

**GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

**Questo giorno** lunedì 03 **del mese di** giugno  
**dell' anno** 2013 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Errani Vasco	Presidente
2) Bortolazzi Donatella	Assessore
3) Gazzolo Paola	Assessore
4) Lusenti Carlo	Assessore
5) Marzocchi Teresa	Assessore
6) Melucci Maurizio	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Rabboni Tiberio	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore** Muzzarelli Gian Carlo

**Oggetto:** DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI EROGABILITA' DI ALCUNE PRESTAZIONI DI TAC E RM

**Cod.documento** GPG/2013/576

**Num. Reg. Proposta: GPG/2013/576**

-----  
**LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Premesso che:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1997 n.502 e successive modifiche ed integrazioni, all'art. 1 comma 2, vincola l'erogazione delle prestazioni dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza al rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", allegato 4; ritiene indispensabile garantire adeguati interventi sul tema dell'appropriatezza da parte delle Regioni. Interventi in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo ai diritti da garantire a tutti i cittadini;

- la Conferenza Stato-Regioni il 28 ottobre 2004 (Atto rep. n. 2113), ha approvato l'accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento relativo alle "Linee guida per la diagnostica per immagini";

Considerato che:

- il documento del Ministero della Salute, discusso in Commissione Salute della Conferenza delle Regioni nella riunione del 20 marzo 2009, individua alcune prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini, che dovranno essere oggetto di linee guida e prescrizioni per favorirne l'appropriatezza;

- per le prestazioni TAC e RM osteoarticolari, sulla scorta dei dati di attività esaminati, della letteratura

disponibile, e dal confronto tra il Ministero della Salute, e la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni nella riunione del 20 marzo 2009, è opportuno individuare linee guida e modalità prescrittive per favorirne l'appropriatezza.

- gli Accordi Collettivi Nazionali per l'anno 2005 per la Medicina Generale (art.51, punto 2), per la Pediatria di libera scelta (art. 50, punto4) e per la Medicina Specialistica Ambulatoriale (art. 28, punto 2) ribadiscono che la prescrizione debba riportare il quesito diagnostico.

Ritenuto pertanto necessario stabilire modalità di applicazione di tali indicazioni nazionali, condivise con i professionisti interessati, sia erogatori che prescrittori ed integrate con il quesito diagnostico;

Preso atto inoltre di quanto stabilito dal Decreto Legislativo 26 maggio 2000 n. 187 "Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche " e s.m.i., che all'art. 3 vieta l'esposizione non giustificata e dispone che le esposizioni mediche si dimostrino sufficientemente efficaci rispetto al danno che potrebbero causare;

Considerato che il punto 4.2 dell'allegato 1 della deliberazione di Giunta Regionale n.1035/2009 dà mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali di costituire gruppi di lavoro per la declinazione regionale dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'ambito della Diagnostica per Immagini;

Richiamata la determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n° 9334 del 24/09/2009 con la quale è stato istituito il Gruppo tecnico regionale per lo studio delle modalità della corretta applicazione dei LEA in ambito di diagnostica per immagini;

Preso atto che dalle risultanze del gruppo di lavoro regionale, analiticamente riportate all'interno dell'allegato 1 "Appropriatezza nella erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini", sono state fornite indicazioni utili al miglioramento dell'appropriatezza di quelle attività diagnostiche (TC e RM osteoarticolari) caratterizzate da elevati volumi di produzione e importante difficoltà all'accesso sia della casistica appropriata che di quella non appropriata;

Ritenuto pertanto opportuno approvare il documento sopracitato, con l'obiettivo di riaffermare il principio che

una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, in tempi e secondo il regime organizzativo più adeguato;

Considerato che è necessario:

- effettuare momenti formativi in materia, da destinarsi ai prescrittori (MMG/PLS/Specialisti Ambulatoriali, Specialisti Ospedalieri, personale amministrativo), prevedendo anche il ricorso a strumenti informatici più complessi che forniscano sistemi di segnalazione che ricordano al medico prescrittore in quali situazioni la richiesta di esame è appropriata;

- realizzare anche in collaborazione con le associazioni dei cittadini e dei professionisti, una campagna informativa specifica, rivolta ai cittadini sull'uso corretto degli esami di diagnostica pesante;

Ritenuto opportuno definire che eventuali prestazioni al di fuori delle indicazioni di cui all'Allegato 1 potranno essere prescritte esclusivamente nell'ambito specialistico a cui viene affidato l'approfondimento diagnostico e terapeutico;

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 e smi, "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007";

Dato atto del parere allegato;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 28 maggio 2013;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

Delibera

1. di approvare, sulla base delle motivazioni indicate in premessa, e qui integralmente richiamate, il documento allegato 1 "Appropriatezza nella erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini" parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di garantire che, per le prestazioni erogate secondo le indicazioni di appropriatezza riportate nell'allegato 1 citato, dovranno essere garantiti gli standard dei tempi di attesa previsti a livello regionale per la diagnostica;

3. di definire che eventuali prestazioni al di fuori delle indicazioni di cui all'Allegato 1 potranno essere prescritte esclusivamente nell'ambito specialistico a cui viene affidato l'approfondimento diagnostico e terapeutico;

4. di stabilire che la prescrizione debba obbligatoriamente contenere il quesito diagnostico;

5. di definire che è onere delle Aziende sanitarie effettuare idonei controlli di appropriatezza;

6. di prevedere idonee iniziative di formazione rivolti ai medici prescrittori;

7. di dare mandato alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di realizzare, anche in collaborazione con le associazioni dei cittadini e dei professionisti, una campagna informativa specifica, rivolta ai cittadini sull'uso corretto degli esami di diagnostica pesante;

8. di stabilire che le modificazioni introdotte dal documento sopra citato decorrano dal momento dell'adozione della presente delibera;

9. di dare mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, di concordare con le Regioni interessate alla compensazione di mobilità per tali prestazioni, di definire idonee e condivise modalità operative;

10. di pubblicare il presente atto, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna -BURERT.

