigia.
- **Valutazione della risposta al freddo:**
 - La mancata risposta al freddo può indicare una polpa non vitale/necrotica

Infezioni dentali e del cavo orale

Pagina 3 di 3

Rx **Trattamento**

Considerazioni cliniche

Importante:

- Le infezioni e il dolore dentale sono per la maggior parte trattabili mediante rimozione della causa e drenaggio dell'infezione con una procedura odontoiatrica (es. estrazione del dente), senza trattamento antibiotico
 - Gli antibiotici non prevengono complicanze gravi e non possono sostituire il trattamento chirurgico locale
 - Gli antibiotici non devono essere usati per "ridurre l'infiammazione" prima di una procedura odontoiatrica o per curare il mal di denti. Gli antibiotici non devono essere usati per prevenire le infezioni del sito chirurgico prima della maggior parte delle procedure odontoiatriche
- Per il controllo delle infezioni dentali non è necessario l'uso regolare di colluttori contenenti un prodotto antisettico (es. clorexidina); gli sciacqui con acqua salata sono in genere adeguati
- Nella maggior parte dei casi non è necessario un trattamento antibiotico**, ma può essere considerato (sempre in modo complementare alle procedure odontoiatriche):
 - Nei pazienti con segni sistemici di infezione (es. gonfiore del viso, incapacità di aprire la bocca, febbre > 38,0 °C, tachicardia)
 - Nei pazienti gravemente immunocompromessi e nei pazienti con diabete non controllato (rischio maggiore di complicanze)

Durata del trattamento antibiotico

Se si riesce a controllare la fonte: **3 giorni**

Se **non** si riesce a controllare la fonte: **5 giorni**

I pazienti devono essere riesaminati prima della fine del trattamento per verificare la risoluzione dell'infezione

Rx **Trattamento sintomatico**

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come pari opzioni di trattamento

- Ibuprofene (non usare se età <3 mesi)
- Controllo del dolore/trattamento antipiretico: 5-10 mg/kg q6-8h
 - Fasce di peso per somministrazione orale:

6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	200-400 mg q6-8h (Max 2,4 g/die)

OPPURE

- Paracetamolo (acetaminofene)
- Controllo del dolore/trattamento antipiretico: 10-15 mg/kg q6h
 - Fasce di peso per somministrazione orale:

3-<6 kg	60 mg q6h
6-<10 kg	100 mg q6h
10-<15 kg	150 mg q6h
15-<20 kg	200 mg q6h
20-<30 kg	300 mg q6h
≥30 kg	500 mg-1 g q4-6h (Max 4 g/die or 2 g/die se insufficienza epatica/cirrosi)

Rx **Trattamento antibiotico**

Il trattamento antibiotico non è richiesto nella grande maggioranza dei casi (vedi "Considerazioni cliniche" per i casi in cui sono indicati gli antibiotici)

Per il trattamento delle infezioni dei tessuti molli dentali (es. pericoronite o malattia parodontale necrotizzante), il metronidazolo è un'opzione terapeutica

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale

Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento se non diversamente indicato

- ACCESS Amoxicillina 80-90 mg/kg/die ORALE
- Fasce di peso per somministrazione orale:

3-<6 kg	250 mg q12h
6-<10 kg	375 mg q12h
10-<15 kg	500 mg q12h
15-<20 kg	750 mg q12h
≥20 kg	500 mg q8h or 1 g q12h

OPPURE

- ACCESS Fenossimetilpenicillina (come sale di potassio): 10-15 mg/kg/dose (16 000-24 000 UI/kg/dose) q6-8h ORALE

Allegato 3

1 - Utilizzo dell'amoxicillina: DDD di amoxicillina rispetto all'utilizzo complessivo di DDD di amoxicillina+ amoxicillina/acido clavulanico

L'indicatore evidenzia la percentuale di prescrizione del MMG di DDD amoxicillina / (DDD amoxicillina + DDD amoxicillina/acido clavulanico), individuando la corretta applicazione nella real life delle linee guida.

Ratio: Nonostante le linee guida evidenzino che pazienti con infezioni delle vie aeree, sia adulti sia pediatrici, rispondano in modo adeguato all'amoxicillina, nella massima parte dei casi si rileva un utilizzo dell'associazione in prima battuta. Tale utilizzo rappresenta uno scorretto atteggiamento prescrittivo il quale determina un aumento delle resistenze. I dati di epidemiologia infettiva anno 2023 identificano che il rapporto dovrebbe essere superiore al 70%.

Attività: L'indicatore consente di prendere coscienza che la scelta dell'associazione è adottata più per abitudine che per specifiche esigenze cliniche.

Validità: L'indicatore consente di ragionare sulla migliore scelta terapeutica considerando che l'amoxicillina nella quantità 750 mg-1 gr può essere assunta anche due volte al giorno, poiché è sufficiente a raggiungere concentrazioni sopra la MIC90 per i tempi necessari all'eradicazione dell'agente batterico.

Modalità di Monitoraggio: Sono disponibili sul sistema DWH regionale gli elenchi di trattamenti non corretti per medico, distretto e ASL. Sarà possibile monitorare il cambiamento tramite il cruscotto per visionare come varia la prescrizione al paziente nel tempo; il report sarà riprodotto a cadenza trimestrale.