

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

## Cinque raccomandazioni della Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI)

<b>1</b>	<p><b>Non eseguire la radiografia del torace nel sospetto di una polmonite acquisita in comunità (CAP) non grave o in presenza di attacchi acuti di asma non complicato.</b></p> <p>La radiografia (Rx) del torace espone il paziente ad una dose di radiazioni pari a 10 giorni di radioattività naturale ed ha un costo economico non indifferente. Nonostante l'ampio utilizzo nella pratica clinica, questo accertamento non dovrebbe essere eseguito per confermare la diagnosi di CAP che, come da linee guida, deve essere basata sulla clinica. Infatti, il riscontro di opacità alla Rx non è specifico per le infezioni né permette di discriminare tra forme batteriche e virali. Inoltre, la Rx del torace è gravata da un discreto numero di falsi negativi, da un'interpretazione difficile e da una significativa variabilità inter-osservatore. La Rx del torace deve quindi essere limitata ai casi in cui si sospetti una complicanza parenchimale e pleurica (versamento, empiema, pneumotorace ecc). La Rx del torace non è necessaria per la diagnosi di attacco acuto di asma e deve essere effettuata solo nel sospetto di complicanze, in caso di mancata risposta alla terapia e nella diagnosi differenziale.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non sottoporre a indagini diagnostiche per tosse cronica pazienti con tosse che dura da meno di 4 settimane o con episodi ricorrenti di tosse acuta.</b></p> <p>La tosse cronica è una tosse che dura più di 4 settimane. È importante riconoscere i casi di tosse cronica di tipo catarrale, che può essere associata a condizioni come la bronchite batterica protratta, le bronchiectasie, o a patologie come la fibrosi cistica, in caso di altri segni /sintomi suggestivi. Nei casi di tosse cronica è importante eseguire una radiografia del torace e se possibile una spirometria. Tuttavia anche la tosse post-infettiva, può permanere per alcune settimane dopo un'infezione, virale o batterica, ma è una tosse secca, in assenza di altri sintomi, per la quale è raccomandato un approccio di vigile attesa. È fondamentale quindi una accurata anamnesi, utile per distinguere una vera tosse cronica dalla tosse acuta secca e ricorrente, per lo più riconducibile a episodi infettivi. Infatti in molte infezioni respiratorie, la tosse è spesso l'ultimo sintomo a scomparire e dopo una breve pausa può ricomparire in concomitanza di un'infezione successiva e può essere interpretata erroneamente come tosse cronica.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non eseguire la TC del torace senza un preciso quesito clinico.</b></p> <p>È fondamentale che il pediatra o lo pneumologo richiedano l'esecuzione della tomografia computerizzata (TC) con parsimonia ed esclusivamente in presenza di un quadro clinico suggestivo di una patologia evidenziabile tramite tale indagine; inoltre, è fondamentale che venga sempre indicato il quesito clinico, in modo che il tecnico radiologo e il radiologo possano utilizzare i protocolli più adatti per ottenere le informazioni necessarie con la minore esposizione possibile (principio "ALARA - As low as reasonably possible"), senza correre il rischio di dover ripetere l'esame in quanto incompleto. L'esame dovrebbe essere eseguito in condizioni di benessere o stabilità clinica, a parte i casi di complicanze acute che richiedono rapido approfondimento. Il ricorso al mezzo di contrasto, da valutare caso per caso, completa l'esame permettendo di identificare anche anomalie vascolari responsabili di problematiche respiratorie. La TC del torace è un esame