



# **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN DIAGNOSTICA MUSCOLO-SCHELETRICA**

**dott. Roberto Ragazzi**

**DIRETTORE U.O.C. RADIOLOGIA OSPEDALE DELL'ANGELO  
ULSS 12 VENEZIANA**

# BREVE CRONISTORIA DELL'ESAME RADIOLOGICO

1. Richiesta di esame radiologico
2. Esplicitazione di quesito e sospetto diagnostico
3. Il Radiologo fa suo il quesito
4. Principio di «giustificazione» decreto legislativo 187
5. Esecuzione appropriata dell'indagine
6. Refertazione

# DALLA RICHIESTA AL REFERTO

- Il referto radiologico non è il «risultato» di un esame ma



- E' l'opinione qualificata di un Specialista



- Indirizzata ad un collega Medico, sia esso Specialista o non specialista
- Dovrà quindi avere facile interpretabilità e dirimere, possibilmente il quesito

# DALLA «RICHIESTA DI ESAME» ALLA «RICHIESTA DI CONSULENZA» RADIOLOGICA

Si presuppone che i Radiologi preferiscano lavorare per esami che condividono, che hanno contribuito a scegliere e dei quali desiderano prendersi la responsabilità clinica.

Stasolla A. 2009 Popper e il Radiologo



Ma cosa fanno i radiologi per ottenere ciò?

**POCO**

# PRIMA IL PROBLEMA POI L'OSSERVAZIONE



Chissà  
cosa  
voleva  
sapere di  
questa  
immagine



# IL RADIOLOGO E LA TECNOLOGIA



Impegnati a seguire il progresso tecnologico  
rischiano l'allontanamento dal paziente:

- storia naturale
- anamnesi patologica remota
- anamnesi patologica prossima
- episodio acuto nel quale ci imbattiamo



**PERICOLO**

Non limitiamoci a godere della tecnologia, ma  
teniamo ben presente il fine della nostra  
azione, ovvero il malato.

# SCOPO DELL'INDAGINE RADIOLOGICA

Serve a ridurre l'incertezza relativa ad una diagnosi o ad una prognosi, in uno specifico individuo e ad aiutare il curante a decidere quale possa essere il metodo migliore di gestire una condizione patologica



# INTERPRETAZIONE DELLE IMMAGINI

- Il radiologo tenta di formulare ipotesi diagnostiche osservando immagini
- Il Radiologo «interroga le immagini»
- Per interrogare si deve partire da un quesito

# osservare - ipotizzare



**CI VEDETE I RADIOLOGI?**

# LI VEDETE DI PIU' IN QUESTA DESCRIZIONE ?

## Il Radiologo:

- Rincorre la diagnosi
- Cerca ciò che ipotizza
- Trova ciò che cerca
- Manipola ciò che ha trovato
- A volte trova solo ciò che ha prodotto con la sua manipolazione
- Arriva alla diagnosi

CIRCOLO ERMENEUTICO = situazione circolare per cui ciò che si deve comprendere risulta già, in qualche maniera, preliminarmente compreso

G. Fornero: Dizionario di filosofia

# GIUNGERE ALLA DIAGNOSI

## Il Radiologo

- Procede per congetture e confutazioni
- Per arrivare a decisioni rilevanti cioè alla diagnosi
- In un continuo circolo di guardare e vedere

# GUARDARE E VEDERE

« A voi è stato confidato il regno di Dio; a quelli di fuori invece tutto viene esposto in parabole perché:

**guardano, ma non vedono,  
ascoltano ma non intendono»**

[Marco 4,10-12]



**la cosa più difficile di tutte? Quella che sembra la più facile: vedere con gli occhi quello che sta sotto i tuoi occhi.**

Goethe 1739-1842

- Al Radiologo le ipotesi vengono alla mente guardando o sono già presenti prima di guardare? A. Stasolla
- **«nulla si può dire di aver guardato se non con un problema in mente»** K. Popper



Quindi il radiologo interroga le immagini con  
un problema in mente:

«perché il paziente sta male?»

Problema che è stato posto dal Medico  
inviante attraverso il quesito

**Karl Popper 1902-1994**

filosofo della scienza

**Alessandro Stasolla**

radiologo



# **RICHIESTA ED ESAME**

➤ **DOMANDA** precede **L'OSSERVAZIONE**

**il quesito orienta**

- **l'impostazione tecnica**
- **l'interpretazione**
- **la refertazione**

➤ **PROBLEMA** precede la **RISPOSTA**



# QUESITI INADEGUATI

- Rx torace di controllo
- Rx torace per accertamento
- Lesioni? Altro?
- Rx torace routine
- Operando
- Rx Torace: addensamenti? Versamenti?

# QUESITI UTILI

- Controllo, operato k colon (2 anni....)
- Accertamenti, in operanda (operata) neo mammella, colon, tiroide.....
- Lesione traumatica avambraccio ( polso, mano, dito.....?)
- Torace ipofonesi base dx, febbre, tosse da x giorni

**AIUTIAMOCI...!**

# Obiettivi Regionali DGR 25

E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante			3,00	1,00	1,00
E.2.1	Mantenimento o Riduzione del Numero di prestazioni per Abitante al di sotto di 4	Riduzione di almeno il 50% la distanza con lo standard di 4 prestazioni per abitante	Solo per le ULSS che nel 2014 hanno tasso superiore al 3,8 assegnati 2 punti sottratti all'indicatore successivo	-	-	-
E.2.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	Sì	Per le ULSS che nel 2014 hanno tasso superiore al 3,8 solo 1 Punto	3,00	1,00	1,00

E	Liste d'Attesa				10,00
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013				7,00
E.1.1	Rispetto Tempi d'attesa classe A	≥ 90%			2,00
E.1.2	Rispetto Tempi d'attesa classe B	≥ 90%	Per le ULSS 16 e 20 solo 2 punti		3,00
E.1.3	Rispetto Tempi d'attesa classe C	100%			1,00

Ottimizzazione di un accordo con le ULSS per il

La Medicina Generale partecipa alla sostenibilità economica del SSSR attraverso l'appropriatezza clinica e prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, utilizzando criteri di efficienza.

Partecipa al rispetto degli obiettivi assegnati alle Aziende ULSS con specifico provvedimento della Giunta Regionale (gli standard si intendono regionali) per quanto di competenza del MMG

- Tasso ospedalizzazione standardizzato per i "DRG medico" ...;
- Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata determinato in base alla popolazione pesata ...;
- Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato esclusa la diagnostica di laboratorio) ...;
- Costo annuo per residente pesato dell'assistenza specialistica, al netto dei costi generali e della diagnostica di laboratorio ...;
- Rispetto dei protocolli di prioritizzazione e delle modalità di prescrizione condivise, finalizzate al conseguimento degli obiettivi assegnati sulle liste di attesa.

