

# DECRETI ASSESSORIALI

## ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 4 agosto 2014.

**Appropriatezza del percorso diagnostico in radiologia e in medicina nucleare.**

IL DIRIGENTE GENERALE  
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE  
PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

Visto lo Statuto della Regione;  
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Visto il decreto assessoriale 28 gennaio 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 10 dell'1 marzo 2002 "Linee guida per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali afferenti la branca di radiologia ed integrazioni alle linee guida per l'erogazione delle prestazioni specialistiche afferenti la branca di cardiologia";

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Visto il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'art. 15, comma 15;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, del 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, supplemento ordinario n. 8, con il quale vengono determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed in particolare gli articoli 3 e 5 e l'allegato 3;

Visto il decreto assessoriale n. 924 del 14 maggio 2013, con il quale sono state adottate, con decorrenza 1 giugno 2013, le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 23 del 28 gennaio 2013, supplemento ordinario n. 8;

Visto il decreto assessoriale n. 2428 del 17 dicembre 2013, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 27 dicembre 2013 relativo a "indicazioni per l'erogazione di prestazioni di radioterapia, medicina nucleare, TAC e RMN", con il quale si prevede obbligatoriamente una valutazione del paziente prima della esecuzione di alcune prestazioni che presentano margini di rischio per la sicurezza del paziente e che comprenda anche la valutazione dell'appropriatezza della prestazione medesima ed in particolare l'articolo 3 relativo alla verifica dell'appropriatezza ed eventuale addebito alle strutture del valore delle prestazioni eventualmente giudicate inappropriate;

Visto il decreto assessoriale n. 619 del 14 aprile 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 18 aprile 2014 relativo a modifica ed aggiornamento del decreto n. 2428 del 17 dicembre 2013 "Indicazioni per l'erogazione di prestazioni di radioterapia, medicina nucleare, TAC e RMN";

Considerato che era necessario istituire apposito tavolo tecnico con esperti della materia per definire percorsi diagnostico-terapeutici finalizzati al raggiungimento di livelli di appropriatezza uniformi su tutto il territorio regionale per le aree di radiologia e medicina nucleare;

Viste le note prot. n. 1945 del 9 gennaio 2014, prot. n. 5467 del 21 gennaio 2014 e n. 17942 del 26 febbraio 2014, con le quali il dirigente generale del Dipartimento pianificazione strategica ha istituito il tavolo tecnico per la definizione dei protocolli PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici) finalizzati al raggiungimento di livelli di appropriatezza uniformi su tutto il territorio regionale - area di radiologia;

Visti gli esiti del tavolo tecnico che hanno dato luogo alla predisposizione ed approvazione dei seguenti documenti:

A) appropriatezza del percorso diagnostico in radiologia e in medicina nucleare;

B) modulo consulenza di diagnostica per immagini per prestazione inappropriata;

C) percorso suggerito per la prescrizione e l'erogazione appropriata di prestazioni ambulatoriali di medicina nucleare, TAC e RMN;

Vista la nota assessoriale prot. area interdip. 4/n. 58076 del 18 luglio 2014 relativa alla richiesta alla SIRM (Società italiana di radiologia) del nulla osta per l'utilizzo delle indicazioni riportate nella loro pubblicazione dal titolo "dal sintomo alla diagnosi: suggerimenti per l'utilizzo della diagnostica per immagini" emanata nel mese di maggio 2014 ed il relativo riscontro positivo da parte della SIRM di cui alla nota del 28 luglio 2014 prot. n. SIRM-MI-OUT/384/2014/CM/cn.;

Decreta:

Art. 1

È adottato nella Regione siciliana il documento "Appropriatezza del percorso diagnostico in radiologia e in medicina nucleare" di cui all'allegato A, che fa parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Le indicazioni contenute nell'allegato devono essere utilizzate dai medici prescrittori, dagli erogatori e dai controllori; eventuali scelte diverse dalle indicazioni riportate nell'allegato, anche come sequenza di richiesta e/o esecuzione degli esami, devono essere opportunamente documentate e giustificate.

Art. 3

Nel caso in cui lo specialista della branca ritiene di non erogare la prestazione o di sostituirla con altra prestazione alternativa ha l'obbligo di compilare il modulo Consulenza di diagnostica per immagini per prestazione inappropriata, di cui all'allegato B.

Art. 4

L'allegato C riporta il percorso suggerito per la prescrizione e l'erogazione appropriata di prestazioni ambulatoriali di medicina nucleare, TAC e RMN.

Art. 5

Il presente decreto viene trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale di questo Assessorato ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione ed alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la relativa pubblicazione.

Palermo, 4 agosto 2014.

SAMMARTANO

## Allegato A

## APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO DIAGNOSTICO IN RADIOLOGIA E IN MEDICINA NUCLEARE

I decreti dell'Assessore regionale per la salute della Regione siciliana del 17 dicembre 2013 e del 14 aprile 2014 hanno regolato le modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali di medicina nucleare, tomografia assiale computerizzata e risonanza magnetica nucleare da parte delle strutture pubbliche e private della Regione siciliana, stabilendo:

“Articolo 1: Prima dell'erogazione delle prestazioni di radioterapia, medicina nucleare, TAC con e senza mezzo di contrasto e RMN con e senza mezzo di contrasto lo specialista della branca corrispondente ha l'obbligo di valutare il quadro clinico del paziente con riguardo agli eventuali rischi ed alle eventuali controindicazioni per il paziente e di verificare l'appropriatezza della prestazione.

Articolo 2: Nel caso in cui lo specialista della branca corrispondente alle prestazioni di cui al precedente art. 1, una volta effettuata la predetta valutazione, ritenga inappropriata la prestazione diagnostica e/o terapeutica e, conseguentemente, non la esegua, sarà riconosciuta per ogni utente, all'interno del budget di ogni singola struttura, la prestazione identificata con codice 8903 ridefinita con il presente decreto in 'Anamnesi e valutazione definite complessive, compresa la valutazione dell'appropriatezza'. Qualora, invece, le predette prestazioni siano erogate, la prestazione 8903 si intende remunerata nell'ambito della valorizzazione della relativa prestazione diagnostica e/o terapeutica.

