

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVII - n. 6 giugno 2008 - Pubbl. mensile e 1,00 - Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.I. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena - Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719 - E mail: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it) [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

N. 6 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVII - GIUGNO 2008

- Carta di Padova sulla Tutela dell'Ambiente e della Salute (FNOMCeO – ISDE)
- Lettera del presidente ai medici legali
- Farmaci dispensati senza ricetta medica: il testo del D.M.
- Appropriatezza della diagnostica per immagini nel dolore lombare non traumatico: criteri clinici di priorità
- Un tuffo di testa nella sincope (M.C. Tesorieri)
- I quesiti più frequenti sull'ECM



# APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI NEL DOLORE LOMBARE NON TRAUMATICO: CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ

*Sintesi del documento del panel multidisciplinare<sup>1</sup> dell'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico di Modena, costituito all'interno del progetto "Appropriatezza in Risonanza Magnetica".*

## Premessa

Nel primo trimestre del 2008, all'interno di un percorso di condivisione e consenso informale da parte di un panel multidisciplinare (composto da MMG, neurologi, neuroradiologi, medici di direzione sanitaria, radiologi, medici d'emergenza-urgenza, internisti, ortopedici, fisiatristi, un metodologo del CEVEAS e il referente del governo clinico dell'Ausl di Modena, che ha ricoperto un ruolo di supporto metodologico e di coordinamento), sono stati elaborati i criteri clinici di priorità nella diagnostica per immagini del dolore lombare non traumatico.

L'obiettivo principale è stato quello di produrre strumenti di sintesi delle migliori evidenze disponibili, sia per supportare le decisioni diagnostiche dei professionisti, sia per coinvolgere in modo informato e consapevole i pazienti. L'utilizzo di questi strumenti e il monitorag-

gio nel tempo della loro adeguatezza, può favorire un appropriato ed efficiente utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, limitando il numero di esami diagnostici non indispensabili o non appropriati, l'inutile esposizione a radiazioni e campi magnetici e garantendo una tempistica di esecuzione adeguata alle esigenze cliniche.

Altri obiettivi del progetto sono esplicitamente legati alla necessità di favorire comportamenti omogenei tra medici (un aspetto che contribuisce indirettamente a garantire equità di prestazioni ai pazienti) e il confronto e la collaborazione tra chi richiede e chi esegue le indagini diagnostiche.

Il panel clinico ha analizzato e definito le problematiche e gli scenari clinici del dolore lombare non traumatico, ricercato le evidenze disponibili privilegiando linee guida valide, prodotte da società scientifiche o agenzie sanitarie governative, analiz-

zato la letteratura reperita, elaborato e condiviso i criteri di priorità e i percorsi di accesso. La scelta della linea guida che è stata utilizzata come riferimento per la strutturazione della tassonomia degli scenari clinici<sup>2</sup> si è basata su criteri di validità e di anno di pubblicazione, privilegiando i documenti più recenti e bibliograficamente aggiornati.

Pur esistendo una ampia scelta di linee guida nazionali e internazionali sull'argomento, la produzione e l'adattamento locale di raccomandazioni per la pratica clinica evidence-based sulla diagnostica radiologica è molto problematica, in quanto le patologie più comuni che colpiscono il rachide lombosacrale presentano segni clinici e sintomi nessuno dei quali è di per sé altamente predittivo per differenziare una "comune" lombalgia da un dolore lombare dovuto ad altre patologie. Una ulteriore criticità affrontata è stata

<sup>1</sup> Composizione del panel: Dott. Roberto Adani, Dott. Mario Bertolani, Dott. Marco Bondi, Dott. Nunzio Borelli, Dott. Luca Castagnini, Dott. Mario Cavalli, Dott.ssa Luciana Di Pancrazio, Dott. Marco Franceschini, Dott. Fabio La Porta, Dott. Paolo Nichelli, Dott.ssa Cristina Maccaferri, Dott. Luciano Mavilla, Dott. Wainer Mazzi, Dott. Francesco Nonino, Dott.ssa Anna Rita Pecchi, Dott.ssa Lucia Pederzini, Dott. Fernando Pieralisi, Dott.ssa Gilda Sandri, Dott. Vincenzo Spina, Dott. Luigi Tarallo, Dott.ssa Francesca Tavani. Coordinamento: Dott.ssa Loretta Casolari.