Le soglie di ciascun indicatore e per singola MGJ saranno definite in sede di Comitato aziendale, comunque restando all'interno degli standard affidati dalla Giunta Regionale.

Vengono, inoltre, raccomandate le seguenti azioni:

- rispetto dei percorsi aziendali diagnostico terapeutici e dell'appropriatezza prescrittiva
- estensione a tutti delle terapie efficaci (es. terapia del dolore)
- interventi di razionalizzazione per sovra-trattamenti (es. antibiotici, politerapia negli anziani, esami di laboratorio).

L'Azienda ULSS provvederà a fornire alla MGJ reports trimestrali sugli andamenti degli indicatori sopra riportati.

Se non dovessero essere consegnati i report trimestrali da parte dell'Azienda ULSS entro un mese dalla disponibilità del dato nelle banche dati aziendali, il risultato si dovrà intendere raggiunto.

RESPONSABILIZZAZIONE:

Partecipazione  
alla  
governance

€ 3,10  
Quota A) dei  
Piani

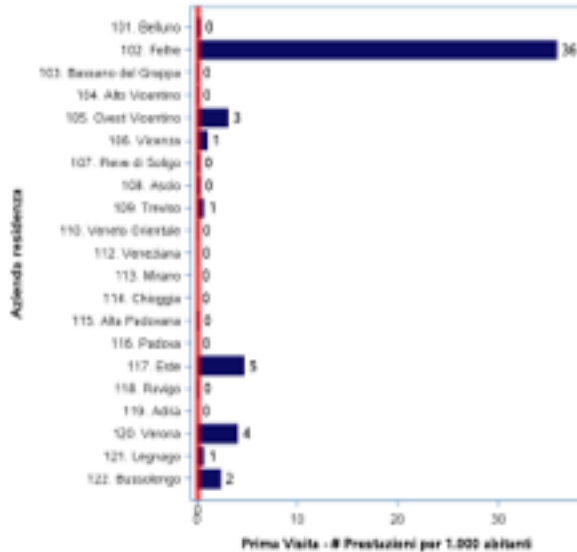
**Specialistica Ambulatoriale**

**Analisi della DOMANDA  
(dati riferiti all'erogazione 2014 in strutture  
pubbliche e private ubicate in Veneto)**

**Anno di Erogazione 2014**

Analisi della DOMANDA (dati riferiti all'erogazione 2014 in strutture pubbliche e private ubicate in Veneto)

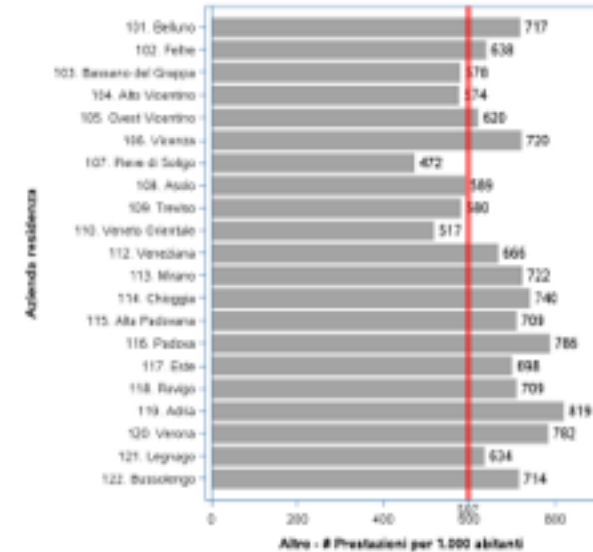
69. Radiologia Diagnostica



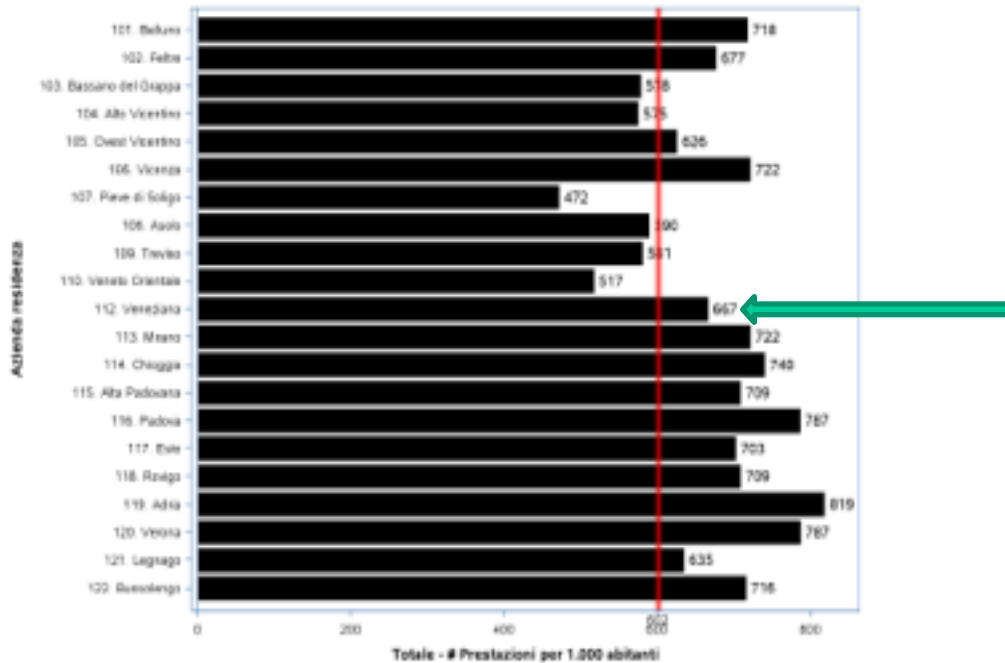
Prima Visita - # Prestazioni per 1.000 abitanti



Visita di Controllo - # Prestazioni per 1.000 abitanti



Altro - # Prestazioni per 1.000 abitanti



Totale - # Prestazioni per 1.000 abitanti

Azienda residenza	Prestazioni erogate/1.000 abitanti di residenza			Totale
	Prima Visita	Visita di Controllo	Altro	
101 Belluno	0%	0%	31%	31%
102 Feltre	53%	47%	74%	74%
103 Bassano del Grappa	0%	0%	76%	76%
104 Alto Vicentino	0%	0%	86%	86%
105 Ovest Vicentino	6%	71%	72%	72%
106 Vicenza	38%	73%	10%	55%
107 Pieve di Soligo	2%	14%	52%	52%
108 Asolo	2%	2%	34%	32%
109 Treviso	100%	0%	0%	0%
110 Veneto Orientale	0%	0%	57%	57%
112 Veneziana	38%	0%	27%	57%
113 Mirano	0%	0%	78%	78%
114 Chioggia	0%	0%	74%	74%
115 Alta Padovana	7%	0%	71%	71%
116 Padova	1%	88%	79%	79%
117 Este	0%	82%	79%	79%
118 Rovigo	0%	0%	81%	81%
119 Adria	3%	0%	82%	82%
120 Verona	0%	95%	54%	55%
121 Legnago	0%	39%	73%	72%
122 Bussolengo	0%	54%	62%	62%