Tabella di sintesi

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
TC osteoarticolari senza MDC	Traumatica acuta	88.38.3	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ È stata posta diagnosi di frattura o sospetta frattura per la quale è necessario caratterizzare l'estensione della stessa frattura o dei frammenti</p> <p>§ Il Paziente è candidato ad intervento chirurgico</p>	Indicata <u>solo dopo rx</u> tradizionale
		88.38.5		
		88.38.6		
TC osteoarticolari senza MDC	Post -chirurgica	88.38.3	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ Il Paziente è stato recentemente sottoposto ad intervento chirurgico (del distretto per cui è richiesto l'esame)</p> <p>§ Vi sono problemi dell'evoluzione post-chirurgica o il sospetto di complicanze ossee</p>	
		88.38.5		
		88.38.6		
TC osteoarticolari senza MDC	Post -chirurgica	88.38.3	<p>Indicata solo dopo Rx tradizionale dubbia per:</p> <p>§ Sospetta malattia di Kienböck (osteonecrosi del semilunare) in caso di Rx negativa o equivoca, in presenza di controindicazioni all'RM</p> <p>§ se dolore da oltre 3 settimane e sospetto di frattura occulta (specie sospetta</p>	

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
			frattura dell'uncinato)	
TC osteoarticolari senza e con MDC	1. Patologia oncologica 2. Sospetto Oncologico	88.38.4 88.38.5 88.38.7	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ Il Paziente è portatore di Patologia Neoplastica</p> <p>oppure</p> <p>§ Sussistono almeno 4 dei seguenti fattori di "sospetto oncologico":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesi positiva per tumore</li> <li>- Perdita di peso</li> <li>- Età &lt; 18 e &gt; 50 anni</li> <li>- Mancato miglioramento della sintomatologia dopo 4-6 settimane di terapia</li> <li>- Dolore ingravescente</li> <li>- Dolore continuo, anche a riposo e durante la notte</li> </ul>	<u>VEDI TESTO</u>

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
<p style="text-align: center;">TC del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC</p>	<p style="text-align: center;">Sospetta infezione -complicanza post - chirurgica</p>	<p style="text-align: center;">88.38.2</p>	<p><u>IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE</u> <u>INDICARE SE:</u></p> <p>È presente una o più delle condizioni precisate nel testo</p> <p>§ L'esame radiologico, gli esami di laboratorio e/o l'obiettività clinica pongono il dubbio di infezione con necessità di valutarne, oltre alla presenza o meno, l'estensione</p> <p>§ Il Paziente è stato sottoposto a recente intervento chirurgico</p> <p>§ Il Paziente presenta dolore di recente insorgenza con le seguenti caratteristiche: ingravescente, continuo, presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne</p> <p>§ Il Paziente presenta, oltre alla sintomatologia dolorosa con le caratteristiche sopra descritte, febbre, recente infezione batterica, è in terapia immunosoppressive o è HIV positivo</p> <p>§ Il Paziente presenta, oltre al dolore, rigidità deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore</p>	<p><u>VEDI TESTO</u></p>



PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
TC del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC	Oncologica	88.38.2	<p><u>IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:</u></p> <p>§ Il Paziente è portatore di patologia oncologica certa o sospetta, primitiva o secondaria, della colonna vertebrale</p> <p>§ Si intende valutare l'estensione ossea/midollare della patologia oncologica nota</p> <p>§ Il Paziente presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dolore di recente insorgenza, ingravescente, continuo</li> <li>- dolore presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne</li> <li>- deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore</li> <li>- sciatica iperalgica (dolore insopportabile e resistente agli oppioidi)</li> <li>- deficit motorio improvviso o progressivo</li> <li>- dolore recente violento e/o ingravescente</li> <li>- deficit neurologici (sfinteriali) anche in assenza di dolore</li> </ul>	<u>VEDI TESTO</u>

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
RM muscoloscheletrica senza MDC	Traumatica acuta	88.94.1	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ È stata diagnosticata una lussazione scapolo-omerale traumatica acuta documentata con esame Rx</p> <p>§ Il Paziente soffre di lussazione scapolo-omerale abituale</p> <p>§ Esiste il sospetto clinico di lesione della cuffia dei rotatori, lesioni muscolari, lesioni osteocondrali/osteonecrotiche post-traumatiche, instabilità carpale, lesioni legamentose/fibrocartilaginee, lesioni capsulari/tendinee con precedenti Rx ed ecografia negativi o dubbi</p> <p>§ Il Paziente è candidato ad intervento chirurgico</p>	<p><u>VEDI TESTO</u></p> <p><u>PER LA</u></p> <p><u>SPECIFICITÀ</u></p> <p><u>DEL TRATTO</u></p> <p><u>INTERESSATO</u></p>
	Post-chirurgica	88.94.1	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ Il Paziente è stato recentemente sottoposto ad intervento chirurgico (del "distretto" per cui è richiesto l'esame) solo dopo ECO/RX per valutazione eventuali complicanze</p> <p>§ Vi sono problemi dell'evoluzione post-chirurgica o il sospetto di complicanze muscolo-tendinee</p>	