Articolo 3: Ai fini della corretta applicazione di quanto previsto ai precedenti articoli 1 e 2 del presente provvedimento, le Aziende sanitarie provinciali, nell'ambito della loro attività di controllo, verificheranno l'appropriatezza delle prestazioni erogate, e addebiteranno alle strutture il valore delle prestazioni eventualmente giudicate inappropriata.”

Al fine di dare attuazione univoca e omogenea ai predetti decreti, con specifico riferimento alla prescrizione, alla valutazione di appropriatezza e allo svolgimento dei controlli, il dirigente generale del Dipartimento ha costituito un apposito tavolo tecnico.

I componenti del tavolo tecnico, utilizzando le raccomandazioni contenute nel documento “Dal sintomo alla diagnosi: suggerimenti per l'utilizzo della diagnostica per immagini”, presentato nel mese di maggio del 2014 dalla Società italiana di radiologia medica (SIRM), hanno approvato un documento finale con un elenco di criteri di appropriatezza per le prestazioni di diagnostica radiologica (TAC e RMN con e senza mezzo di contrasto) e di medicina nucleare.

Il documento elaborato dalla SIRM, utilizzato come fonte primaria da parte dei componenti del tavolo tecnico, contiene una serie di “suggerimenti” derivanti dall'analisi delle più recenti evidenze scientifiche sull'utilizzazione appropriata delle metodiche diagnostiche di medicina nucleare e di radiologia, effettuata da autorevoli comunità di professionisti di tutti i Paesi del mondo e integrata da valutazioni sui rischi legati all'esposizione alle radiazioni ionizzanti e i benefici derivanti dalle informazioni diagnostiche ottenute.

I suggerimenti sono raggruppati in tabelle contenenti le prestazioni diagnostiche ritenute appropriate per ciascuno dei problemi clinici e/o dei sintomi presentati dalle persone assistite. Le tabelle sono ordinate con riferimento ai diversi distretti anatomici e ai diversi apparati interessati, elencati nell'indice iniziale.

L'elenco dei criteri di appropriatezza predisposto dal tavolo tecnico regionale riproduce fedelmente l'impostazione del documento della SIRM. Per rendere univoca e omogenea l'utilizzazione di tale elenco da parte dei medici prescrittori, dei medici erogatori e del personale di controllo del S.S.R., sono state definite le seguenti specifiche modalità di utilizzazione:

1. Ciascuna tabella contiene cinque colonne.
2. La prima colonna riporta la successione appropriata delle prestazioni diagnostiche finalizzate all'accertamento e all'approfondimento di ciascuno dei problemi clinici e/o sintomi. Tale colonna comprende, per qualcuno dei problemi clinici e/o sintomi, anche prestazioni diverse da quelle di medicina nucleare, TAC e RMN, evidenziando in tal modo l'approccio integrato, clinico e strumentale, utilizzato dalla SIRM nella redazione dei “suggerimenti”.
3. La seconda colonna contiene la denominazione della prestazione che viene suggerita, con la specifica indicazione del distretto corporeo da sottoporre ad indagine.
4. La terza colonna contiene una valutazione di appropriatezza, espresso nei gradi 3, 2, 1 e 0 (che corrispondono in maniera semplificata ad “alta”, “media”, “scarsa” e “nessuna” appropriatezza). Questa valutazione riassume in sé il potenziale di sensibilità e specificità di ciascuna metodica d'indagine e la sua facilità/velocità/disponibilità d'esecuzione.
5. La quarta colonna contiene un breve commento, cioè una descrizione sintetica delle motivazioni per cui si effettua l'indagine in questione e informazioni aggiuntive sulle tecniche e sulle possibilità diagnostiche.
6. La quinta colonna riporta la dose di radiazioni somministrata. Sebbene le caratteristiche dell'esposizione siano un elemento essenziale nell'elaborare un giudizio di appropriatezza, la SIRM ha ritenuto opportuno evidenziare la dose somministrata in una colonna specifica per sottolineare l'importanza del potenziale impatto delle radiazioni ionizzanti (raggi X, gamma, alfa, beta), espresso come dose efficace in mSv (nei gradi crescenti 0, 1, 2, 3, 4, 5), che tiene in conto il differente impatto tra popolazione adulta e popolazione pediatrica (Adulto: 0 = 0 mSv, 1 = < 0,1 mSv, 2 = 0,1-1 mSv, 3 = 1-10 mSv, 4 = 10-30 mSv, 5 = 30-100 mSv; Bambino: 0 = 0 mSv, 1 = < 0,03 mSv, 2 = 0,03-0,3 mSv, 3 = 0,3-3 mSv, 4 = 3-10 mSv, 5 = 10-30 mSv).
7. Il medico prescrittore, il medico erogatore e il controllore aziendale terranno conto, nello svolgimento delle rispettive funzioni, dell'ordine con cui le prestazioni di medicina nucleare, TAC e RMN sono elencate nelle tabelle che seguono, per ciascuno dei problemi clinici e/o dei sintomi presentati dalle persone assistite (espresso dal numero riportato nella prima colonna di ciascuna tabella).
8. La prescrizione e l'erogazione di prestazioni contrassegnate con numeri superiori all'1 dovranno quindi essere considerate appropriate solo in presenza di evidenza documentata della preliminare effettuazione di ciascuna delle prestazioni contrassegnate con numeri inferiori.

## Criteri di appropriatezza delle prestazioni di diagnostica per immagini

## Distretti anatomici e apparati:

1. Sistema nervoso.
2. Rachide.
3. Collo.
4. Apparato respiratorio.
5. Apparato cardiovascolare.
6. Senologia.
7. Apparato gastro-intestinale.
8. Apparato urinario e genitale maschile.
9. Apparato genitale femminile.
10. Apparato osteo-muscolare.