667 / 1000 VE  
 VS  
 602 / 1000 Regione

# Cosa dice la Letteratura?

Nonostante sia universalmente riconosciuto che la medicina debba basarsi su prove scientifiche di efficacia (EBM), da tempo è stato evidenziato che **molti esami e molti trattamenti farmacologici e chirurgici largamente diffusi nella pratica medica non apportano benefici per i pazienti, anzi rischiano di essere dannosi: il sovra utilizzo di esami diagnostici e trattamenti si dimostra un fenomeno sempre più diffuso e importante.**

Negli **USA si valuta che l'ammontare delle prestazioni che sono inefficaci e di conseguenza rappresentano uno spreco corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria**; una stima analoga appare molto verosimile anche per l'Italia visti i dati di sovra utilizzo che emergono in molti settori .

# Cosa suggerisce la Letteratura?

In letteratura non ci sono molte esperienze pratiche sul miglioramento della appropriatezza prescrittiva ...

Gli articoli pubblicati suggeriscono l'importanza dell'audit clinico e del feed back al professionista prescrittore.

Recentemente prima negli Stati Uniti poi anche in Italia sono comparse delle "Low value lists" come Choosing Wisely / Slow Medicine



# Choosing Wisely

=

# Scelte appropriate

La fondazione statunitense **ABIM** (*American Board of Internal Medicine*) ha lanciato ad aprile 2012 l'iniziativa **CHOOSING WISELY**<sup>2</sup> con la collaborazione di **Consumer Reports**, organizzazione non profit e indipendente di consumatori.

Nove società scientifiche specialistiche hanno aderito fin dall'inizio al progetto e individuato ciascuna una lista di 5 test, trattamenti o servizi, comunemente utilizzati nella propria specialità, il cui impiego debba essere messo in discussione da pazienti e clinici perché non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti ma possono invece esporli a rischi.

**Le prime 45 pratiche (test/trattamenti) ad alto rischio di inappropriatezza** individuate sono state rese pubbliche nel corso di un evento nazionale a Washington il 4 aprile 2012.

Le **nove società scientifiche** aderenti fin dall'inizio all'iniziativa Choosing Wisely, che rappresentano quasi 375.000 medici, sono:

# Choosing Wisely

1. *American Academy of Allergy, Asthma & Immunology;*
2. *American Academy of Family Physicians;*
3. *American College of Cardiology;*
4. *American College of Physicians;*
5. *American College of Radiology;*
6. *American Gastroenterological Association;*
7. *American Society of Clinical Oncology;*
8. *American Society of Nephrology;*
9. *American Society of Nuclear Cardiology.*

Dopo le prime 9 liste di test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatelyzza pubblicate in aprile 2012, **altre liste** sono state presentate successivamente da un gran numero di società scientifiche USA.

A **marzo 2014** sono complessivamente **52 le società** che hanno presentato liste (alcune anche 2 liste e una, l'American Academy of Family Physicians, 3 liste) per un totale di **290 test e trattamenti**<sup>3</sup> sui quali, secondo l'iniziativa Choosing Wisely, medici e pazienti dovrebbero interrogarsi e parlare.

# Esempi da "Choosing Wisely"

## B. Screening

2. Non eseguire screening dell'osteoporosi con Densitometria ossea (metodica DEXA) nelle donne di età inferiore a 65 anni e negli uomini di età inferiore a 70 anni in assenza di fattori di rischio.

*American Academy of Family Physicians*

3. Non ripetere di routine la Densitometria ossea (metodica DEXA) più frequentemente che ogni due anni.

*American College of Rheumatology*

# Slow Medicine

Nel dicembre 2012 **Slow Medicine**, rete di professionisti e di cittadini che si riconosce in una medicina sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato **in Italia**, in analogia a Choosing Wisely degli Stati Uniti, il progetto nazionale **“Fare di più non significa fare meglio”**<sup>4</sup>, per migliorare l’appropriatezza degli esami diagnostici e delle terapie. Sono state pubblicate a marzo 2014 le prime liste di prestazioni a rischio di inappropriatazza definite da società scientifiche italiane.

---

<sup>4</sup> <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/48-fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/36-il-progetto.html>

# APPROPRIATEZZA

In medicina al termine "appropriatezza", in linea generale, si attribuisce il senso di:

**Fare la cosa giusta**

**Nel modo giusto**

**Per la persona giusta**

**Al momento giusto**

**Al costo giusto**

---

# GRADING APPROPRIATEZZA ACR

Spalla

Anca

Collo

Gomito

Piede

Polso

TT

Osteop

Colica

Surrene

Prost.

Claud.

Aneur.

TVP

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

**Clinical Condition:** Acute Shoulder Pain

**Variant 1:** Any etiology; best initial study.

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
X-ray shoulder	9		☼
CT shoulder without contrast	1		☼ ☼ ☼
CT arthrography shoulder	1		☼ ☼
MRI shoulder without contrast	1		○
MR arthrography shoulder	1		○
US shoulder	1		○
X-ray arthrography shoulder	1		☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

**Variant 2:**

**Radiographs noncontributory. Persistent significant pain. Physical examination and history nonspecific. Next study.**

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
MRI shoulder without contrast	9		O
CT arthrography shoulder	5	If MRI contraindicated.	☼☼
US shoulder	5	If MRI contraindicated.	O
MR arthrography shoulder	1		O
CT shoulder without contrast	1		☼☼☼
X-ray arthrography shoulder	1		☼
X-ray arthrography shoulder with anesthetic and/or corticosteroid	1		☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level



# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria<sup>®</sup>

**Variant 3:**                      **Radiographs noncontributory. Age less than 35 years, suspect labral tear with or without instability on physical examination.**

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
MR arthrography shoulder	9	See statement regarding contrast in text under "Anticipated Exceptions."	O
MRI shoulder without contrast	7	With optimized imaging equipment.	O
CT arthrography shoulder	5	If MRI contraindicated.	☒ ☒
CT shoulder without contrast	1		☒ ☒ ☒
US shoulder	1		O
X-ray arthrography shoulder	1		☒

**Rating Scale:** 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria<sup>®</sup>

## Variant 4:

**Radiographs noncontributory. Questionable bursitis or long head of biceps tenosynovitis based on clinical findings including physical examination.**

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
MRI shoulder without contrast	9	MRI and US are equivalent in this evaluation.	O
US shoulder	9	MRI and US are equivalent in this evaluation. If local expertise available. Study may include injection of anesthetic and/or corticosteroid if clinically warranted.	O
CT shoulder without contrast	1		☼ ☼ ☼
CT arthrography shoulder	1		☼ ☼
MR arthrography shoulder	1		O
X-ray arthrography shoulder	1		☼
X-ray shoulder bursography/tenography with anesthetic and/or corticosteroid	1		☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

**Variant 5:** Normal radiographs or radiographs that demonstrate coracoacromial arch osteophytes/syndesmophytes. Suspect rotator cuff tear/impingement, over age 35 years.