<sup>2</sup> Chou R, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007;147(7):478-91.

la necessità di associare alle raccomandazioni cliniche criteri di priorità di esecuzione, che devono necessariamente incorporare aspetti relativi alle risorse umane e strumentali disponibili a livello locale, sui quali la letteratura non offre alcun supporto di evidenza.

I criteri di priorità individuati si riferiscono alle principali condizioni che si possono incontrare nel setting assistenziale ambulatoriale specialistico e di medicina generale e non devono essere interpretati come regole inflessibili che condizionano l'autonomia decisionale del medico, né come riferimento medico-legale ma piuttosto come un supporto decisionale per ottimizzare la gestione dell'assistenza ed un punto di riferimento per coinvolgere il paziente nelle scelte diagnostiche e terapeutiche.

La decisione di non incorporare patologie molto rare, se pur rilevanti per la salute del paziente, è stata maturata nell'ottica di produrre uno strumento di facile utilizzo, in grado di supportare il professionista nelle decisioni di più comune riscontro nella pratica corrente.

Il documento è rivolto a tutti i medici abilitati a richiedere ed eseguire prestazioni di diagnostica per immagini. Le modalità di esecuzione dell'esame (necessità di utilizzare il mezzo di contrasto e/o particolari sequenze RM, etc.) sono di competenza del radiologo/neuroradiologo che, in base al quesito clinico, imposta le procedure tecniche più adeguate, pertanto non sono trattate in dettaglio.

I criteri clinici di priorità saranno diffusi a tutti i medici del-

l'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico.

Seminari di aggiornamento nell'ambito delle Cure primarie e del Presidio ospedaliero provinciale dell'Ausl di Modena potranno essere una occasione per valutare l'impatto delle raccomandazioni sulla pratica clinica. Periodici audit verranno programmati come strumenti di incentivazione e monitoraggio per l'implementazione delle raccomandazioni al fine di valutare la concordanza tra le indicazioni contenute nel documento e le giustificazioni per le quali l'esame è stato richiesto. Il primo audit sarà condotto a 6 mesi dall'approvazione del documento.

Una specifica linea di attività, all'interno del Laboratorio del Cittadino Competente (Sistema Comunicazione e Marketing - AUSL di Modena) è dedicata alla progettazione della comunicazione al cittadino.

### **Il dolore lombare**

Il dolore lombare è il disturbo osteoarticolare più frequente e rappresenta, dopo i problemi respiratori, la più frequente causa di ricorso al medico. Quasi l'80% della popolazione è destinato nella vita a presentare una lombalgia. Le osservazioni indicano la distribuzione tra uomini e donne in ugual misura e una prevalenza annuale del 50% negli adulti in età lavorativa, di cui il 15- 20% ricorre a cure mediche e più della metà delle persone che hanno avuto un episodio di dolore lombare avrà una recidiva entro pochi anni.

Comporta altissimi costi individuali e sociali, in termini di indagini diagnostiche e di trattamenti,

di riduzione della produttività e di diminuita capacità a svolgere attività quotidiane.

Con questa premessa risulta evidente come il dolore lombare possa essere una delle cause più frequenti di accesso diretto al medico di medicina generale, che rappresenta quasi sempre il primo sanitario a iniziare il percorso assistenziale del paziente lombalgico e che oltre alle competenze per una prima valutazione globale (preventiva, diagnostica, terapeutica e prognostica) deve avere gli strumenti per una analisi critica in modo da gestire adeguatamente la domanda del cittadino, spesso indotta da «mode» e falsi miti, e fare, se necessario, un invio mirato scegliendo la più appropriata diagnostica per immagini.

Le metodiche di diagnostica per immagini dovrebbero rispettare l'analisi del procedimento clinico: il loro uso al di fuori di un'ipotesi diagnostica mirata non solo non aggiunge ulteriori elementi rispetto all'anamnesi e all'esame obiettivo, ma mette a rischio di trattamento per lesioni occasionalmente evidenziate, asintomatiche ed estranee al quadro clinico presentato.

### **L'inquadramento clinico**

L'approccio clinico al paziente con dolore lombare di origine non traumatica prevede una valutazione complessiva con particolare riferimento a: età, impotenza funzionale e ripercussione sull'attività lavorativa, eventuali trattamenti precedenti e relativa efficacia o inefficacia, fattori di rischio fisici, psicosociali e lavorativi, dolore (sede, insorgenza, caratteristiche del

dolore, irradiazione, orario del dolore, rapporto postura-dolore), sintomi e segni neurologici, rigidità mattutina.