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
RM osteoarticolare senza MDC	Sospetta infiammazione/infezione	88.94.1	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ Esiste il sospetto clinico di malattia artritica basato su test di laboratorio probanti</p> <p>§ Esiste il sospetto clinico di malattia artritica e sono state eseguite Rx con esito negativo ed Ecografia con esito positivo</p> <p>§ Non è stata eseguita una RM negli ultimi 3 mesi ed il quadro clinico-laboratoristico permane suggestivo per patologia artritica (nel caso di esame di controllo)</p>	

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
RM muscoloscheletrica senza e con MDC	Sospetta infezione	88.94.2	<p><u>IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE</u></p> <p><u>INDICARE SE:</u></p> <p>É presente una o più delle condizioni precisate nel testo</p> <p>§ L'esame radiologico, gli esami di laboratorio e/o l'obiettività clinica pongono il dubbio di infezione con necessità di valutarne, oltre alla presenza o meno, l'estensione</p> <p>§ Il Paziente è stato sottoposto a recente intervento chirurgico</p> <p>§ Il Paziente presenta dolore di recente insorgenza con le seguenti caratteristiche: ingravescente, continuo, presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne</p> <p>§ Il Paziente presenta, oltre alla sintomatologia dolorosa con le caratteristiche sopra descritte, febbre, recente infezione batterica, è in terapia immunosoppressive o è HIV positivo</p>	

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
	<p style="text-align: center;">1. Patologia oncologica 2. Sospetto Oncologico</p>	<p style="text-align: center;"><b>88.94.2</b></p>	<p><u>PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE ESSERE INDICATO SE:</u></p> <p>§ Il Paziente è portatore di Patologia Neoplastica</p> <p>oppure</p> <p>§ Sussistono almeno 4 dei seguenti fattori di "sospetto oncologico":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesi positiva per tumore</li> <li>- Perdita di peso</li> <li>- Età &lt; 18 e &gt; 50 anni</li> <li>- Mancato miglioramento della sintomatologia dopo 4-6 settimane di terapia</li> <li>- Dolore ingravescente</li> <li>- Dolore continuo, anche a riposo e durante la notte</li> </ul>	

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
RM della colonna senza e con MDC	sospetta infezione -complic anza post - chirurgica	88.93.1	<p><u>IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:</u></p> <p>§ L'esame TC, gli esami di laboratorio e/o l'obiettività clinica pongono il dubbio di infezione con necessità di valutarne, oltre alla presenza o meno, l'estensione midollare/vertebrale</p> <p>§ Il Paziente è stato sottoposto a recente intervento chirurgico</p> <p>§ Il Paziente presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dolore di recente insorgenza, ingravescente, continuo, presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne</li> <li>- oltre alla sintomatologia dolorosa con le caratteristiche sopra descritte, febbre, recente infezione batterica, è in terapia immunosoppressive o è HIV positivo</li> <li>- oltre al dolore, deficit motori o sensitivi degli arti o rigidità piramidale degli stessi anche in assenza di dolore</li> <li>- deficit neurologici sfinteriali</li> </ul>	

PRESTAZIONE	PATOLOGIA	CODIFICA DM.96	INDICAZIONI DA RIPORTARE SULLA PRESCRIZIONE CON LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO	NOTE
RM della colonna senza e con MDC	Oncologica	88.93.1	<p><u>IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:</u></p> <p>§ Il Paziente è portatore di patologia oncologica (certa o sospetta, primitiva o secondaria) della colonna vertebrale</p> <p>§ L'obiettivo è quello di valutare l'estensione ossea/midollare della patologia oncologica nota</p> <p>§ Il Paziente presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dolore violento di recente insorgenza, ingravescente, continuo</li> <li>- dolore presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne</li> <li>- deficit motori o sensitivi degli arti o rigidità piramidale degli arti anche in assenza di dolore</li> <li>- sciatica iperalgica (dolore insopportabile e resistente agli oppioidi)</li> <li>- deficit motorio improvviso o progressivo</li> <li>- deficit neurologici (sfinteriali) anche in assenza di dolore</li> </ul>	

**Appropriatezza - Prestazioni Nomenclatore Tariffario  
della specialistica ambulatoriale:  
Diagnostica per Immagini**

**Premessa**

Per garantire l'appropriatezza nella erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini sono state emanate da numerose società scientifiche in tutto il mondo linee guida basate sui vari livelli di evidenza medico-scientifica.

Il tema dell'appropriatezza, emerso in modo ancor più stringente con la proposta di emanazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), rappresenta il naturale supporto alle scelte tecnico-organizzative che dovranno essere operate a livello regionale per le quali si è fatto riferimento a quanto presente in Italia a livello delle società scientifiche, delle regioni ed in sede internazionale.

La metodologia di lavoro è stata impostata ricercando i vari livelli di appropriatezza rapportati alle specifiche prestazioni diagnostiche indicate nell'elenco scaturito dall'incontro tra il Ministero della Salute ed il tavolo di consultazione regionale (c.d. G5) del 23 ottobre 2008.