## 1. Problemi clinici e/o sintomi afferenti al Sistema nervoso

- 1.1. Deficit neurologici acuti e cefalea acuta (sospetto TIA, ictus, ESA)
- 1.2. Deficit neurologici associati o meno a cefalea/febbre (sospette lesioni espansive/malattie demielinizzanti/infezioni)
- 1.3. Crisi di grande male o piccolo male insorta all'improvviso (anche in pazienti con lesioni espansive note)
- 1.4. Demenza, disturbi della memoria, primo episodio di psicosi
- 1.5. Disturbi visivi, lesioni orbitarie, corpi estranei
- 1.6. Disfunzioni endocrino/metaboliche, alterazioni della prolattinemia (sospette alterazioni ipofisarie o della regione iuxtassellare)
- 1.7. Ipoacusia, vertigini, acufeni, sordità neurosensoriale
- 1.8. Cefalea primaria (cronica o acuta ricorrente) refrattaria alla terapia
- 1.9. Cefalea attribuita a trauma recente
- 1.10. Cefalea e dolore alle strutture dello splancnocranio (sospetta sinusopatia/processi espansivi)

## 1.1. Deficit neurologici acuti e cefalea acuta (sospetto TIA, ictus, ESA)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata del cranio	3	La TC cerebrale senza mezzo di contrasto è indicata in urgenza per la diagnosi di ictus ischemico e emorragico e altre patologie non cerebrovascolari e per l'identificazione di eventuali segni precoci di sofferenza ischemica encefalica, eventualmente completata dall'Angio-TC.	2
2	Risonanza magnetica del cranio	2	Indicata nei centri attrezzati qualora persista il sospetto clinico di patologia ischemica in caso di TC non dirimente.	0
3	Angiografia cerebrale	1	Utilizzata in caso di indicazione a trattamento endovascolare.	3
4	Eco-color-Doppler vasi sovraortici	1	Non indicata di routine. Eco-color-Doppler dei tronchi sovra-aortici utile per escludere dissezione carotidea o vertebrale.	0

## 1.2. Deficit neurologici associati o meno a cefalea/febbre (sospette lesioni espansive/malattie demielinizzanti/infezioni)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del cranio	3	Sensibilità maggiore rispetto a tutte le altre metodiche (gold standard). Indagine più accurata per la diagnosi e il bilancio di estensione di varie patologie (tumori, malattie infiammatorie, focolai di cerebriti...). Da eseguire con mdc in caso di positività all'esame di base. Necessaria anche nel follow-up.	0
2	Tomografia computerizzata del cranio	2	Utilizzata per valutare le complicanze della patologia infettiva; migliore della RM nella valutazione del coinvolgimento osseo.	2

## 1.3. Crisi di grande male o piccolo male insorta all'improvviso (anche in pazienti con lesioni espansive note)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del cranio	3	Indispensabile per la diagnosi di alterazioni parenchimali ed eventuali processi espansivi. Utile nel monitoraggio della malattia e nei controlli post-operatori. Esecuzione di tecniche adeguate con studi dedicati.	0
2	Tomografia computerizzata del cranio	1	Indicata dopo eventuale trauma e/o complementare alla RM per caratterizzazione di eventuali calcificazioni.	2
3	Medicina nucleare	2	La SPECT durante la crisi (aumenta notevolmente la possibilità di localizzare il focus) o la PET nel periodo intercritico, utili nella pianificazione della chirurgia della epilessia se la RM è negativa o discordante con EEG o con le evidenze neurofisiologiche. Utili anche i traccianti del flusso ematico cerebrale.	3

## 1.4. Demenza, disturbi della memoria, primo episodio di psicosi

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Medicina nucleare	3	PET e SPECT forniscono dati funzionali. Studi sul flusso vascolare cerebrale possono consentire di differenziare la malattia di Alzheimer con altre forme di demenza.	3
2	Risonanza magnetica del cranio	3	Ai fini di diagnosi differenziale, permette di valutare l'ippocampo, e di identificare la demenza vascolare.	0

COPIA TRATTATA DAL SISTEMA AUTOMATIZZATO PER LA VALIDAZIONE  
NON VALIDA PER IL CONFERIMENTO

## 1.5. Disturbi visivi, lesioni orbitarie, corpi estranei

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del cranio	3	Indicata nel caso di disturbi visivi, nel sospetto di lesioni del chiasma ottico e quando si voglia evitare dose radiante al cristallino. Controindicata nel caso di corpi estranei ferromagnetici.	0
2	Tomografia computerizzata del cranio	3	Fornisce migliori dettagli anatomici, in particolare delle strutture ossee (per es. dotto naso-lacrimale). Molto indicata nel trauma orbitario associato a frattura del massiccio facciale. Nel caso di frattura blow-out va eseguita solo se è previsto un intervento chirurgico. Indicata nel sospetto di corpo estraneo non identificato radiologicamente, in presenza di corpi estranei multipli, nel caso di corpo estraneo intraoculare già dimostrato.	2
3	Radiografia convenzionale	0/1	Con occhi in movimento conferma la posizione intraoculare di un corpo estraneo; necessaria prima di RM per escluderne la presenza (in proiezione laterale). Non indicata per i disturbi visivi.	1

## 1.6. Disfunzioni endocrino/metaboliche, alterazioni della prolattinemia (sospette alterazioni ipofisarie o della regione iustasellare)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del cranio	3	Metodica migliore per lo studio del distretto ipofisario. Nel caso di riduzione/perdita del visus può essere richiesto un ricovero urgente. La dimostrazione di microadenomi necessita studio con mdc.	0
2	Tomografia computerizzata del cranio	1	Indicata solo quando non sia possibile eseguire la RM.	2
3	Angiografia	1	Utilizzata raramente, solo in casi selezionati.	4