Tra le cause di dolore lombare non traumatico devono essere considerate:

- patologie extra-rachidee (aneurisma aortico, nefrolitiasi, pancreatite, sindromi febbrili).
- eventuali patologie gravi del rachide.

Al termine della valutazione clinica, ed escluse cause extrarachidee di dolore lombare, dovrebbe essere identificabile uno dei seguenti scenari clinici:

- 1) dolore lombare non specifico
- 2) dolore potenzialmente associato con radicolopatia o stenosi spinale
- 3) dolore potenzialmente associato ad altre cause specifiche

1) Dolore lombare non specifico

Oltre l'85% dei pazienti che si presentano alla medicina generale con dolore lombare presenta un dolore lombare non specifico, non causato cioè da anomalie spinali o da gravi patologie.

Il riscontro radiologico di eventuali alterazioni aspecifiche degenerative osteo-articolari non modifica la diagnosi di "Dolore lombare non specifico".

Per questi pazienti non esistono protocolli diagnostici validi e l'esecuzione di indagini diagnostiche non ne migliora la prognosi.

Nel caso, di gran lunga più frequente, di dolore lombare non specifico, il medico deve rassicurare il paziente facendo comprendere:

- l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo (il 70% dei

pazienti migliora entro le prime due settimane), ma anche la tendenza a recidive che comunque, a meno che i sintomi non siano diversi dal primo episodio, regrediranno anch'esse;

- la possibile genesi del dolore lombare, la verosimile causa che lo ha scatenato e gli eventuali fattori di rischio connessi all'impegno lavorativo e/o all'attività ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali, ad affaticamento;
- che la diagnostica per immagini - pur aumentando la «soddisfazione» e il «benessere psicologico» del paziente - non è raccomandata di routine prima di 4-6 settimane, se non per evidenziare fratture in recenti traumi significativi a ogni età o in recenti traumi anche modesti in persone anziane con storia di prolungata terapia steroidea o di osteoporosi.

mente associato con patologia radicolare o stenosi spinale, in presenza di deficit neurologici TC o RM sono indicate in presenza di deficit neurologici progressivi con calo della forza elementare all'arto inferiore (con o senza risposta alla terapia). L'eventuale reperto radiologico di protrusione del disco (bulging) è un fenomeno parafisiologico, senza valore clinico in assenza di altre patologie.

2b) Dolore lombare persistente, potenzialmente associato con sofferenza radicolare, senza deficit neurologici

Se l'irradiazione del dolore lombare alla superficie posteriore della coscia, alla superficie postero-laterale del polpaccio o al piede, senza deficit neurologici persiste oltre le 4 settimane nonostante un trattamento conservativo, il paziente va considerato candidabile a un inter-

Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
1a) Dolore lombare non specifico	Dolore lombare - senza segni sospetti di malattia di base, di sofferenza radicolare - perdurante da 4 settimane - che risponde al trattamento mediante analgesici/antinfiammatori			Non sono indicate indagini radiologiche
1b) Dolore lombare potenzialmente associato con sofferenza radicolare senza deficit neurologici	Dolore lombare - perdurante da 4 settimane - senza segni di deficit neurologici motori o sensitivi - irradiato all'arto inferiore (superficie posteriore della coscia, polpaccio, piede)			

2) Dolore lombare potenzialmente associato con radicolopatia o stenosi spinale

2a) Dolore lombare potenzial-

mente associato con patologia radicolare o stenosi spinale, in presenza di deficit neurologici TC o RM sono indicate in presenza di deficit neurologici progressivi con calo della forza elementare all'arto inferiore (con o senza risposta alla terapia). L'eventuale reperto radiologico di protrusione del disco (bulging) è un fenomeno parafisiologico, senza valore clinico in assenza di altre patologie.

Se l'irradiazione del dolore lombare alla superficie posteriore della coscia, alla superficie postero-laterale del polpaccio o al piede, senza deficit neurologici persiste oltre le 4 settimane nonostante un trattamento conservativo, il paziente va considerato candidabile a un inter-

vento invasivo, in previsione del quale è indicato eseguire TC o RM del rachide lombo-sacrale.

Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
2a) Dolore lombare potenzialmente associato con sofferenza radicolare o stenosi spinale, in presenza di deficit neurologici	Dolore lombare associato a deficit neurologici progressivi con calo della forza elementare all'arto inferiore	TC LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
		RM LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Agenda riservata NEURORADIOLOGIA
2b) Dolore lombare persistente potenzialmente associato con sofferenza radicolare senza deficit neurologici	Dolore lombare e lombosciatalgia perdurante da > 4 settimane nonostante terapie conservative, anche non associato al rilievo di deficit neurologici motori o sensitivi	TC LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
		RM LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Agenda riservata NEURORADIOLOGIA

### 3) Dolore lombare potenzialmente associato ad altre cause specifiche

Una minoranza di pazienti che si presenta al setting della medicina generale con dolore lombare presenta una associazione tra il dolore e cause specifiche. La prevalenza di queste patologie è la seguente:

PATOLOGIA	Prevalenza stimata
spondilite anchilosante	0,3% - 5%
frattura	4%
neoplasia	0,7%
sindrome della cauda equina.	0,03%
infezione vertebrale	0,01%

L'anamnesi e l'esame obiettivo determinano la probabilità post-test di queste cause specifiche di dolore lombare e la necessaria valutazione rispetto all'avvio di un percorso diagnostico che può prevedere l'invio del paziente alla prestazione di diagnostica e successivamente alla consulenza specialistica oppure l'avvio alla visita specialistica e solo successivamente alla diagnostica.

La sintesi degli scenari clinici, della diagnostica indicata, della priorità di accesso è sintetizzata nella tabella seguente.

ALTRI SCENARI CLINICI MENO COMUNI				
Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
Dolore lombare e sospetta neoplasia	Dolore lombare associato a: - <b>storia personale di neoplasia</b> - calo ponderale inspiegabile, - persistenza del dolore da > 4 settimane, - età >50 anni L'iter diagnostico in questi pazienti va deciso caso per caso, tenendo presente che: - una <b>anamnesi personale positiva per neoplasia</b> , anche in assenza di altri elementi clinici, è fortemente predittiva - <b>in assenza di anamnesi positiva per neoplasia</b> , anche in presenza di altri elementi tra quelli elencati, potrebbe essere sufficiente in prima istanza una <b>semplice radiografia</b>	TC LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
		RM LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Agenda riservata NEURORADIOLOGIA

Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
<b>Dolore lombare e sospetta frattura in assenza di trauma recente</b>	Dolore lombare e - storia di osteoporosi - uso di corticosteroidi - età anziana	RX LS	Priorità U (entro 24 h)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
<b>Dolore lombare e sospetta spondilite anchilosante</b>	Dolore lombare - durata > 6 settimane - rigidità mattutina di durata maggiore di 30 min - miglioramento con l'esercizio/movimento - risvegli nella seconda parte della notte - irradiazione del dolore dal gluteo al ginocchio	RM articolazioni sacro-iliache	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione presso tutti i punti di prenotazione
<b>Dolore lombare e sospetta infezione vertebrale</b>	Dolore lombare e - febbre - uso endovenoso di droghe - recente episodio infettivo	Il rilievo di questo scenario clinico richiede una presa in carico ad un livello assistenziale ospedaliero		
<b>Dolore lombare e sospetta sindrome della cauda</b>	Dolore lombare e - <u>Ritenzione urinaria</u> - Anestesia "a sella"	Il rilievo di questo scenario clinico richiede una presa in carico ad un livello assistenziale ospedaliero		

### SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE

Quando è necessario prescrivere una indagine diagnostica è importante che la richiesta sia formulata in modo preciso ed esauriente, in modo tale cioè che il medico radiologo possa identificare il paziente e conoscere le motivazioni cliniche, le eventuali controindicazioni e quindi scegliere la tecnica migliore ed il procedimento più congruo.

La richiesta delle prestazioni di diagnostica strumentale, indicate nel documento "Appropriatezza della diagnostica del dolore lombare non traumatico" deve pertanto:

- essere effettuata direttamente dal MMG e dal medico specialista evitando il rinvio ad altri prescrittori; non sono posti vincoli per la prescrizione esclusivamente "specialistica" per evitare di rinviare il paziente ad altri colleghi "suggerendo" la prescrizione di diagnostica strumentale
- riportare chiaramente tutte le informazioni che consentano l'univoca identificazione del paziente; si raccomanda che, in caso di manoscrittura, le annotazioni vengano riportate in modo intelligibile in stampatello e con grafia chiara-

mente comprensibile indicando nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale del paziente.

