

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

## Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM) - 1°Lista

<b>1</b>	<p><b>Non eseguire Risonanza Magnetica (RM) del Rachide Lombosacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme (semafori rossi o red flags).</b></p> <p>L'esame viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia, spesso in assenza di un trattamento conservativo fisico e medico.</p> <p>Se non sono presenti gravi sintomi di tipo neurologico o sistemico, la RM lombosacrale in caso di lombalgia e sciatalgia sia acuta sia cronica non è indicata di routine ma deve essere presa in considerazione solo in caso di sintomi resistenti a terapia fisica e medica per almeno 6 settimane. In caso di negatività non deve essere ripetuta prima di 24 mesi.</p> <p>In assenza di segni/sintomi di allarme per lesione o compressione midollare (semafori rossi o red flags) rilevati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo, l'utilizzo di RM e di altre tecniche di diagnostica per immagini almeno nelle prime 6 settimane non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari, può esporre a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo elevato per la collettività.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non eseguire di routine Risonanza Magnetica (RM) del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.</b></p> <p>L'esame è comunemente prescritto anche prima di una visita ortopedica che formuli un quesito clinico e ad ogni età, anche se dall'esame non deriva una decisione terapeutica.</p> <p>La maggior parte delle patologie può essere diagnosticata dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo ed eventualmente da una radiografia tradizionale e risponderà al trattamento conservativo fisico e medico. In assenza di segni clinici di allarme l'utilizzo di routine di RM del ginocchio, nelle prime 4-6 settimane nel dolore acuto da trauma o nei primi mesi nel dolore cronico, non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari e rappresenta un costo elevato per la collettività. La sua effettuazione può essere considerata solo quando volta a orientare la scelta tra efficaci alternative terapeutiche, ritenute ragionevoli in base ai dati clinici.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non eseguire Risonanza Magnetica (RM) dell'encefalo per cefalea non traumatica in assenza di segni clinici di allarme.</b></p> <p>Si abusa abitualmente della RM dell'encefalo facendone uso alla prima manifestazione di cefalea non traumatica; inoltre viene di rado indicato un sospetto clinico che permetta di decidere sulla corretta conduzione dell'esame, che ha modalità molto diverse a seconda del quesito da dirimere.</p> <p>L'esecuzione di RM dell'encefalo (senza mezzo di contrasto - mdc e con mdc) in pazienti con cefalea senza specifici fattori di rischio per malattie strutturali non ha probabilità di modificare la gestione o migliorare gli esiti clinici; i pazienti con una probabilità significativa di malattia strutturale che richiedono immediata attenzione sono individuati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo. La scoperta di reperti incidentali a seguito di RM può indurre a ulteriori esami e trattamenti aggiuntivi e dispendiosi che non migliorano il benessere del paziente.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non eseguire radiografie del torace preoperatorie in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento.</b></p> <p>Eseguire di routine radiografie del torace preoperatorie non è raccomandato senza motivi specifici suggeriti dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo. In assenza di sintomi cardiopolmonari, la radiografia del torace preoperatoria raramente apporta cambiamenti significativi nella gestione clinica o miglioramento degli esiti clinici dei pazienti mentre espone a radiazioni ionizzanti e alla scoperta di reperti incidentali.</p> <p>Richiedere una radiografia del torace è ragionevole se si sospetta una malattia acuta cardiopolmonare o in presenza di una storia di malattia cronica cardiopolmonare stabile in un paziente di età superiore ai 70 anni.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non eseguire di routine radiografia del cranio nel trauma cranico lieve.</b></p> <p>Il trauma cranico minore o lieve è definito come un trauma cranico senza o con una storia di perdita di coscienza, amnesia o disorientamento, giunto all'osservazione con un Glasgow Coma Score - GCS di 14 o 15 (sono esclusi i pazienti con deficit neurologici focali, sospetto di frattura affondata o segni clinici di frattura della base cranica).</p> <p>La Radiografia del cranio può identificare fratture che sono associate a un aumentato rischio di sanguinamento intracranico, ma non identifica il sanguinamento intracranico. Pertanto non è indicata di routine nel trauma cranico lieve, mentre la Tomografia Computerizzata (TC) è considerata l'esame di riferimento per l'individuazione di lesioni di immediata importanza clinica. L'effettuazione inappropriata di radiografia cranica nel trauma cranico può ritardare l'effettuazione di TC e di altri esami urgenti ed espone inutilmente a radiazioni ionizzanti. Nonostante la dimostrata scarsa utilità le richieste di radiografia del cranio continuano a pervenire numerose.</p> <p>Un punteggio GCS di 15 (paziente pienamente cosciente) e assenza di fattori di rischio e di sintomatologia tranne dolore nel punto di impatto controindicano peraltro anche la effettuazione immediata di TC.</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