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
MRI shoulder without contrast	9		O
US shoulder	8		O
MR arthrography shoulder	7	See statement regarding contrast in text under "Anticipated Exceptions."	O
CT arthrography shoulder	5	If MR or US cannot be performed.	☼☼
X-ray arthrography shoulder	1		☼
CT shoulder without contrast	1		☼☼☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

**Variant 6:**

**Radiographs noncontributory. Previous total shoulder arthroplasty. Suspect rotator cuff tear.**

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
US shoulder	9		O
X-ray arthrography shoulder	8	If US expertise not available.	☼
CT arthrography shoulder	7	With optimized imaging equipment.	☼ ☼
MR arthrography shoulder	6	See statement regarding contrast in text under "Anticipated Exceptions."	O
MRI shoulder without contrast	5	With dedicated metal suppression protocol.	O
CT shoulder without contrast	1		☼ ☼ ☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

## Variant 7:

Radiographs noncontributory. Status post prior rotator cuff repair. Suspect re-tear.

Radiologic Procedure	Rating	Comments	<u>RRL*</u>
MRI shoulder without contrast	9	MRI, MR arthrography, and US are equivalent in this evaluation, depending on local expertise.	O
MR arthrography shoulder	9	MRI, MR arthrography, and US are equivalent in this evaluation, depending on local expertise. See statement regarding contrast in text under "Anticipated Exceptions."	O
US shoulder	9	MRI, MR arthrography, and US are equivalent in this evaluation, depending on local expertise.	O
X-ray arthrography shoulder	5	If MRI or US cannot be performed.	☼
CT arthrography shoulder	5	If MRI or US cannot be performed.	☼ ☼
CT shoulder without contrast	1		☼ ☼ ☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

## Variant 8:

Radiographs noncontributory. Suspect septic arthritis.

Radiologic Procedure	Rating	Comments	RRL*
US arthrocentesis shoulder	9	US and x-ray guidance are equivalent.	O
X-ray arthrocentesis shoulder	9	US and x-ray guidance are equivalent.	☼
MRI shoulder without and with contrast	7	Aspiration is the procedure of choice. May be appropriate if clinical concern warrants. See statement regarding contrast in text under "Anticipated Exceptions."	O
MRI shoulder without contrast	6	Aspiration is the procedure of choice. May be appropriate if clinical concern warrants.	O
CT shoulder without and with contrast	5	Aspiration is the procedure of choice. May be appropriate if clinical concern warrants.	☼ ☼ ☼
CT arthrography shoulder	1		☼ ☼
MR arthrography shoulder	1		O
US shoulder	1		O
CT shoulder without contrast	1		☼ ☼ ☼

Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate

\*Relative  
Radiation Level

# **American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria<sup>®</sup>**

**Expert Panel on Musculoskeletal Imaging:**

## **Summary of Literature Review**

**Radiography**

**Magnetic Resonance Imaging**

**Computed Tomography**

**Ultrasound**

**Relative Radiation Level Information**

**References**

## Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM)

<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, espone 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 rispondere 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 di routine RM dell'encefalo in assenza di segni/sintomi 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 quesito 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 allungata 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 controidiano peraltro anche l'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 (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.aar.org/Quality-Safety/Appropriateness-Criteria>) e dell'Accordi, 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 alla "Linea guida per la diagnostica per immagini".

Anziché, ai sensi della legge 187/2000, la giustificazione di queste prestazioni, sia di competenza dello specialista medico radiologo assieme al presistente, la giurisprudenza e la pratica quotidiana rendono difficile raggiungere con costanza queste richieste in assenza di un'opportuna sensibilizzazione dei medici prescriventi e della popolazione.

## Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245.</li><li>2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649.</li><li>3. Okunian JJ, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33.</li><li>4. Chow R, Loester 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>5. Fish K, Bernstein SJ, Agalar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li><li>6. Pompan D.C. Appropriate use of MRI for evaluating common musculoskeletal conditions. <i>Am Fam Physician</i> 2011;83 (8): 883-884.</li></ol>
2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245.</li><li>2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649.</li><li>3. Okunian JJ, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33.</li><li>4. Fish K, Bernstein SJ, Agalar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li><li>5. Pompan D.C. Appropriate use of MRI for evaluating common musculoskeletal conditions. <i>Am Fam Physician</i> 2011;83 (8): 883-884.</li></ol>
3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245.</li><li>2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649.</li><li>3. Okunian JJ, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33.</li><li>4. Fish K, Bernstein SJ, Agalar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li></ol>
4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245.</li><li>2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649.</li><li>3. Fish K, Bernstein SJ, Agalar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li><li>4. <i>Arriboulet J., Cassat JC, Hay JM, Coggia M.</i> Is preoperative systematic chest x-ray useful in general surgery? A multicenter prospective study of 3959 patients. <i>ACAPEM. Association des Chirurgiens de l'Assistance Publique pour les Evaluations Médicales, Ann Fr Anesth Reanim.</i> 98;1(1):88-95.</li><li>5. Hong BW, Mazah H, Chen H, Seibel 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></ol>
5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245.</li><li>2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649.</li><li>3. Fish K, Bernstein SJ, Agalar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.</li><li>4. Falck A, Servadei F, Mancherini G, et al. Clinical performance of NICE recommendations versus NCRIFNS proposal in patients with mild head injury. <i>J Neurotrauma.</i> 2005 Dec 22(12):1419-27.</li><li>5. Stell 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):1511-8.</li><li>6. Pandor A, Goodnow S, Homan 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 Aug;15(27):1-202.</li></ol>

Slow Medicine, rete 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", in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono state invitate a individuare una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso comune nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano beneficio significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNCM-CeO, IPASVI, SIOAS-VRG, Istituto Change di Torino, PartecipazioneSalute, Invenis Onlus, Altroconsumo e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

La Società Italiana di Radiologia Medica, SIRM, fondata nel 1913, conta oltre 9000 soci. Il presidente dura in carica due anni e i consiglieri (totali) quattro. L'organizzazione, presente in tutta Italia, è divisa in 18 Gruppi Regionali e 20 Sezioni di Stato (per es. Senologia, Radiologia Toracica, Radiologia Muscoloscheletrica, Urgenza, Etica, Ricerca Magnetica, ecc). Organo ufficiale: La Radiologia Medica, rivista scientifica in lingua inglese, con IF 1.461. Altre riviste: Il radiologo, e dal prossimo anno: Il Giornale di Radiologia. 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.