Le indicazioni nazionali, finalizzate a definire le condizioni di appropriata erogazione di un gruppo di prestazioni di diagnostica per immagini (Tc - Rm osteoarticolare), sono state condivise con un gruppo di esperti individuati a livello regionale (Specialisti radiologi e MMG) per le quali è necessario prevedere modalità di applicazione delle indicazioni nazionali condividendole con i professionisti interessati, sia erogatori che prescrittori.

**Le prestazioni**

Le prestazioni oggetto delle presenti indicazioni, che hanno come riferimento i codici del DM luglio 1996 (nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale), riguardano le Tc e le Rm osteoarticolari, differenziate fra quelle che non utilizzano il mezzo di contrasto (MDC) da quelle che invece lo utilizzano.

Il documento individua le condizioni in cui il ricorso all'indagine è appropriato ed i requisiti necessari per la corretta formulazione della richiesta sul ricettario SSN:

Le indagini con le relative indicazioni esaminate nel presente provvedimento sono:



1. TC osteoarticolari senza MDC (Patologia traumatica acuta; Post chirurgica)
2. TC osteoarticolari senza e con MDC (Patologia oncologica; Sospetto oncologico)
3. Tc del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC (Patologia oncologica; Sospetto oncologico; Complicanza post-chirurgica; Sospetta infezione)
4. RM muscoloscheletrica senza MDC (Patologia traumatica acuta; Post chirurgica; Sospetta infiammazione)
5. RM muscoloscheletrica senza e con MDC (Patologia oncologica; Sospetto oncologico; Sospetta infezione)
6. RM della colonna senza e con MDC (Post chirurgica; Sospetta infezione)

Le prestazioni individuate, quando erogate coerentemente con le indicazioni riportate all'interno del presente provvedimento, dovranno essere garantite entro gli standard dei tempi di attesa previsti a livello regionale per l'attività di diagnostica e per le differenti classi di priorità.

Le prestazioni individuate, quando erogate coerentemente con le indicazioni riportate all'interno del presente provvedimento, dovranno essere garantite entro gli standard dei tempi di attesa previsti a livello regionale per l'attività di diagnostica e per le differenti classi di priorità.

Viceversa le prestazioni richieste al di fuori di dette indicazioni saranno di norma poste nella classe di priorità più bassa.

**1. TC osteoarticolari senza MDC (Patologia traumatica acuta e Post chirurgica)**

I codici delle prestazioni del DM 96 a cui fanno riferimento le seguenti indicazioni sono:

**cod. 88.38.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE**

TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]

**cod 88.38.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO**

TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache Non associabile a Tomografia computerizzata (TC) dell'arto inferiore (88.38.6)

**cod. 88.38.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE**

TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede] Non associabile a Tomografia computerizzata (TC) del bacino (88.38.5)

Le condizioni di erogabilità a cui subordinare l'erogazione della prestazione a carico del SSR sono:

**Patologia traumatica acuta**

Indicata solo dopo Rx tradizionale:

§ nell'immediato post-traumatico qualora vi sia il dubbio di frattura posto all'Rx in un determinato livello/tratto

§ per valutazione scheletrica pre-chirurgica e per caratterizzare estensione o piccoli frammenti della frattura precedentemente documentata con Rx.

Per valutazione di sospetto corpo intrarticolare osteo-cartilagineo se Rx dubbia o in conclusiva (in questi ultimi casi è preferibile la TC alla RM).

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:**

§ È stata posta diagnosi di frattura o sospetta frattura per la quale è necessario caratterizzare l'estensione della stessa frattura o dei frammenti

§ Il Paziente è candidato ad intervento chirurgico

**Post-chirurgica**

Indicata solo dopo Rx tradizionale dubbia per:

§ migliore valutazione dell'evoluzione e di eventuali complicanze ossee (dubbio clinico o radiologico di osteomieliti, sequestri o di malposizionamento e/o di modificazione di posizione o della conformazione di "device" applicati per riparazioni post-traumatiche o conseguenti a patologia oncologica, degenerativa o di altra natura)

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:**

- § Il Paziente è stato recentemente sottoposto ad intervento chirurgico (del distretto per cui è richiesto l'esame)
- § Vi sono problemi dell'evoluzione post-chirurgica o il sospetto di complicanze ossee

\*\*\*\*\*

**\*TC DI POLSO E MANO: indicata in dolore cronico**

Indicata solo dopo Rx tradizionale dubbia per:

- § Sospetta malattia di Kienböck (osteonecrosi del semilunare) in caso di Rx negativa o equivoca, in presenza di controindicazioni all'RM e per valutare il grado di collasso e delle eventuali fratture associate
- § se dolore da oltre 3 settimane e sospetto di frattura occulta (specie sospetta frattura dell'uncinato)

**Artro-TC spalla-gomito:**

Indicata, come alternativa alla RM se controindicata, per sospetta lesione instabile osteocondrale

**Artro-TC polso :**

Indicata, come alternativa alla RM se controindicata, in dolore cronico sul lato ulnare in sospetta lesione del legamento scafolunato o lunotriquetrale

-----  
-----

**NOTE:**

*Da considerare, generalmente come prima indagine, l'ECOGRAFIA che è in grado di discriminare i diversi tessuti specie nel caso di lesioni dei tessuti molli (ad es. nella patologia della cuffia dei rotatori della spalla)*