## 1.7. Ipoacusia, vertigini, acufeni, sordità neurosensoriale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del cranio	3	Necessaria in tutti i disturbi uditivi ad origine centrale; con mdc.	0
2	Tomografia computerizzata del cranio	2	Indicata per ipoacusia di trasmissione e ai fini di posizionamento di impianto cocleare.	2
3	Radiografia convenzionale	1	Nel follow-up per controllo posizionamento di impianto cocleare.	1

## 1.8. Cefalea primaria (cronica o acuta ricorrente) refrattaria alla terapia

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del cranio	3	Non giustificata routinariamente, ma da effettuarsi in pazienti con sintomi neurologici (aura), con clinica dubbia o in evoluzione e con fattori di rischio aggiuntivi (familiarità per MAV).	0
2	Tomografia computerizzata del cranio	2	Indicata qualora sia controindicata l'esecuzione di una RM.	2
3	Angiografia cerebrale	1	Indicata solo per RM dubbia o positiva per patologia vascolare (es. MAV)	4

## 1.9. Cefalea attribuita a trauma recente

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata del cranio	3	Indicata, senza mdc, per lo studio del parenchima cerebrale e delle strutture scheletriche distrettuali.	2
2	Risonanza magnetica del cranio	2	Da effettuarsi in pazienti con dolore persistente, sintomi neurologici e con fattori di rischio aggiuntivi (familiarità per MAV).	0

## 1.10. Cefalea e dolore alle strutture dello splancnocranio (sospetta sinusopatia/processi espansivi)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata del massiccio facciale	3	Molto indicata, da informazioni insostituibili circa l'anatomia ostiale. Gold standard nella patologia flogistica dei seni paranasali, dell'orecchio medio e interno. Indicata quando la terapia medica non dà risultati, quando ci sono complicazioni o si sospetta una patologia maligna.	2
2	Risonanza magnetica del cranio	2	Esame di seconda istanza; indicata nella valutazione dei processi espansivi retrorbitari, delle alterazioni a carico dei nervi cranici, dell'ATM.	0

2. **Problemi clinici e/o sintomi afferenti al Rachide**

- 2.1. Disturbi sensitivo/motori mono-oligometamerici acuti e cronici (sospette mielopatie)  
 2.2. Dolore cervicale senza trauma, brachialgia, alterazioni degenerative  
 2.3. Dolore al rachide dorsale e lombare senza trauma alterazioni degenerative

## 2.1. Disturbi sensitivo/motori mono-oligometamerici (sospette mielopatie), acuti e cronici

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del rachide	3	Indagine migliore per la valutazione del midollo spinale, valutarne eventuale compressione, evidenziare alterazioni ischemiche e processi espansivi.	0
2	Tomografia computerizzata del rachide	2	Indicata qualora si richieda una migliore valutazione della struttura ossea.	2
3	Medicina nucleare - scintigrafia	1	Indicata nel caso di metastasi scheletriche e ostema osteoide.	4

## 2.2. Dolore cervicale senza trauma, brachialgia, alterazioni degenerative

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del rachide	3	Indagine di prima istanza quando è presente cervico-brachialgia e/o in presenza di sintomi neurologici.	0
2	Tomografia computerizzata del rachide	2	Può essere talora necessaria per fornire ulteriori informazioni sulla componente scheletrica e quando la RM non sia disponibile o risultati non eseguibile.	2

N.B.: L'esame radiografico tradizionale non è indicato in quanto le alterazioni degenerative disco-somatiche che vengono evidenziate in tutti i pazienti a partire dalla mezza età non hanno un rapporto specifico con la sintomatologia.

## 2.3. Dolore al rachide dorsale e lombare senza trauma, alterazioni degenerative

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica del rachide	3	Indagine di prima istanza quando è presente dolore resistente alla terapia.	0
2	Tomografia computerizzata del rachide	2	Può essere talora necessaria per fornire ulteriori informazioni sulla componente scheletrica e quando la RM non sia disponibile o risultati non eseguibile.	2
3	Radiografia convenzionale	1	Prendere in considerazione l'esame in urgenza in pazienti anziani con dolore improvviso nel sospetto di crollo vertebrale; raramente utile in assenza di sintomi neurologici, nel sospetto di metastasi o infezioni.	1

COPIA TRATTATA  
NON VALIDA

**3. Problemi clinici e/o sintomi afferenti alla regione del Collo**

- 3.1. Tumefazioni del collo (comprese sospette patologie tiroidee)  
 3.2. Oro-faringodinia/disfonia, dopo valutazione clinica specialistica

**3.1. Tumefazioni del collo**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia del collo	3	Individua l'origine anatomica delle tumefazioni (ghiandole salivari, tiroidee e paratiroidi, linfonodi, cisti), ed è utile nella stadiazione delle linfadenomegalie.	0
2	Tomografia computerizzata del collo	3	Necessaria per la diagnosi e la valutazione dei processi espansivi e nel follow-up dopo trattamento chirurgico/farmacologico.	2
3	Risonanza magnetica del collo	3	Indicata in casi selezionati per la caratterizzazione di processi espansivi, come approfondimento della stadiazione locale e nel follow-up.	3

**3.2. Oro-faringodinia/disfonia, dopo valutazione clinica specialistica**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata del collo	3	Esame di prima istanza per la valutazione dei tessuti e delle strutture profonde del collo.	2
2	Risonanza magnetica del collo	3	Esame di seconda istanza, utile per approfondimento della stadiazione locale.	0

**4. Problemi clinici e/o sintomi afferenti all'Apparato respiratorio**

- 4.1. Dolore toracico persistente, anche puntorio (con o senza febbre)  
 4.2. Dolore toracico in trauma/politrauma  
 4.3. Dispnea acuta  
 4.4. Dispnea in paziente con patologie croniche delle vie respiratorie  
 4.5. Tosse persistente senza febbre, e sintomi faringei/tracheali  
 4.6. Tosse persistente con febbre (con eventuale dolore toracico)  
 4.7. Tosse persistente in paziente senza febbre o con febbre (fumatore)  
 4.8. Emottisi