	<p><b>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</b></p>
<p><b>1</b></p>	<p>I pazienti anziani che assumono (spesso) le benzodiazepine, vanno incontro più spesso degli altri a incidenti d'auto e a cadute con lesioni di timore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio di cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio, e di deficit motori e cognitivi indotti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di aderenza da alcol e agli stati ansiosi; dovendone far ricorso, va data preferenza ai bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alle terapie di breve durata, a basso intermittenza, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di uso prolungato. In caso di agitazione e delirium va data la preferenza ad altri farmaci.</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.</b></p> <p>La qualità delle cure offerte ai malati terminali ospedalizzati non è ottimale, soprattutto a causa del fatto che, per inerzia organizzativa e strutture mentali, nei reparti per acuti (come sono le Medicine Interniste) si tende a mantenere a oltranza standard di procedure terapeutiche e diagnostiche futili, orientate alla malattia piuttosto che ai reali bisogni del paziente. Ciò determina l'inefficace controllo dei sintomi chiave che caratterizzano la terminalità (dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie, etc.), con impatto negativo sui pazienti, sui familiari e sugli operatori sanitari stessi. L'adozione di protocolli di cure specificamente concepiti ("care pathways") introduce maggior sollievo e dignità al fine vita, non accelera il decesso, ed anzi è dimostrato che prolunga la vita in casi selezionati.</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata</b></p> <p>Fino a un terzo della popolazione tra 75 e 85 anni dei paesi avanzati assume terapia ipolipemizzante (soprattutto statine) per prevenzione primaria o secondaria. Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani l'ipercolesterolemia LDL o i bassi valori di HDL, siano importanti fattori di rischio cardiovascolare è controverso, perché per lo più basato sulla estrapolazione dei dati della vita più giovane; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'aumentata mortalità. Oltre gli 85 anni il rapporto rischio/beneficio coniato all'uso di statine non è ovviamente favorevole perché, mentre, l'aspettativa di vita è progressivamente minore, l'incidenza di effetti indesiderati (danno muscolare, neuropatia, decadimento cognitivo, cadute) è relativamente maggiore. A fronte di una aspettativa di vita limitata (i.e. &lt;10 anni), iniziare una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenerla è questionable.</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.</b></p> <p>I FANS sono farmaci ampiamente prescritti per il trattamento del dolore muscoloscheletrico cronico, tuttavia ad essi sono correlati importanti effetti indesiderati cardiovascolari, renali ed ematologici specie nei pazienti anziani. I FANS e gli inibitori della cicloossigenasi di tipo 2 (anti COX-2) possono causare incremento della pressione arteriosa, minore risposta ai trattamenti antipertensivi, ritenzione idrica e peggioramento della funzione renale nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni etiologia incluso il diabete. Le più recenti linee guida per il trattamento del dolore cronico dei soggetti affetti da tali patologie, per lo più se anziani, raccomandano di limitare il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppioidi a breve emivita.</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.</b></p> <p>La probabilità di diagnosticare una neoplasia con questa metodica in pazienti asintomatici è inferiore a 1%. In molti di questi casi, si tratta di neoplasie indolenti (i.e., linfomi) che non beneficiano di una terapia precoce, oppure di neoplasie già in stadio avanzato nonostante la asintomaticità (i.e., pancreas). Il numero di esami falsamente positivi e di esami incidentali risulta preponderante (soprattutto nella regione testa-collo), e ciò comporta il ricorso a esami aggiuntivi, biopsie e procedure chirurgiche non necessarie (e quindi dispendiose). La PET/TC, come tutte le metodiche diagnostiche, deve essere usata per chiari quesiti e in contesti clinicamente definiti.</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.

# Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

<b>1</b>	<b>Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o red flag)</b>
	La lombalgia è nella maggior parte dei casi benigna e a risoluzione spontanea. L'anamnesi e l'esame obiettivo, anche con ricerca di segni neurologici, permettono di escludere situazioni cliniche gravi. In tali casi le tecniche di imaging sono inappropriate, almeno per la prima 5 settimane, poiché non modificano l'approccio terapeutico. Inoltre il ricorso di reperti incidentali induce ansia e ricorso ad ulteriori inutili esami, espone a relazioni incoerenti e rappresenta un costo ingiustificato per la collettività.
<b>2</b>	<b>Non prescrivere di routine antibiotici a pazienti affetti da infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno.</b>
	Le infezioni delle vie aeree superiori (viti comuni) hanno per lo più origine virale e guariscono spontaneamente in pochi giorni. L'uso di routine degli antibiotici espone al rischio di sviluppare resistenza ed effetti collaterali. I pazienti a rischio di infezioni delle basse vie aeree o complicanze ed i pazienti con sintomi di peggioramento vanno rivalutati perché potrebbero beneficiare di un antibiotico. Rinite protratta o tosse persistente non sono indicativi di infezione batterica.
<b>3</b>	<b>Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica (IPP) a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescrivere alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione.</b>
	Gli IPP sono prescritti abitualmente in associazione a terapie di cui si teme un potenziale effetto gastrolesivo, accertato per i FANS (evidenza di tipo A), ma non per steroidi, anticoagulanti, antiepilettici, antidiabetici. L'assunzione di IPP è probabilmente correlata ad un aumentato rischio di infezioni intestinali e polmonari già nel breve termine, e di fratture dopo un anno. Nella malattia da reflusso gastroesofageo, gli IPP sono farmaci sintomatici, da assumere quando realmente necessari (con schema "al bisogno") e alla dose più bassa possibile. In questi casi, il principale rischio associato alla sospensione della terapia è l'insorgenza di sintomi, che potrebbe eventualmente richiedere una assunzione ciclica. Nell'esito di Barret alcuni studi hanno suggerito una possibile utilità della terapia con IPP a lungo termine nella prevenzione della degenerazione neoplastica: in questi pazienti è necessaria una particolare cautela.
<b>4</b>	<b>Non prescrivere terapie con antinfiammatori non steroidei (FANS) senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente.</b>
	I FANS sono utilizzati prevalentemente in terapie croniche, spesso solo come analgesici, e sono gravati da imponenti effetti collaterali, specie a livello gastrointestinale, renale e cardiovascolare. Gli studi disponibili suggeriscono prudenza da parte del medico, sia nella scelta iniziale (se, quale, quanto, come prescrivere), sia nella prosecuzione della terapia. Particolare attenzione va riservata ai pazienti con terapie concomitanti (ad es. antiipertensivi, corticosteroidi, anticoagulanti) specie se anziani.
<b>5</b>	<b>Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z-drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandare comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati.</b>
	Numero di studi dimostrano un aumentato rischio di cadute e lesa e di fratture di femore nei pazienti anziani che assumono benzodiazepine e Z-drugs (zolpidem, zolpixon e zopiclone). Tale rischio esiste anche per i protocolli terapeutici più sicuri: quelli con farmaci a basso dosaggio, a breve emivita o per terapie a breve termine. Il rischio di cadute può essere aumentato, nell'immediato, da un ridotto stato di vigilanza al risveglio. In seguito possono intervenire fenomeni di accumulo con possibili deficit motori e cognitivi, favoriti anche dalla diversa farmacocinetica dell'anziano.