In occasione del Consiglio Direttivo dell'8 luglio 2013 sono state rese ufficiali da parte della **Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM)**, 5 pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza identificate secondo le indicazioni di Slow Medicine nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio".

È stata effettuata una revisione della letteratura basandosi sulle pratiche di uso comune nella clinica che non determinano nella maggior parte dei casi una decisione clinica. Le pratiche selezionate sono state scelte in base alla scarsa efficacia, al rischio di danni da esposizione inappropriata a radiazioni ionizzanti, al rischio di sovra diagnosi e sovra trattamento e all'alta diffusione in Italia; sono inoltre per lo più caratterizzate da alti costi. L'identificazione delle procedure ha tenuto conto dei criteri di appropriatezza dell'ACR <http://www.acr.org/Quality-Safety/Appropriateness-Criteria> e dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "Linee guida per la diagnostica per immagini". Le fonti bibliografiche sono state riviste a dicembre 2022.

Ancorché ai sensi della normativa e in particolare del D.Lgs. 101/2020 del 31 luglio 2020 (attuazione della Direttiva 213/59/Euratom), la giustificazione di queste prestazioni sia di competenza dello specialista medico radiologo assieme al prescrivente, la giurisprudenza e la pratica quotidiana rendono difficile respingere con costanza queste richieste in assenza di un'opportuna sensibilizzazione dei medici prescriventi e della popolazione.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al. Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 2010; 257:240–245.</li> <li>Sistrom CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637–649.</li> <li>Oikarinen H, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33.</li> <li>Chou R, Loeser JD, Owens DK, et al. American Pain Society Low Back Pain Guideline Panel Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. <i>Spine</i>.2009;34:1066–1077.</li> <li>Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li> <li>Pompan DC. Appropriate use of MRI for evaluating common musculoskeletal conditions. <i>Am Fam Physicians</i> 2011;83 (8): 883-884.</li> <li>Andersen JC. Is immediate imaging important in managing Low Back Pain? <i>Journal of Athletic Training</i> 2011; 46(1):99–102.</li> <li>Webster BS et al. Iatrogenic consequences of early Magnetic Resonance Imaging in acute, work-related, disabling Low Back Pain. <i>SPINE</i> 2013; 38(22): 1939 – 1946.</li> <li>Tonosu J et al. The associations between Magnetic Resonance Imaging findings and low back pain: A 10-year longitudinal analysis. <i>PLoS ONE</i> 2017; 12(11): e0188057. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188057">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188057</a>.</li> <li>Rajasekaran S et al. The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of 'clinical reporting': results from an RCT and blinded trials. <i>European Spine Journal</i> 2021; 30:2069–2081.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al. Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 2010; 257:240–245.</li> <li>Sistrom CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637–649.</li> <li>Oikarinen H, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33.</li> <li>Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li> <li>Pompan DC. Appropriate use of MRI for evaluating common musculoskeletal conditions <i>Am Fam Physicians</i> 2011;83 (8): 883-884.</li> <li>Gómez-García JM, et al. Appropriateness of magnetic resonance imaging requested by primary care physicians for patients with knee pain. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 2018; 30(7): 565–570.</li> <li>Gonzales FM et al. Knee MRI Primary Care Ordering Practices for Nontraumatic Knee Pain: Compliance With ACR Appropriateness Criteria and Its Effect on Clinical Management. <i>Health Services Research And Policy</i> 2019; 16 (3): 289-294.