**4.1. Dolore toracico persistente, anche puntorio (con o senza febbre)**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	3	Possibilità di identificare piccole quantità di versamento pleurico.	2
2	Tomografia computerizzata del torace	3	Utile nell'identificazione e caratterizzazione di versamenti pleurici e alterazioni parenchimali dubbie o complesse, non risolte dall'Rx del torace.	3A 4B
3	Ecografia del torace	1	Sospetto versamento pleurico con RX torace non diagnostico (utile in reparti di rianimazione e subintensiva).	0

**4.2. Dolore toracico in trauma/politrauma**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata del torace	3	Mette in evidenza alterazioni quali contusioni polmonari, emorragie e lesioni dei grandi vasi, pneumotorace.	3A 4B
2	Radiografia del torace	1	Evidenziare una frattura costale non modifica il trattamento del paziente. Può tuttavia escludere una frattura scomposta potenzialmente pericolosa.	2

**4.3. Dispnea acuta**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	3	Esame di prima istanza. Può mettere in evidenza alterazioni che causano desaturazione (processi flogistici, atelettasie, pneumotorace).	1
2	Tomografia computerizzata del torace	3	Necessaria quando Rx torace non dirimente.	3A 4B

## 4.4. Dispnea in paziente con patologie croniche delle vie respiratorie

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	2	Utile solo in presenza di variazioni sintomatologiche acute o in pazienti a rischio. Scarsa utilità nel follow-up.	2
2	Tomografia computerizzata del torace	3	Se RX torace non spiega la sintomatologia per valutare la gravità delle alterazioni interstiziali o escludere altra patologia (neoplasie, embolia...).	3A 4B

## 4.5. Tosse persistente senza febbre, e sintomi faringei/tracheali

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	1	Non vi è documentata evidenza dell'utilità della radiografia del torace nel modificare il trattamento delle vie aeree superiori.	2

## 4.6. Tosse persistente con febbre (con eventuale dolore toracico)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	3	Può essere dirimente per instaurare una terapia risolutiva in pazienti con sintomi respiratori e/o febbre. la maggior parte dei pazienti con polmonite mostrano una risoluzione del quadro radio-grafico entro 4 settimane ma questa può essere prolungata negli anziani, nei fumatori, nei pazienti con patologia cronica delle vie aeree.	2
2	Tomografia computerizzata del torace	3	Utile nei casi complessi in cui l'Rx non chiarisce le possibili eziologie e in caso di complicanze (esempio infarti polmonari e versamenti massivi).	3A 4B
3	Ecografia del torace	3	In ambito pediatrico, prima della TC.	0

## 4.7. Tosse persistente in paziente senza febbre o con febbre (fumatore)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	2	Può mettere in evidenza processi eteroformativi (scarsa sensibilità negli stadi iniziali) e grossolane alterazioni interstiziali.	2
2	Tomografia computerizzata del torace	3	La TC ad alta risoluzione può essere positiva pur in presenza di RX torace negativo. Essenziale nella stadiazione locale pre-chirurgica e nella definizione di patologia interstiziale.	3A 4B

## 4.8. Emottisi

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia del torace	3	Tutti i pazienti con emottisi devono eseguire un Rx torace.	2
2	Tomografia computerizzata del torace	3	Se l' Rx torace è negativo e l'emottisi è importante, in assenza di episodi infettivi polmonari, necessario il ricorso ad esami di II livello: TC + broncoscopia andrebbero eseguite in tutti i pazienti con emottisi; la TC può evidenziare lesioni non visualizzate con Rx o broncoscopia.	3A 4B

5. **Problemi clinici e/o sintomi afferenti all'Apparato cardio-vascolare**

- 5.1. Dolore toracico acuto (sospetta ischemia miocardica)
- 5.2. Angina instabile
- 5.3. Dolore toracico acuto (sospetta dissezione/rottura/fissurazione)
- 5.4. Dispnea in sospetta embolia polmonare
- 5.5. Dolore toracico persistente, sospetta pericardite/versamento pericardico
- 5.6. Sospetta patologia del miocardio

## 5.1. Dolore toracico acuto (sospetta ischemia miocardica)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Angiografia coronarica	3	Gold standard per la visualizzazione delle arterie coronarie. Presupposto indispensabile prima di procedere a trattamenti endovascolari.	3
2	Ecografia cardiaca	3	Valuta la contrattilità e cinetica del VS, le valvole e complicanze come ad esempio la rottura miocardica. Può essere utilizzata in controlli successivi e ravvicinati soprattutto se si sospetta un peggioramento delle condizioni emodinamiche.	0
3	Tomografia computerizzata coronarie	2	Utile nei casi con probabilità medio-bassa di IMA anche per triple rule-out; da eseguire con cardiosincronizzazione.	3
4	Medicina nucleare (Scintigrafia/PET)	2	Utile nei casi con probabilità medio-bassa di cardiopatia ischemica.	2
5	Risonanza magnetica cardiaca	2	Indicata se coronarografia negativa nel sospetto di miocardite.	0
6	Radiografia del torace	1	Valuta il circolo e la distribuzione della vascolarizzazione polmonare; inoltre stima le dimensioni del cuore e può escludere altre cause responsabili della sintomatologia dolorosa.	1

## 5.2. Angina instabile

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Angiografia coronarica	3	Gold standard per la visualizzazione delle arterie coronarie. Può individuare stenosi significative trattabili per via endovascolare.	3
2	Risonanza magnetica cardiaca	3	Valutà la vitalità miocardica e le aree miocardiche con ischemia inducibile.	0
3	Tomografia computerizzata coronarie	2	Utile nei casi con probabilità medio-bassa di IMA anche per triple rule-out; da eseguire con cardiosincronizzazione.	3

## 5.3. Dolore toracico acuto (sospetta dissezione/rottura/fissurazione)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata torace-addome	3	Metodica più accurata per la valutazione dell'aorta, l'individuazione di rotture e stravasi ematici, e lo studio del lume e l'eventuale coinvolgimento dei vasi emergenti toracici e addominali.	3
2	Ecografia cardiaca (transtoracica/transesofagea)	2	Utile nella valutazione per eventuale dissezione/fissurazione o ulcere parietali.	0
3	Risonanza magnetica	1	Non utilità in acuto. Utile nella valutazione e nel follow-up delle patologie aortiche croniche.	3