diagnostico di valore inestimabile per molte patologie respiratorie, in quanto permette di visualizzare nel dettaglio tutte le strutture toraciche e il parenchima polmonare. Purtroppo, tale indagine è gravata dall'inevitabile esposizione alle radiazioni ionizzanti, che, in età pediatrica, si traduce in un significativo rischio biologico in termini di incremento dell'incidenza di neoplasie, oltre ad un impatto ambientale (una TC emette 9,2 kg CO<sub>2</sub>e, come un'auto che percorra 54 km): negli ultimi decenni, però, sono stati realizzati e adottati protocolli TC pediatrici che hanno ridotto al minimo l'esposizione, ottenendo comunque immagini valide. Inoltre, la progressiva diffusione dell'impiego della risonanza del torace, eseguita con strumenti sempre più potenti e tecnologie più avanzate, seppure limitata dalla necessità di sedazione nei bambini più piccoli, sta riducendo le richieste di esami TC, perlomeno per quanto riguarda quelli eseguiti nel follow-up di alcune condizioni.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non somministrare antistaminici per la prevenzione o il trattamento dell'asma.</b></p> <p>Gli antistaminici non sono indicati nella gestione dell'asma, né per la prevenzione né per il trattamento della malattia. Sebbene l'infiammazione allergica giochi un ruolo nell'asma allergico, gli antistaminici non agiscono sui meccanismi patogenetici chiave dell'asma, come l'infiammazione delle vie aeree, l'iperreattività bronchiale e il rimodellamento bronchiale. Le linee guida internazionali non raccomandano gli antistaminici nella gestione dell'asma. Il trattamento dell'asma si basa su corticosteroidi inalatori, beta-agonisti a lunga durata d'azione e altri farmaci di controllo e, in alcuni casi selezionati, su terapie biologiche mirate. L'unico contesto in cui gli antistaminici possono essere utili è nel trattamento della rinite allergica associata ad asma, come parte di una strategia complessiva di gestione della comorbidità. Pertanto, il loro impiego deve essere limitato al trattamento della rinite e non dell'asma stesso.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non diagnosticare e gestire l'asma senza l'impiego della spirometria.</b></p> <p>La spirometria è considerata il gold standard per la valutazione della funzione respiratoria nei bambini con asma. Questo esame è fondamentale per diagnosticare l'asma, stratificare la patologia in base ai livelli di gravità, ottimizzare il trattamento e monitorare il livello di controllo della malattia. Per la diagnosi di certezza di asma, è indispensabile dimostrare la broncoreversibilità attraverso il test di broncodilatazione. Una diagnosi errata comporta non solo un aumento dei costi sanitari, ma anche ritardi nell'avvio di un trattamento adeguato. Inoltre, affidarsi esclusivamente all'anamnesi e all'esame obiettivo, senza il supporto della spirometria, può comportare una sottostima o una sovrastima del controllo dell'asma. Infatti, i bambini con ostruzione cronica delle vie aeree tendono ad avere una percezione ridotta della limitazione del flusso aereo rispetto a quelli con ostruzione acuta ed è possibile che si verifichi un'ostruzione bronchiale significativa anche in assenza di sintomi. Pertanto, si raccomanda l'esecuzione della spirometria: 1) alla valutazione iniziale, per diagnosticare l'asma e definire la gravità; 2) dopo l'avvio della terapia di fondo, per modulare il trattamento; 3) in caso di riacutizzazione dei sintomi; 4) almeno ogni 1-2 anni nei pazienti con asma intermittente. L'esame può essere effettuato anche in età prescolare, applicando appropriati criteri di accettabilità.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