*La TC non indicata in: Mieloma, Malattie ossee metaboliche, osteomalacia, Artropatia, esordio, Artropatia, follow-up, Dolore alla spalla, Dolore protesico. Impingement della spalla, Instabilità della spalla, Lesione della cuffia dei rotatori etc..*

**2.TC osteoarticolari senza e con MDC (Patologia oncologica - Sospetto Oncologico)**

*I codici delle prestazioni del DM attualmente in vigore sono:*

**Cod 88.38.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO**

TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]

**cod 88.38.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO**

TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache Non associabile a Tomografia computerizzata (TC) dell'arto inferiore (88.38.6)

**cod 88.38.7 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO**

TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]

**Patologia-Sospetto Oncologica/o**

**Patologia oncologica:**

Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami RX o RM o scintigrafico in:

§ Tumore primitivo noto

§ Metastasi scheletriche

§ Tumori dei tessuti molli o possibile recidiva con calcificazioni (TC ha una maggiore sensibilità per le calcificazioni).

§ Alternativa alla RM per definizione dell'anatomia ossea nei tumori primitivi (indispensabile hardware e software di ricostruzione)

**Sospetto oncologico:**

Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami RX o RM o scintigrafico. (la TC può mostrare meglio i dettagli di lesioni ossee circoscritte ad un tratto limitato o a più livelli ma localizzati sulla base di sospetto clinico o radiologico/scintigrafico/RM).

Sospetto clinico di osteoma osteoide.

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:**

§ Il Paziente è portatore di Patologia Neoplastica

§ Sussistono almeno 4 dei seguenti fattori di "sospetto oncologico":

- Anamnesi positiva per tumore

- Perdita di peso

- Età < 18 e > 50 anni

- Mancato miglioramento della sintomatologia dopo 4-6 settimane di terapia

- Dolore ingravescente

- Dolore continuo, anche a riposo e durante la notte

§ E' stata precedentemente eseguita, con esito positivo o dubbio, indagine Rx e/o RM

-----  
-----  
**NOTE:**

*In questi casi vi è scarsa indicazione qualora sia presente materiale protesico (artroprotesi, chiodi, placche e viti): va valutato caso per caso da parte del Radiologo.*

*Nella Patologia oncologica spesso il 1° approccio più adeguato è rappresentato dalla RM la quale documenta meglio recidive neoplastiche e/o il possibile coinvolgimento dei tessuti molli adiacenti.*

*Da considerare, come prima indagine, l'ECOGRAFIA che è in grado di discriminare i diversi tessuti specie nel caso di lesioni dei tessuti molli*

### **3.Tc del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC**

Il codice della prestazione del DM attualmente in vigore è:

**cod 88.38.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO**

TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale

Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3

**Sospetta infezione - complicanza post-chirurgica:**

- § Non indicato l’Rx
- § Salvo il caso in cui il Paziente abbia controindicazioni è preferibile la RM (senza e con MDC) alla TC; la RM a differenza della TC è in grado di valutare il midollo spinale/sacco durale lombare ed i tessuti molli paravertebrali.
- § La TC può completare l’iter diagnostico una volta eseguita la RM, per meglio definire l’interessamento/estensione osseo/a vertebrale.
- § Se il Paziente è stato recentemente sottoposto ad intervento chirurgico (nel tratto per cui è richiesto l’esame), vi sono problemi dell’evoluzione post-chirurgica o il sospetto di complicanze discali e/o vertebrali
- § Qualora il Paziente presenti dolore ingravescente, continuo, anche a riposo e con persistenza notturna oppure in presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:**

- § E’ presente una o più delle condizioni sopradescritte
- § L’esame radiologico, gli esami di laboratorio e/o l’obiettività clinica pongono il dubbio di infezione con necessità di valutarne, oltre alla presenza o meno, l’estensione
- § Il Paziente è stato sottoposto a recente intervento chirurgico
- § Il Paziente presenta dolore di recente insorgenza con le seguenti caratteristiche: ingravescente, continuo, presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne
- § Il Paziente presenta, oltre alla sintomatologia dolorosa con le caratteristiche sopra descritte, febbre, recente infezione batterica, è in terapia immunosoppressive o è HIV positivo

§ Il Paziente presenta, oltre al dolore, rigidità deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore

**Patologia oncologica:**

§ Non indicato l’Rx

§ Sono esclusi i Paziente che presentano controindicazioni alla RM per i quali è previsto necessariamente l’impiego della TC

§ La TC è indicata nello studio della patologia oncologica (certa o sospetta, primitiva o secondaria) vertebrale (senza ed eventualmente anche dopo MDC) mentre è poco indicata nello studio dell’eventuale coinvolgimento midollare dove è preferibile la RM.

§ La TC è indicata quando lo studio coinvolge una lesione neoplastica che dal collo, torace, addome si estende alla colonna vertebrale (o viceversa)

§ La RM a differenza della TC è in grado di valutare il midollo spinale/sacco durale lombare ed i tessuti molli paravertebrali.

§ La TC integra l’iter diagnostico dopo lo studio RM, per meglio definire l’interessamento osseo vertebrale.