## 5.4. Dispnea in sospetta embolia polmonare

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata torace	3	Metodica più accurata per l'individuazione emboli nei vasi polmonari e nelle principali diramazioni.	3
2	Medicina nucleare (Scintigrafia ventilatoria/perfusionale)	2	Diagnostica in pazienti senza BPCO o addensamenti parenchimali RX dimostrati. Una scintigrafia V:P normale esclude un'embolia polmonare clinicamente significativa.	3
3	Ecografia arti inferiori	2	Indicata nella valutazione della trombosi venosa profonda.	0

N.B.: La radiografia del torace può documentare segni diretti e indiretti di embolia polmonare, con scarsa sensibilità, pertanto non è adeguata per una diagnosi di certezza.



## 5.5. Dolore toracico persistente, sospetta pericardite/versamento pericardico

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia cardiaca	3	Utile nella valutazione di versamenti o concomitante patologia, nella valutazione dell'entità del versamento e come guida per eventuale pericardiocentesi. Utile nel follow-up.	0
2	Risonanza magnetica cardiaca	2	Esame di secondo livello qualora esame ecografico non dirimente o per valutazione complicanze (es. miocardite).	0
3	Radiografia del torace	1	Può rilevare segni indicativi. Utile se possibilità di confronto con esami precedenti recenti.	2

## 5.6. Sospetta malattia del miocardio

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia cardiaca	3	Esame di prima istanza, utile nella valutazione della morfologia del miocardio, della sua contrattilità e cinetica e delle caratteristiche parietali. Utile nel follow-up.	0
2	Risonanza magnetica cardiaca	2	Esame di secondo livello qualora esame ecografico non dirimente o per valutazione complicanze (es. miocardite).	0
3	Radiografia del torace	1	Può rilevare segni indicativi. Utile se possibilità di confronto con esami precedenti recenti.	2

## 6. Problemi clinici e/o sintomi afferenti alla Mammella

- 6.1. Donna asintomatica con età < 40 anni
- 6.2. Donna asintomatica a rischio (a partire dai 25 anni)
- 6.3. Donna asintomatica con età > 40 anni
- 6.4. Donna sintomatica: nodulo palpabile, retrazione cutanea o del capezzolo, modificazioni di forma/simmetria...
- 6.5. Donna sintomatica: processo infiammatorio mammario
- 6.6. Donna sintomatica: mammella secernente
- 6.7. Donna con protesi (mastoplastica additiva) asintomatica
- 6.8. Donna con protesi (mastoplastica additiva) sintomatica
- 6.9. Donna operata per carcinoma mammario, invasivo o in situ, asintomatica
- 6.10. Donna operata per carcinoma mammario, invasivo o in situ, sintomatica

## 6.1. Donna asintomatica con età &lt; 40 anni

Non c'è nessuna indicazione ad esami strumentali.

## 6.2. Donna asintomatica a rischio (a partire dai 25 anni) - Donna con rischio eredo-familiare (lifetime &gt; 20%) o con pregresso trattamento radioterapico toracico

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia mammelle	3	A completamento di risonanza magnetica dubbia/sospetta (second look). A completamento di mammografia in caso di mammelle con densità ACR III-IV o di dubbio/sospetto.	0
2	Mammografia	3	Nel rischio eredo-familiare: solo dopo 35 anni se la RM è negativa può essere omessa o limitata alla sola proiezione obliqua. Nel rischio da pregresso trattamento radioterapico toracico: va eseguita anche in caso di RM negativa.	0
3	Risonanza magnetica mammelle	1	Annuale.	2
4	Visita senologica	1	A completamento nei casi positivi all'imaging.	2

## 6.3. Donna asintomatica con età &gt; 40 anni

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Mammografia	3	Annuale se < 50 anni Biennale se > 50 anni	1
2	Ecografia mammelle	3	A completamento della mammografia in caso di immagini dubbie/sospette o di mammelle con densità ACR III-IV.	0
3	Visita senologica	1	A completamento nei casi positivi all'imaging.	0

## 6.4. Donna sintomatica: nodulo palpabile, retrazione cutanea o del capezzolo, modificazioni di forma/simmetria...

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Visita senologica	3	Indispensabile per chiarire sede e carattere del sintomo.	0
2	Mammografia	3	Sempre dopo i 40 anni, se l'ultima mammografia è anteriore di sei mesi o più nei casi non risolti all'ecografia.	1
3	Ecografia mammelle	3	Analisi del referto clinico ed eventuale guida alla biopsia.	0
4	Risonanza magnetica mammelle	3	Nei rari casi di dubbio all'imaging mammo-ecografico non risolvibili con agobiopsia. Staging in caso di malignità secondo raccomandazioni EUSOMA, previa decisione multidisciplinare.	0
4	Biopsia vuoto assistita con guida stereotassica	3	Nei casi negativi all'ecografia ma dubbi/sospetti alla mammografia (es. micro calcificazioni).	1
4	Biopsia con guida risonanza magnetica mammelle	3	In caso sospetto alla sola RM.	0

## 6.5. Donna sintomatica: processo infiammatorio mammario

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Visita senologica	3	Necessaria per verificare la condizione clinica.	0
2	Mammografia	3	Sempre dopo i 40 anni.	1
3	Ecografia mammelle	3	Per verificare eventuali raccolte e monitorarle per valutare lo stato linfonodale.	0
4	Risonanza magnetica mammelle	3	In caso di mancata risoluzione dopo terapia medica e di persistente incertezza diagnostica tra mastite e carcinoma infiammatorio.	0