</li> <li>Sims JI et al. Diagnostic accuracy of the Ottawa Knee Rule in adult acute knee injuries: a systematic review and meta-analysis. <i>Eur Radiol</i>. 2020; 30(8):4438-4446.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al. Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 2010; 257:240–245.</li> <li>Sistrom CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637–649.</li> <li>Oikarinen H, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33.</li> <li>Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li> <li>Kuruville DE, Lipton RB. <i>Curr Pain Headache Rep</i>. 2015;Jun;19(6):17.</li> <li>Katz M. The Cost-Effective Evaluation of Uncomplicated Headache. <i>Med Clin N Am</i> 2016; 100: 1009–1017.</li> <li>Gadde JA et al. Neuroimaging of Adults with Headache. Appropriateness, Utilization, and an Economical Overview. <i>Neuroimag Clin N Am</i> 2019; 29: 203–211.</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al. Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 2010; 257:240–245.</li> <li>Sistrom CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637–649.</li> <li>Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li> <li>AnnBouillot JL, Paquet JC, Hay JM, Coggia M. Is preoperative systematic chest x-ray useful in general surgery? A multicenter prospective study of 3959 patients. <i>ACAPEM. Association des Chirugiens de l'Assistance Publique pour les Evaluations Médicales, Ann Fr Anesth Reanim</i>. 992;11(1):88-95.</li> <li>Hong BW, Mazeh H, Chen H, Sippel RS. Routine chest X-ray prior to thyroid surgery: is it always necessary? <i>World J Surg</i>. 2012 Nov;36(11):2584-9.</li> <li>NICE Guideline 2016. Routine preoperative tests for elective surgery. <a href="http://www.nice.org.uk/guidance/ng45">www.nice.org.uk/guidance/ng45</a></li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al. Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 2010; 257:240–245.</li> <li>Sistrom CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637–649.</li> <li>Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li> <li>Fabbri A, Servadei F, Marchesini G, et al. Clinical performance of NICE recommendations versus NCFWNS proposal in patients with mild head injury <i>J Neurotrauma</i>. 2005; 22(12):1419–1427.</li> <li>Stiell IG, Clement CM, Rowe BH, et al. Comparison of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria in patients with minor head injury. <i>JAMA</i>. 2005 Sep 28;294(12):1511-1518.</li> <li>Pandor A, Goodacre S, Harnan S. Diagnostic management strategies for adults and children with minor head injury: a systematic review and an economic evaluation. <i>Health Technol Assess</i>. 2011;15(27):1-202.</li> <li>Pullicino G et al. A study on plain X-ray skull imaging in the public Primary Health Care Department in Malta. <i>The Journal of the Malta College of Family Doctors</i> 2018; 7: 4-7</li> <li>Nekuda V et al. Importance of Skull X-ray in Head Trauma. <i>Acta Chir Orthop Traumatol Cech</i>. 2019;86(5):342-347.</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 di Radiologia Medica e Interventistica, SIRM**, fondata nel 1913, conta oltre 11.000 soci. Il suo scopo è la ricerca scientifica, l'aggiornamento culturale e la formazione allo studio dell'imaging biomedico, nei suoi aspetti fisici, biologici, diagnostici, radioprotezionistici e informatici. Il presidente dura in carica due anni e i consiglieri (dodici) quattro. L'organizzazione, presente in tutta Italia, è divisa in 18 Gruppi Regionali e 20 Sezioni di Studio (per es. Senologia, Radiologia Toracica, Radiologia Muscoloscheletrica, Urgenza, Etica, Risonanza Magnetica, ecc). Organo ufficiale: *La Radiologia Medica*, rivista scientifica in lingua inglese, con IF 6.313. Altre riviste: *Journal of Radiological Review* e *Il Radiologo*. Il Congresso Nazionale si svolge ogni due anni e vede la partecipazione di circa 4500 iscritti. Il sito [www.sirm.org](http://www.sirm.org) può fornire ulteriori dettagli.