## Come si è giunti alla creazione della lista

La SIMRI, dopo aver formalmente aderito al progetto e a "Slow Medicine", ha individuato un gruppo di lavoro composto da esperti tra i suoi membri (senior e junior). I punti emersi sono stati valutati dal Direttivo della SIMRI che ha selezionato quelli che sono stati ritenuti più significativi corredando la stesura finale con le motivazioni correlate e la necessaria bibliografia. Tutte le raccomandazioni sono state riviste ad aprile 2025.

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Harris M, Clark J, Coote N, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. <i>Thorax</i> 2011; 66 Suppl 2:ii1-23. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-200598</li><li>2. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. <i>Clin Infect Dis</i> 2011; 53: e25-76. doi: 10.1093/cid/cir531</li><li>3. Huang WE, Matifoll JA, Lord D, et al. A review of imaging in the diagnosis and management of complicated paediatric pneumonia. <i>Paediatr Respir Rev</i> 2024; S1526-0542(24)00096-4. doi: 10.1016/j.prrv.2024.12.001</li><li>4. De Benedictis FM, Kerem E, Chang AB, et al. <i>Lancet</i> 2020; 396: 786-98. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31550-6</li></ol>
2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Chang AB, Fortescue R, Grimwood K, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of children and adolescents with bronchiectasis. <i>Eur Respir J</i> 2021; 58: 2002990. doi: 10.1183/13993003.02990-2020</li><li>2. Kantar A, Marchant JM, Song WJ, et al. History Taking as a Diagnostic Tool in Children with Chronic Cough. <i>Front Pediatr</i> 2022; 10:850912. doi: 10.3389/fped.2022.850912</li><li>3. Chang AB, Oppenheimer JJ, Irwin RS. Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. <i>Chest</i> 2020; 158: 303-29. doi: 10.1016/j.chest.2020.01.042</li></ol>
3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pearce MS, Salotti JA, Little MP, et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. <i>Lancet</i> 2012; 380: 499-505. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60815-0</li><li>2. Maccougall RD, Strauss KJ, Lee EY. Managing radiation dose from thoracic multidetector computed tomography in pediatric patients: background, current issues, and recommendations. <i>Radiol Clin North Am</i> 2013; 51: 743-60. doi: 10.1016/j.rcl.2013.04.007</li><li>3. Tárnoki DL, Karlinger K, Ridge CA, et al. Lung imaging methods: indications, strengths and limitations. <i>Breathe (Sheff)</i> 2024; 20: 230127. doi: 10.1183/20734735.0127-2023</li><li>4. Liszewski MC, Ciet P, Winant AJ, Lee EY. Lung and large airway imaging: magnetic resonance imaging versus computed tomography. <i>Pediatr Radiol</i> 2022; 52: 1814-1825</li></ol>
4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Linton S, Hossenbaccus L, Ellis AK. Evidence-based use of antihistamines for treatment of allergic conditions. <i>Ann Allergy Asthma Immunol</i> 2023; 131: 412-420. doi: 10.1016/j.ana.2023.07.019</li><li>2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024 update. <a href="http://www.ginasthma.org">www.ginasthma.org</a> (ultimo accesso 17 febbraio 2025)</li><li>3. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2020; 145: 70-80.e3. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049</li></ol>
5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S, et al. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5-16 years. <i>Eur Respir J</i> 2021; 58: 2004173. doi: 10.1183/13993003.04173-2020</li><li>2. Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, et al. Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Technical Statement. <i>Am J Respir Crit Care Med</i> 2019; 200: e70-e88. doi: 10.1164/rccm.201908-1590ST</li><li>3. Moeller A, Carlsen KH, Sly PD, et al. Monitoring asthma in childhood: lung function, bronchial responsiveness and inflammation. <i>Eur Respir Rev</i> 2015; 24: 204-15. doi: 10.1183/16000617.00003914</li></ol>

**Slow Medicine ETS**, associazione del Terzo Settore di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio-Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto 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 italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

La **Società Italiana per le Malattie Respiratorie infantili (SIMRI)** è stata fondata il 24 settembre 1995, ha le seguenti finalità:

- sostenere la ricerca scientifica nel campo dei disturbi respiratori, attraverso i suoi gruppi di studio;
- promuovere la collaborazione scientifica con le principali Società Italiane ed Internazionali;
- diffondere l'insegnamento e la conoscenza del trattamento delle malattie respiratorie pediatriche.

Inoltre, SIMRI promuove la consapevolezza su temi di rilevante impatto sociale, quali le conseguenze del fumo di sigaretta e del fumo passivo sulla salute respiratoria dei bambini.

Organi ufficiali della Società sono la rivista in italiano "Pneumologia Pediatrica" e la rivista in inglese "Pediatric Respiratory Journal", che in ogni uscita approfondiscono i disturbi respiratori in età pediatrica. Entrambe le riviste sono liberamente disponibili online. La SIMRI conta più di 1000 soci ed è articolata in diversi Comitati e Gruppi di Studio. Nel sito web ([www.simri.it](http://www.simri.it)) è possibile conoscere in modo completo le attività della Società.