**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 CI AIUTIAMO?

ARTICLES

---

## **Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial**

*Martin Eccles, Nick Steen, Jeremy Grimshaw, Lois Thomas, Paul McNamee, Jennifer Soutter, John Wilsdon, Lloyd Matowe, Gillian Needham, Fiona Gilbert, Senga Bond*

Lancet 2001;357:1406-9

---

Our results have shown that the routine attachment of educational reminder messages to radiographs can reduce the number requested by 20%.

## RISONANZA MAGNETICA PER IL MAL DI SCHIENA

Pratica indicata a rischio di inappropriata da: Società italiana di radiologia medica  
- Società italiana di medicina generale

L' esame viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia (dolore irradiato lungo la gamba), spesso in assenza di un trattamento fisico e medico per attenuare il dolore. Se non sono presenti gravi sintomi di tipo neurologico o sistemico (vedi più avanti), la risonanza magnetica lombosacrale in caso di lombalgia e sciatalgia acuta sta 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 assenza di problemi non deve essere ripetuta prima di 24 mesi. In assenza di segni/sintomi di allarme per lesione o compressione midollare rilevati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo, l'utilizzo di risonanza magnetica e di altre tecniche di diagnostica per immagini (radiografia, tomografia computerizzata TC) almeno nelle prime 6 settimane non è consigliabile perché:

- ❖ non modifica l'approccio terapeutico;
- ❖ può portare alla scoperta di altri disturbi che non avrebbero dato problemi; a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari;
- ❖ l'utilizzo di radiografia e TC espone a radiazioni ionizzanti;
- ❖ rappresenta un costo elevato per la collettività.

### CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

La risonanza magnetica, la radiografia e la tomografia sono definite tecniche di "diagnostica per immagini" perché producono immagini dell'interno del nostro corpo. Possono essere indispensabili per alcune malattie, ma non sono indicate come prima scelta in caso di mal di schiena e sciatalgia senza segni di allarme particolari. Ecco perché:

- ❖ gli studi mostrano che la maggior parte delle persone con mal di schiena o sciatalgia



migliorano nel giro di un mese, sia che abbiano fatto una risonanza magnetica, una radiografia o una tomografia, sia che non l'abbiano fatta;

- ❖ chi è sottoposto a queste indagini non migliora più rapidamente;
- ❖ questi esami possono portare a interventi chirurgici o altri trattamenti invasivi di cui non c'è necessità;
- ❖ la radiografia sottopone l'organismo a radiazioni ionizzanti, che è meglio evitare se non è necessario.

### QUANDO UNA RADIOGRAFIA PUÒ ESSERE CONSIGLIABILE

Dal momento che, in un piccola percentuale di casi, il dolore potrebbe essere causato da cause specifiche gravi (infezioni, osteoporosi, fratture, deformità strutturali, problemi infiammatori, nel peggiore dei casi forme tumorali), il medico farà attenzione ad alcuni campanelli d'allarme, che dovrebbero indurre ad approfondimenti.

Tra questi:

- ❖ perdita irrimediabile di peso;
- ❖ dolore acuto nel corso della notte;
- ❖ l'aver subito un trauma violento;
- ❖ febbre persistente;
- ❖ difficoltà della minzione e incontinenza fecale;
- ❖ deficit neurologico (debolezza, formicolio e simili);
- ❖ l'aver sviluppato in precedenza un tumore.

Per saperne di più: "A schiena dritta", Test Salute 106, ottobre 2013 consultabile su [www.altroconsumo.it](http://www.altroconsumo.it) in "archivio rivista".  
Progetto "Fare di più non significa fare meglio"  
[www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

### MAL DI SCHIENA: I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



- ❖ Resta attivo: svolgi attività fisica quotidianamente. Vai in bici, cammina, fai giardinaggio o lavori domestici. Parla con il tuo medico per individuare lo sport più adatto (nuoto, ginnastica, yoga, pilates, corsa...).
- ❖ Se necessario, per calmare il dolore discuti con il tuo medico la scelta di un antidolorifico, che però da solo non può risolvere il problema.
- ❖ Se il dolore non è eccessivo, cerca di fare dell'esercizio per mantenere il corpo in movimento, l'immobilità assoluta, anche durante la crisi, è in linea di massima sconsigliabile.
- ❖ Presta attenzione al peso e a eventuali chili di troppo: aumentare il carico della schiena peggiora la situazione.
- ❖ Smetti di fumare.
- ❖ Non sollevare oggetti troppo pesanti, e abbassali nel modo appropriato, piegandoti sulle ginocchia e non caricando il peso sulla schiena.
- ❖ Scegli l'approccio più utile alle tue esigenze, combinando programmi di esercizio fisico e cognitivo: quello che dovrebbe essere modificato, per combattere validamente il mal di schiena, è proprio il modo complessivo di rapportarsi al proprio corpo.



Il Gruppo Italiano per una Sanità Partecipata ha come principale obiettivo di rendere concreta l'interazione e la collaborazione tra associazioni di cittadini e pazienti, istituzioni e comunità medico-scientifica.  
([www.partecipasalute.it/cms\\_2/node/6401](http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/6401))



*per fare buone scelte*  
**per la salute**

**1**

**Quando chiedi un esame di controllo o un farmaco ricordati che "Chiedere di più non significa necessariamente curarsi meglio" e tieni presente che:**

- Se il medico non ti prescrive esami o farmaci può essere la cosa giusta per te
- Fare controlli a tappeto può essere inutile e dannoso
- Nuovi farmaci ed esami non sono necessariamente migliori di quelli già disponibili

**2**

**Se il medico ti prescrive un esame di controllo, un farmaco o un intervento chirurgico ricordati che "Fare di più non significa fare meglio" e chiedi:**

- Cosa succede se non faccio questo esame/trattamento?
- Ci sono alternative più semplici e sicure?
- Ho veramente bisogno di questo esame/trattamento?
- Quali sono i rischi?
- Che spese devo affrontare?