- indicare la prestazione di diagnostica che corrisponderà, in prima istanza, alla prestazione che verrà attribuita dal sistema di prenotazione e alla quota di compartecipazione alla spesa per il cittadino. Indicare inoltre il distretto anatomico da indagare (es. TC lombosacrale). In presenza, nella stessa richiesta, dell'indicazione di più di un distretto anatomico, sarà prenotata un'unica prestazione. L'eventuale necessità di appro-

fondimenti diagnostici, rispetto al quesito clinico, verrà valutata dal medico radiologo e non rinviata al prescrittore.

- segnalare l'eventuale effettuazione di altre indagini strumentali al medesimo distretto (tipo di indagine, se con o senza mdc, data, referto).
- riportare compiutamente la motivazione, come indicata negli scenari clinici o negli elementi clinico-anamnestici relativi ed evitando di apporre sulla richiesta esclusivamente termini quali: "lombosciatalgia", "lombalgia", "dolore lombare", "rachialgia lombare", "sciatalgia" (sono sintomi e non sospetti clinici), "controllo" o "accertamenti" (indicare se si tratta di follow-up e la motivazione clinica del follow-up o di esame pre-operatorio).

- riportare la priorità barrando le caselle:

U: urgente (entro 24 h)

B: urgente differibile (entro 7gg)

D: prestazione programmabile (1° prestazione, entro 60gg.)

P: prestazione programmabile (controllo).

Le richieste di TC e RM lombosacrali come prestazioni ambulatoriali urgenti (entro 24h) o con la dicitura "urgente" o altre diciture come "indispensabile e indifferibile" non sono sostenute da motivazioni cliniche che giustifichino l'erogazione in urgenza entro 24h e saranno rinviate al prescrittore.

Le richieste prive della segnalazione della priorità saranno prenotate secondo la disponibilità del sistema di prenotazione.

Per favorire il confronto e la collaborazione tra chi richiede e chi

esegue le indagini diagnostiche, nelle evidenze di patologie e rispettivi scenari clinici considerati di bassa prevalenza ma di significativo impatto clinico, il medico prescrivente, evidenziata la necessità di una prestazione di RM in priorità B (urgente differibile entro 7gg) contatta il neuroradiologo della sede del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense (disponibile 24h su 24) o dell'Ospedale di Carpi (dalle 8 alle 13 dal lunedì al venerdì).

Gli scenari clinici, anche non contemplati nel documento, possono essere discussi con il medico radiologo per concordare percorsi diversi in termini di tecnica diagnostica e priorità.

A questo scopo si allegano di seguito i riferimenti delle sedi provinciali di radiologia e neuroradiologia.

	Medici	Orari (Lun-Ven)
Ospedale di Carpi	059/659264	9,00-19,00
Ospedale di Carpi	059/ 659260    Neuroradiologia	8,00-13,00
Ospedale di Mirandola	0535/602204	8,00-20,00
Ospedale di Finale Emilia	0535/654910	8,30-17,00
NOCSAE	059/3961006	8,00-20,00
NOCSAE	059/39612559    Neuroradiologia	Reperibilità telefonica 24h su 24h
AOU Policlinico	059/4222423    Radiologia 1	9,00-19,00
	059/4225025    Radiologia 2	9,00-19,00
Nuovo Ospedale di Sassuolo s.p.a.	0536/846510	9,00-19,00
Ospedale di Pavullo	0536/29252	9,00-13,00    15,00-20,00
Ospedale di Vignola	059/777852	8,30-19,00

Bibliografia consultata, normativa di riferimento, copia del documento "Appropriatezza della diagnostica per immagini del dolore lombare non traumatico" possono essere richieste a:

Dott.ssa Loretta Casolari - Azienda USL di Modena

Direzione Sanitaria – Governo Clinico

Via S. Giovanni del Cantone 23 – 41100 Modena    l.casolari@ausl.mo.it

Il documento completo è disponibile sull'Intranet dell'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico di Modena.