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:**

§ Il Paziente è portatore di patologia oncologica certa o sospetta, primitiva o secondaria, della colonna vertebrale

§ Si intende valutare l’estensione ossea/midollare della patologia oncologica nota

§ Il Paziente presenta:

- dolore di recente insorgenza, ingravescente, continuo
- dolore presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne
- deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore
- sciatica iperalgica (dolore insopportabile e resistente agli oppioidi)
- deficit motorio improvviso o progressivo
- dolore recente violento e/o ingravescente
- deficit neurologici (sfinteriali) anche in assenza di dolore

Per quanto riguarda le RM osteoarticolari, premesso che la RM ha scarsa indicazione qualora sia presente materiale protesico (artroprotesi, chiodi, placche e viti), il ricorso a tale metodica d'indagine va valutato caso per caso da parte del Radiologo. Le indicazioni riguardano:

#### **4. RM osteoarticolari senza MDC (Patologia traumatica acuta e Post chirurgica)**

*Il codice della prestazione del DM attualmente in vigore è:*

##### **cod 88.94.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA**

RM di spalla e braccio [spalla, braccio]

RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]

RM di polso e mano [polso, mano]

RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore].

RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba].

RM di caviglia e piede [caviglia, piede].

Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare.

##### **Patologia traumatica acuta**

##### **IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:**

§ È stata diagnosticata una lussazione scapolo-omerale traumatica acuta documentata con esame Rx

§ Il Paziente soffre di lussazione scapolo-omerale abituale

§ Esiste il sospetto clinico di lesione della cuffia dei rotatori, lesioni muscolari, lesioni osteocondrali/osteonecrotiche post-traumatiche, instabilità carpale, lesioni legamentose/fibrocartilaginee, lesioni capsulari/tendinee con precedenti Rx ed Ecografia negativi o dubbi

§ Il Paziente è candidato ad intervento chirurgico

##### **Arto SUPERIORE**

##### **RM DELLA SPALLA**

Indicata dopo lussazione scapolo-omerale traumatica acuta accertata con esame RX ed in presenza di lussazione scapolo-omerale abituale.

Indicata nel caso di sospetto clinico di lesione della cuffia in paziente giovane o pre-operatorio o con ecografia ed RX negativa o dubbia e persistenza della sintomatologia. Valuta prevalentemente i danni tendinei e capsulari .



Indicata anche **artro-RM con MDC intrarticolare** da eseguire con le specifiche indicazioni previste per la lussazione scapolo omerale abituale, non è invece indicata nella lussazione scapolo omerale traumatica; l'esame potrà essere eseguito in elezione, previa valutazione specialistica.

#### **RM DEL BRACCIO**

#### **RM DELL'AVAMBRACCIO**

Indicata nel caso di sospetto coinvolgimento di strutture nervose, muscolari o tendinee con esame ecografico negativo o dubbio.

#### **RM DEL GOMITO**

Indicata nel caso di lesioni osteocondrali post-traumatiche con esame Rx dubbio e nelle lussazioni. Non indicata nelle lesioni epicondilarie.

#### **RM DEL POLSO**

#### **RM DELLA MANO**

Indicata nel caso di sospetta osteonecrosi post-traumatica con esame RX dubbio o negativo e nel caso di instabilità carpale per la valutazione di lesioni legamentose intra-articolari e della fibrocartilagine triangolare, nel caso di sospette lesioni capsulari e tendinee con esame Ecografico negativo o dubbio.

### **BACINO + Arto INFERIORE:**

#### **RM DEL BACINO**

#### **RM DELL'ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE MONO E/O BILATERALE**

Indicata solo dopo Rx e TC nel sospetto coinvolgimento di strutture nervose, muscolari e/o tendinee e della capsula articolare.

Indicata nel caso di dolore persistente con Rx e TC negativi.

Valutazione precoce rispetto all'Rx di osteonecrosi asettica post-traumatica della testa femorale.

Indicata anche **artro-RM con MDC intrarticolare**

#### **RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)**

#### **RM DELLA GAMBA**

Indicata nel caso di dolore persistente con Ecografia negativa o dubbia.

indicata nel caso di sospetto coinvolgimento di strutture nervose, muscolari o tendinee

### **RM DEL GINOCCHIO**

Indicata solo dopo Rx.

Indicata nel caso di sospette lesioni legamentose , dolore persistente associato o meno a blocco dei movimenti (valutazione dei menischi articolari) e come valutazione preliminare all'artroscopia.

Indicata anche artro-RM con MDC intrarticolare

### **RM DELLA CAVIGLIA**

Indicata nel caso di lesione osteocondrale post-traumatica dubbia all'Rx.

In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed Ecografia negativa o dubbia.

Indicata anche artro-RM con MDC intrarticolare

### **RM DEL PIEDE**

Indicata in presenza di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa e/o tendinea

-----  
-----  
**NOTE:**

*l'artro RM nel nomenclatore tariffario regionale si compone di due prestazioni  
RM Muscoloscheletrica (cod. 88.94.1) + Artrografia con contrasto (Cod. 88.32)*

### **Post-chirurgica**

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:**

§ Il Paziente è stato recentemente sottoposto ad intervento chirurgico (del "distretto" per cui è richiesto l'esame)

§ Vi sono problemi dell'evoluzione post-chirurgica o il sospetto di complicanze muscolo-tendinee

### **Arto SUPERIORE:**

#### **RM DELLA SPALLA**

#### **RM DEL BRACCIO**

#### **RM DELL'AVAMBRACCIO**

#### **RM DEL GOMITO**

#### **RM DEL POLSO**

#### **RM DELLA MANO**

Indicata solo dopo ecografia. Migliore valutazione dell'evoluzione e di eventuali complicanze dei tessuti muscolo-tendinei.