**3**

**Prima di andare dal medico, prepara una lista delle domande che vorresti fare o dei dubbi che vuoi chiarirti. Può essere utile anche preparare un elenco dei sintomi.**

**4**

**Durante la visita chiedi al medico di scrivere le indicazioni che ti dà e, se vuoi saperne di più, chiedi dove poter trovare altre informazioni, opuscoli o siti internet. Condividi sempre con il tuo medico le informazioni che trovi.**

**5**

**Se devi fare un esame di controllo o un intervento chirurgico, informati su quanti esami o interventi di quel tipo sono stati fatti in un anno dal medico e dal reparto a cui ti rivolgi. Puoi chiederlo al medico di medicina generale, allo specialista, alle associazioni di pazienti o cercare su Internet.**



# SPALA DOLOROSA VISTA DA NOI

- *Ispezione*
- *Palpazione*
- *Motilità passiva*
- *Motilità attiva*
- *Segni di conflitto*
- *Test muscolari*



# Diagnostica per immagini

- **RADIOGRAFIA COMPUTERIZZATA**  
*Artrografia*
- **ECOGRAFIA**  
*ColorDoppler*
- **RISONANZA MAGNETICA**  
*ArtroRM*
- **TC**  
*ArtroTC*

*Quali e quando?*

# Spalla dolorosa traumatica

- *Rx*
- *Ecografia* (per patologie tendinee e muscolari)
- *TC* (per patologia ossea)
- *RM* (tendini, muscoli, cartilagini, osso)

# Spalla dolorosa non traumatica

- *Borsiti: ecografia*
- *Lesione della cuffia dei rotatori: ecografia.....RM(?)*
- *Tendinite calcifica: Rx ed ecografia (No RM)*
- *Conflitto sotto-acromiale: Rx ed ecografia.....RM(?)*
  
- *Artrosi acromion-claveare: Rx ed Ecografia*
- *Patologia del tendine del CLB: ecografia.....RM(?)*
- *Instabilità gleno-omerale: Rx ed ArthroRM*
- *Capsulite adesiva: Rx, ecografia e RM*

# L'ESAME RADIOLOGICO

## INFORMAZIONI

- Non particolarmente specifico e sensibile ma rimane il primo esame da eseguire
- Mineralizzazione
- Allineamento
- Variazioni anatomiche post trauma
- Calcificazioni parti molli
- Patologia neoplastica

## TECNICA

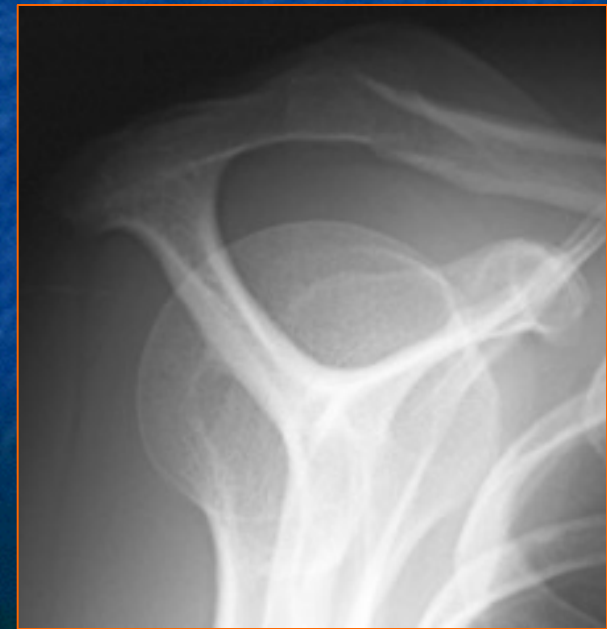
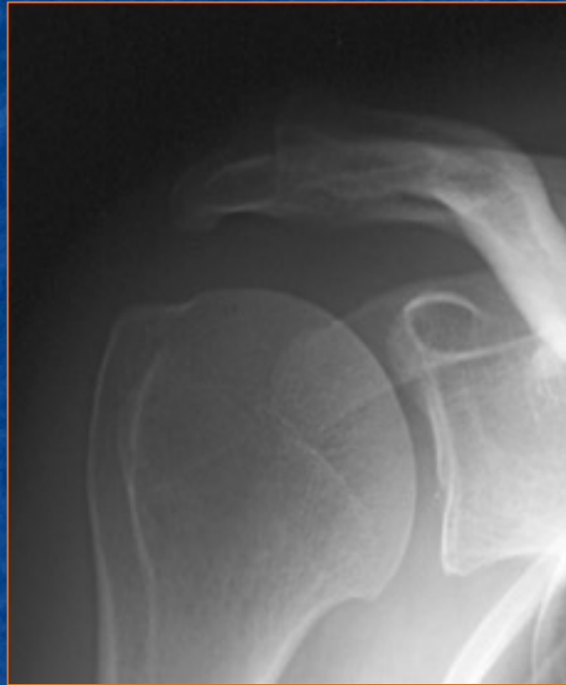
- 3 Proiezioni di base (Neutra, Rotazione interna, Rotazione esterna)
- Viste addizionali mirate (Profilo, ecc.)

# L'ESAME RADIOLOGICO

- NON HA CONTROINDICAZIONI
- ESPOSIZIONE MODESTISSIMA
- BASSO COSTO
- SOVENTE CHIUDE L'ITER DIAGNOSTICO

# AP per spazio articolare

(rotazione neutra, esterna ed interna)  
e Outlet view



DX



DX



01/04/2014

10/10/2014

10/10/2014

10/10/2014

01/04/2014

CENTRO DI MEDICINA (7)

01/04/2014

01/04/2014

CENTRO DI MEDICINA (7)

01/04/2014

01/04/2014

CENTRO DI MEDICINA (7)