## 6.6. Donna sintomatica: mammella secernente

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Mammografia	3	Dopo i 40 anni, la ricerca di lesione causa della secrezione sospetta.	1
2	Dutto-galattografia	3	È indicata nel caso di secrezione sospetta con mammografia ed ecografia negative e a loro completamento per valutare l'estensione del quadro (es. papillomi multipli).	1
3	Visita senologica	3	Verifica del tipo di secrezione e, se indicato, secrezione ematica o trasparente mono-orifiziale, striscio del secreto ed esame citologico.	0
4	Ecografia mammelle	3	Sempre, alla ricerca di lesione causa della secrezione sospetta.	0
5	Risonanza magnetica mammelle	3	Indicata nel caso di secrezione sospetta con mammografie ed ecografia negative o sospette; se positiva può rendere superfluo l'esecuzione della duttogalattografia.	0

## 6.7. Donna sintomatica: malattia di Paget

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Visita senologica	3	Analisi del referto clinico e, se indicata, punch biopsy.	0
2	Mammografia	3	Dopo i 40 anni, per escludere presenza di neoplasia mammaria.	1
3	Ecografia mammelle	3	Sempre, per escludere presenza di neoplasia mammaria.	0
4	Risonanza magnetica mammelle	3	Indicata se mammografia e ecografia negative.	0

## 6.8. Donna con protesi (mastoplastica additiva) asintomatica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Visita senologica	2	Può rilevare noduli palpabili.	0
2	Mammografia	3	Annuale, dopo i 40 anni con retroposizionamento dell'impianto.	1
3	Ecografia mammelle	3	Sempre dopo i 40 anni a completamento della mammografia.	0
4	Risonanza magnetica mammelle	3	In caso di sospetta rottura protetica, di complicanze e dubbio/sospetto di lesione ghiandolare all'ecografia (se agobiopsia non eseguibile o non dirimente).	0

## 6.9. Donna con protesi (mastoplastica additiva) sintomatica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Visita senologica	2	Può rilevare noduli palpabili.	0
2	Mammografia	3	Annuale, dopo i 40 anni con retroposizionamento dell'impianto.	1
3	Ecografia mammelle	3	Sempre dopo i 40 anni a completamento della mammografia.	0
4	Risonanza magnetica mammelle	3	In caso di sospetta rottura protetica, di complicanze e dubbio/sospetto di lesione ghiandolare all'ecografia (se agobiopsia non eseguibile o non dirimente).	0

## 6.10. Donna operata di carcinoma mammario, invasivo o in situ, sintomatica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Visita senologica	2	Può rilevare noduli palpabili.	0
2	Mammografia	3	Annuale, dopo i 40 anni con retroposizionamento dell'impianto.	1
3	Ecografia mammelle	3	Sempre dopo i 40 anni a completamento della mammografia.	0
4	Risonanza magnetica mammelle	3	In caso di sospetta rottura protetica, di complicanze e dubbio/sospetto di lesione ghiandolare all'ecografia (se agobiopsia non eseguibile o non dirimente).	0

COPIA TRATTA DAL SITTO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA  
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

**7. Problemi clinici e/o sintomi afferenti all'Apparato gastro-intestinale**

- 7.1. Disfagia  
 7.2. Reflusso gastro-esofageo, pirosi, sospetta ernia jatale, dispepsia, previa valutazione strumentale e/o endoscopica  
 7.3. Disturbi in recente chirurgia del tratto gastrointestinale superiore - ricerca di fistole  
 7.4. Dolore all'addome superiore con o senza ittero sospetto per affezioni biliari (es. calcolosi, dolore post-colecistectomia)  
 7.5. Dolori addominali acuti, gravi, di tipo colico  
 7.6. Dolori addominali irradiati posteriormente, con alterazioni laboratoristiche, sospetta pancreatite acuta  
 7.7. Dolore addominale acuto da sospetta perforazione intestinale  
 7.8. Dolore addominale acuto, alterazioni dell'alvo, sovra distensione addominale - sospetta occlusione intestinale  
 7.9. Dolore addominale acuto in fossa iliaca destra - sospetta appendicite  
 7.10. Iperpiressia di origine sconosciuta, algie addominali, sospetto di sepsi ad origine addominale  
 7.11. Malassorbimento, diarrea e sindromi carenziali  
 7.12. Ematemesi acuta, dolore retro sternale - sospetta perforazione esofagea  
 7.13. Emorragia acuta gastrointestinale: ematemesi/melena  
 7.14. Anemia, sangue occulto fecale, sospetta emorragia intestinale cronica o ricorrente, previa valutazione endoscopica  
 7.15. Dolore addominale acuto, alterazioni dell'alvo - sospetta occlusione dell'intestino tenue  
 7.16. Dolore addominale acuto, stipsi/chiusura dell'alvo - sospetta occlusione del colon  
 7.17. Dolore addominale ricorrente, stipsi - sospetta occlusione cronica dell'intestino tenue  
 7.18. Dolori addominali ricorrenti con alterazioni dell'alvo, sangue nelle feci, mucorrea - sospetta patologia infiammatoria intestinale (es. m. di Crohn)  
 7.19. Dolore addominale acuto/ricorrente, alterazioni dell'alvo - sospetta malattia infiammatoria del colon - diverticolite  
 7.20. Follow-up di malattie infiammatorie  
 7.21. Stipsi  
 7.22. Ittero  
 7.23. Febbre, tensione addominale, sospetta complicanza post-operatoria biliare  
 7.24. Dolore addominale, dimagrimento, malassorbimento, diabete, sospetta pancreatite cronica  
 7.25. Massa palpabile addominale  
 7.26. Lesioni epatiche rilevate con ecografia (angioma? metastasi? altro?)  
 7.27. Ricerca di lesioni epatiche secondarie  
 7.28. Ittero nudo, dolore addominale, ascite - sospetta neoplasia del pancreas  
 7.29. Crisi ipoglicemiche - sospetto insulinoma, previa conferma biochimica della possibilità di malattia.  
 7.30. Sangue occulto fecale - sospetta neoplasia del colon (dopo colonscopia o qualora colonscopia non conclusiva)