## BACINO + Arto INFERIORE:

### **RM DEL BACINO**

### **RM DELL'ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE MONO E/O BILATERALE**

Indicata solo dopo Rx e/o TC e su richiesta specialistica.

Migliore valutazione delle eventuali complicanze a carico dei parenchimi pelvici

### **RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)**

### **RM DELLA GAMBA**

Indicata solo dopo ecografia.

Migliore valutazione delle eventuali complicanze.

### **RM DEL GINOCCHIO**

### **RM DELLA CAVIGLIA**

### **RM DEL PIEDE**

Indicata solo dopo Rx e/o TC e su richiesta specialistica

Migliore valutazione dell'evoluzione/ed eventuali complicanze.

Migliore valutazione delle protesi legamentose (non metalliche) e delle eventuali complicanze.

## Sospetta Infiammazione/Infezione

### IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:

- § Esiste il sospetto di malattia artritica sia clinico che basato su test di laboratorio probanti
- § Esiste il sospetto clinico di malattia artritica e sono state eseguite Rx con esito negativo ed Ecografia con esito positivo
- § Non è stata eseguita una RM negli ultimi 3 mesi ed il quadro clinico-laboratoristico permane suggestivo per patologia artritica (nel caso di esame di controllo)

## Arto SUPERIORE, BACINO e Arto INFERIORE:

### **RM DELLA SPALLA**

### **RM DEL BRACCIO**

### **RM DELL'AVAMBRACCIO**

### **RM DEL GOMITO**

### **RM DEL POLSO**

### **RM DELLA MANO**

**RM DEL BACINO**

**RM DELL'ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE MONO E/O BILATERALE**

**RM DEL GINOCCHIO**

**RM DELLA CAVIGLIA**

**RM DEL PIEDE**

Indicata solo dopo Rx negativa, Ecografia positiva e test di laboratorio probanti per malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis).

Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico - laboratoristico.

**RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)**

**RM DELLA GAMBA**

Indicata solo dopo Rx e/o Ecografia nel sospetto clinico e/o Laboratoristico di processo flogistico (Osteomielite).

**5.RM osteoarticolari senza e con MDC (Patologia - Sospetto Oncologica/o)**

Il codice della prestazione del DM attualmente in vigore è:

**cod 88.94.2 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO**

RM di spalla e braccio [spalla, braccio]

RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio]

RM di polso e mano [polso, mano]

RM di bacino

**Patologia-Sospetto Oncologica/o**

Nella Patologia oncologica spesso il 1° approccio più adeguato è rappresentato dalla RM la quale meglio documenta le recidive neoplastiche e/o il possibile coinvolgimento dei tessuti molli adiacenti.

Tuttavia va sempre considerata, come prima indagine, l'ECOGRAFIA che consente di discriminare i diversi tessuti specie nel caso di lesioni dei tessuti molli.

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI SEGMENTI SCHELETRICI, DEVE INDICARE SE:**

§ Il Paziente è portatore di Patologia Neoplastica

§ Sussistono almeno 4 dei seguenti fattori di "sospetto oncologico":

- Anamnesi positiva per tumore

- Perdita di peso

- Età < 18 e > 50 anni

- Mancato miglioramento della sintomatologia dopo 4-6 settimane di terapia

- Dolore ingravescente

- Dolore continuo, anche a riposo e durante la notte

§ E' stata precedentemente eseguita, con esito positivo o dubbio, indagine Rx e/o TC

**Arto SUPERIORE, BACINO e Arto INFERIORE:**

**RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC**

**RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC**

**RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC**

**RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC**

**RM DEL POLSO SENZA E CON MDC**

**RM DELLA MANO SENZA E CON MDC**

**RM DEL BACINO SENZA E CON MDC**

*RM DELL'ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC*

*RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE) SENZA E CON MDC*

*RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC*

*RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC*

*RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC*

*RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC*

**Patologia oncologica:**

Indagine di scelta per la stadiazione locale di neoplasia accertata.

**Sospetto oncologico:**

Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari, tendinee, delle parti molli e del midollo osseo.

## **6.Rm del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC**

Il codice della prestazione del DM attualmente in vigore è:

<b><u>cod 88.93.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO</u></b>
--

Cervicale, toracica, lombosacrale

### **Sospetta infezione - complicanza post-chirurgica:**

§ La RM è più indicata della TC poiché in grado di valutare il midollo spinale, il sacco durale, i tessuti molli paravertebrali e l'eventuale interessamento radicolare

§ Non indicato l'Rx

§ La RM è indicata qualora il Paziente sia stato recentemente sottoposto ad intervento chirurgico (nel tratto per cui è richiesto l'esame) e vi siano problemi dell'evoluzione post-chirurgica o il sospetto clinico-laboratoristico di complicanze discali /disco-vertebrali

<b><u>IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:</u></b>
--

§ E' presente almeno una delle condizioni sopradescritte

§ L'esame TC, gli esami di laboratorio e/o l'obiettività clinica pongono il dubbio di infezione con necessità di valutarne, oltre alla presenza o meno, l'estensione midollare/vertebrale

§ Il Paziente è stato sottoposto a recente intervento chirurgico

§ Il Paziente presenta:

- dolore di recente insorgenza, inaggravante, continuo, presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne
- oltre alla sintomatologia dolorosa con le caratteristiche sopra descritte, febbre, recente infezione batterica, è in terapia immunosoppressive o è HIV positivo
- oltre al dolore, deficit motori o sensitivi degli arti o rigidità piramidale degli stessi anche in assenza di dolore
- deficit neurologici sfinteriali

### **Patologia oncologica:**

§ Poco indicata la TC e non indicato l'Rx

§ La RM è indicata nello studio della patologia oncologica midollare (certa o sospetta, primitiva o secondaria) e dell'eventuale coinvolgimento radicolare, vertebrale e dei tessuti molli paravertebrali.