01/04/2014

DX  
PA



DX

DX



01/04/2014

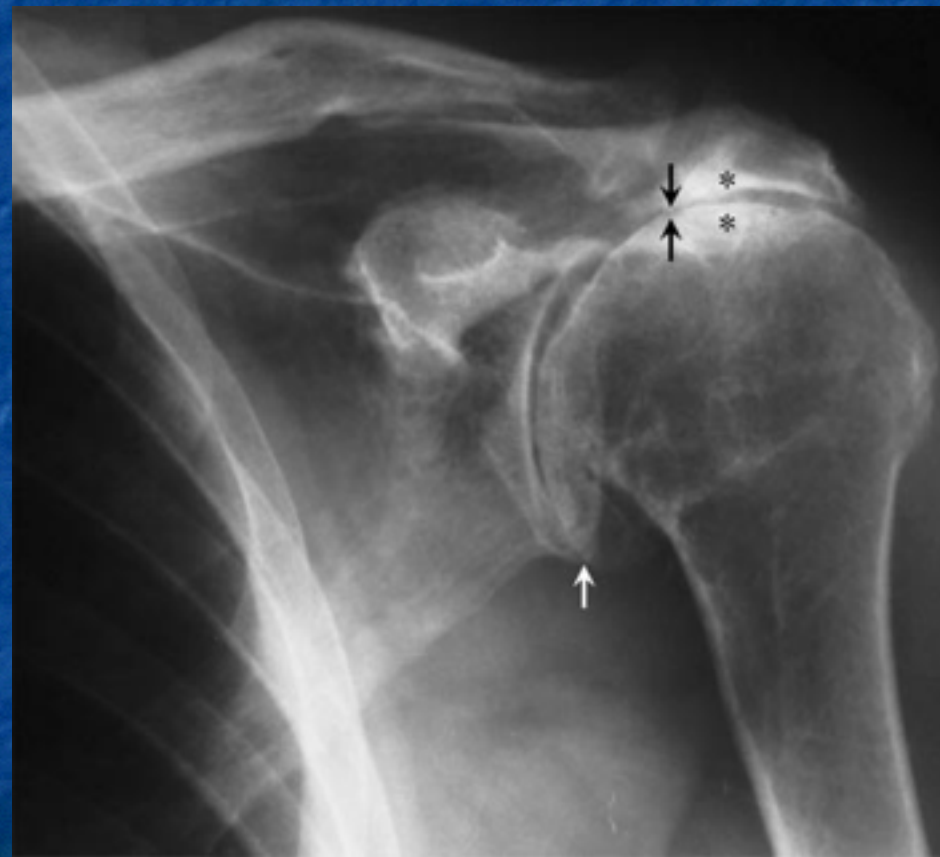
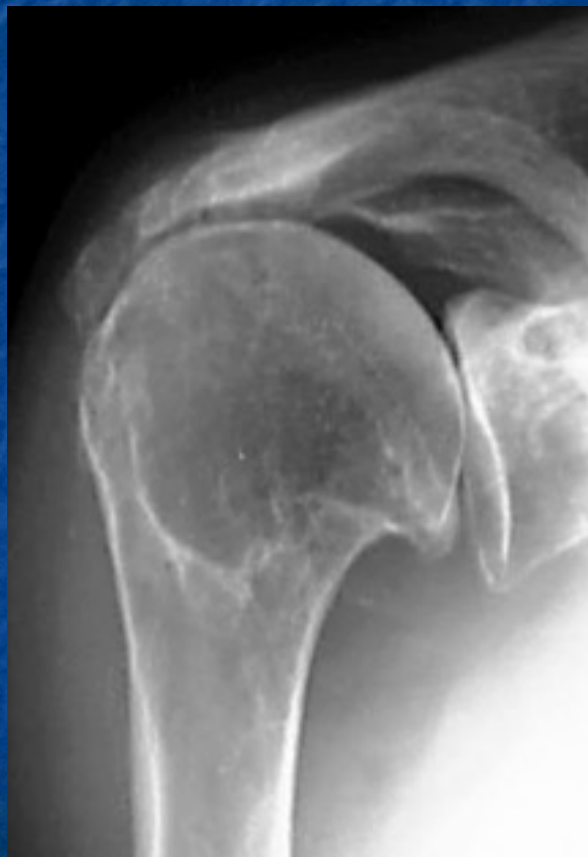
10/10/2014

01/04/2014

01/04/2014

10/10/2014

# Rottura massiva di cuffia ed artropatia scapolo omerale





# *Patologia neoplastica*



Condrosarcoma



Meta da K rene

# *Diagnostica per immagini*

## *Ecografia*

- *Studio dei tessuti molli*
- *Operatore dipendente*
- *Sensibilità 92-100 %*
- *Specificità 85-95 % per rotture complete*  
*70-93 % per rotture parziali*
- *Risultati comparabili con la RM*
- *Utile guida nelle procedure interventistiche*

# *Diagnostica per immagini*

## *Ecografia*

*Permette la diagnosi differenziale tra:*

- Tendinopatie e rotture tendinee parziali e/o totali*
- Borsiti*
- Impingement sottoacromiale*
- Tendinite calcifica*
- Patologia dell'acromion-clavicolare*
- Capsuliti adesive*
- Neoplasie dei tessuti molli*

# Lesione a tutto spessore del sovraspinato



# Diagnostica per immagini

## Risonanza Magnetica

- *Gold standard nella diagnostica della patologia di spalla*

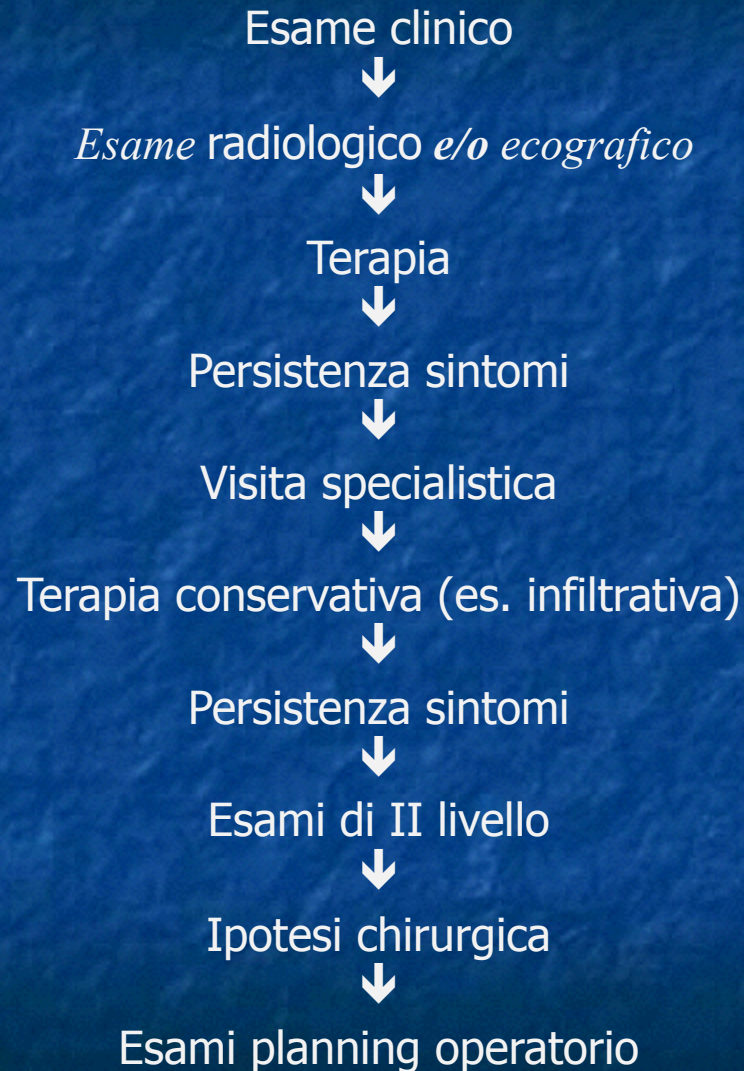
### MA

- *Esame di SECONDO LIVELLO*
- *Obbligatorio nel preoperatorio*
- *Obbligatorio nelle diagnosi controverse*
- *Fratture occulte/contusioni ossee*

### *ArtroRM*

- *La distensione dell'articolazione gleno-omeroale è l'unico modo affidabile per dimostrare lesioni che interessino il complesso labio-ligamentoso e la capsula articolare.*
- *Instabilità di spalla*
- *SLAP lesion*

# Flow chart spalla dolorosa



**FINE GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