§ La RM, grazie alla multiplanarietà ed all'elevata sensibilità al rilievo del danno midollare osseo sin dalle fasi molto precoci, può integrare o sostituire il percorso diagnostico della TC per definire l'estensione/interessamento tumorale a livello del midollo spinale ma anche delle vertebre e delle strutture paravertebrali

**IL MEDICO PRESCRITTORE, PER I DIVERSI TRATTI VERTEBRALI, DEVE INDICARE SE:**

§ Il Paziente è portatore di patologia oncologica (certa o sospetta, primitiva o secondaria) della colonna vertebrale

§ L'obiettivo è quello di valutare l'estensione ossea/midollare della patologia oncologica nota

§ Il Paziente presenta:

- dolore violento di recente insorgenza, ingravescente, continuo
- dolore presente anche a riposo e persiste durante le ore notturne
- deficit motori o sensitivi degli arti o rigidità piramidale degli arti anche in assenza di dolore
- sciatica iperalgica (dolore insopportabile e resistente agli oppioidi)
- deficit motorio improvviso o progressivo
- deficit neurologici (sfinteriali) anche in assenza di dolore



Per la ricerca delle prove dei vari livelli di appropriatezza sono state utilizzate le seguenti fonti:

- § Sistema Nazionale Linee Guida. Manuale metodologico per la redazione e disseminazione delle linee guida basate sulle prove di efficacia: [http://www.snlg-iss.it/PNLG/doc/Manuale\\_PNLG.pdf](http://www.snlg-iss.it/PNLG/doc/Manuale_PNLG.pdf)
- § Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa 2006-2008. (Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 28/3/2006).
- § D.Lgs 187/2000 Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche
- § Accordo Conferenza Stato-Regioni 11/7/2002 (tempi massimi, priorità, monitoraggio)
- § Accordo Conferenza Stato-Regioni 28/10/2004 (Linee guida per la diagnostica per immagini)
- § ICSI - Institute for Clinical System Improvement, Health Care Guideline, 2001, USA
- § NICE - National Institute for Clinical Excellence, GB
- § NHS - Centre for Reviews and Dissemination. The University of York, GB
- § NGC - National Guideline Clearinghouse, USA
- § AHRQ (già AHCPH) - Agency for Healthcare Research and Quality, 1994, USA
- § Cochrane Review, GB
- § RCGP - Royal College of General Practitioners, 1999, GB
- § Clinical Evidence - BMJ 2000, 2002
- § ACR - American College of Radiology, 2000, USA
- § NZGG - New Zealand Guideline Group, 1997, Nuova Zelanda
- § CeVEAS - Centro per la valutazione della efficacia dell'assistenza sanitaria, 2000, Italia
- § GSS - Gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali: revisioni dalla letteratura internazionale, Italia
- § Negrini S, Sibilla P. Linee guida nel trattamento della lombalgia. Volume 1 1996.
- § GSS - Gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali
- § Negrini S, Sibilla P. Linee guida nel trattamento della lombalgia. Volume 2 1997.

- § GSS - Gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali
- § ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000, Francia
- § ASR ER- Agenzia sanitaria regione Emilia Romagna, 2000, Italia
- § SBU - The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2000, Svezia
- § Making the best use of clinical radiology services. Referral guidelines. The Royal College of Radiologists. London. Sixth edition 2007
- § ACR Appropriateness Criteria. October 2008 version
- § Medline sugli argomenti specifici
- § Delibera Regione Lazio 423 del 14-07-2006
- § Regione Toscana, Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie. Linea guida, ottobre 2005.
- § 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
- § Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Eng J Med 2001; 344 (5): 363-70.
- § F. G. Shellock and J. V. Crues MR Procedures: Biologic Effects, Safety, and Patient Care Radiology, September 1, 2004; 232(3): 635 - 652.
- § Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guides of the medical literature. JAMA 1994; 271:703 - 707
- § Kanal, A. J. Barkovich, C. Bell, J. P. Borgstede, W. G. Bradley Jr., J. W. Froelich, T. Gilk, J. R. Gimbel, J. Gosbee, E. Kuhni-Kaminski, et al. ACR Guidance Document for Safe MR Practices: 2007 Am. J. Roentgenol., June 1, 2007; 188(6): 1447 - 1474.
- § Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN, Mazanec DJ, Benzel EC. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. Radiology. 2005 Nov;237(2):597-604.
- § Modic MT, Ross JS. Lumbar degenerative disk disease. Radiology. 2007 Oct;245(1):43-61. Review.

Considerate anche le "Linee Guida per la Diagnostica per Immagini" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (28/10/2004-Atto rep.n.2113)

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/576

data 24/04/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

---

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

---

Il Responsabile del Servizio  
Segreteria e AA.GG. della Giunta  
Affari Generali della Presidenza  
Pari Opportunita'