**7.1. Disfagia**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Video-fluoroscopia della deglutizione ed esofagogramma	3	L'esofagogramma è indispensabile per una valutazione completa. Nell'età pediatrica consente di stabilire la presenza, la natura e l'estensione di una patologia con un singolo esame utilizzando una dose contenuta; da eseguirsi sempre su richiesta specialistica.	3A 4B
2	Medicina nucleare (Studio scintigrafico del tempo di transito esofageo)	3	Indicato come indagine specialistica per la valutazione non invasiva della motilità esofagea in pazienti con sospetto di patologie funzionali esofagee.	3A 4B
3	Tomografia computerizzata del torace	2	Da eseguirsi dopo esami di primo livello (video fluoroscopia della deglutizione ed esofagogramma, endoscopia e/o manometria esofagea). Aiuta nella caratterizzazione morfologica e nella valutazione del bilancio d'estensione dei processi espansivi della regione del faringe e del collo, consentendo una precisa valutazione delle strutture ossee, delle eventuali calcificazioni e dei compartimenti profondi del collo che non possono essere studiati con l'ecografia.	3A 4B
4	Risonanza magnetica Cine RM della deglutizione (disponibile in pochi centri)	2	Stesse indicazioni della TC con m.d.c. per la valutazione dell'anatomia del collo e dell'orofaringe. Di recente introduzione la Cine RM della deglutizione, utile per valutare importanti strutture coinvolte nella deglutizione, consente di avere informazioni anatomiche e funzionali aggiuntive rispetto alla video fluoroscopia. Richiede la completa collaborazione del paziente.	0
5	Ecografia	2	Utile nel sospetto di patologia compressiva delle strutture orofaringee. Utile nei pazienti affetti da stroke scarsamente collaboranti, con tecnica della misurazione dello spessore linguale e della dislocazione dell'osso ioide durante la deglutizione di 5 ml di acqua, che correla direttamente con la gravità della disfagia. Indicata nel sospetto di patologia dell'esofago cervicale in età pediatrica, presso centri specializzati.	0

## 7.2. Reflusso gastro-esofageo, pirosi, sospetta ernia jatale, dispepsia, previa valutazione strumentale e/o endoscopica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	RX prime vie digerenti (esofago, stomaco, duodeno)	2	Rx torace utile nell'identificare opacità retrocardiaca con livello fluido - fluido, patognomica per ernia jatale paraesofagea stabile). È indicato per documentare le dimensioni dell'ernia e per localizzare la giunzione esofago - gastrica, può aiutare nel sospetto di esofago corto. Nel reflusso, l'esofagogramma è indicato solo la terapia medica non da significativi risultati.	3A 4B
2	Medicina nucleare (Studio scintigrafico del tempo di transito esofageo)	2	Può dimostrare ernia jatale, ma non viene utilizzata di routine per la diagnosi. Fornisce informazioni sulla fisiologia dello svuotamento gastrico in pazienti in cui l'anamnesi suggerisca una incompetenza sfinteriale associate a reflusso acuto o cronico. Può essere valida anche quando il reflusso si associa a disfunzioni della motilità esofagea.	3A 4B
3	Tomografia computerizzata del torace-addome	1	Utile in urgenza nel sospetto di complicanze legate ad un'ernia jatale paraesofagea volvolizzata (occlusione, strangolamento), la localizzazione dell'ernia e la valutazione degli organi erniati nel torace. Ruolo poco significativo nella patologia da reflusso.	4A 5B
4	Ecografia (ed eco endoscopia*)	1	Può dimostrare ernia jatale, ma non viene utilizzata di routine per la diagnosi. * Specialistica	0
5	Risonanza magnetica (addome superiore)	1	Esame di secondo livello, può essere utile per la valutazione della giunzione esofago-gastrica e della sua funzionalità. Può coadiuvare per inquadramento delle patologie della giunzione esofago-gastrica. (Questa tipologia di esame dinamico viene eseguita solo in alcuni centri specialistici).	0
6	Medicina nucleare	1	In caso di paziente con pregressa chirurgia del tratto gastrointestinale superiore può essere utile lo studio del tempo di svuotamento gastrico (sospetta dumping syndrome).	0

## 7.3. Disturbi e/o febbre in recente chirurgia del tratto gastrointestinale superiore - ricerca di fistole

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	RX prime vie digerenti (esofago, stomaco, duodeno)	3	Consente spesso l'identificazione del tramite fistoloso.	2
2	Tomografia computerizzata addome	2	In caso di negatività allo studio funzionale con MDC idrosolubile consente di verificare la presenza di eventuali raccolte peri-anastomotiche o endoaddominali.	3
3	Ecografia addome	1	Consente di dimostrare la presenza di raccolte fluide nei recessi addominali, senza tuttavia individuare la sede dell'eventuale fistola.	0

## 7.4. Dolore all'addome superiore sospetto per affezioni biliari (es. calcolosi, dolore post-colecistectomia)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome superiore	3	Indagine di prima istanza, accurata per dimostrare o escludere la presenza di calcoli, la dilatazione dei dotti e i segni di colecistite acuta.	0
2	Tomografia computerizzata addome	2	Esame di secondo livello. Nel sospetto di complicanze di colecistite acuta, nel sospetto di calcoli duttali, nei processi espansivi della colecisti, e nella colecistite alitiasica.	3
3	Risonanza magnetica addome	2	Colangio-RM indicata in caso di sospetta delle vie biliari non confermata con l'ecografia, per malattie duttali complicate (tipo colangiti ricorrenti), in caso di dolore post-colecistectomi, per valutazione pre-ERCP sempre dopo l'ecografia.	0
4	Medicina nucleare (Colecistoscintigrafia)	2	In ostruzione del dotto cistico, nelle anomalie congenite delle vie biliari, nella perdita di bile post-intervento o trauma e colecistite acuta. Ha una miglior specificità e valore predittivo dell'ecografia ma è più indaginosa.	3

## 7.5. Dolori addominali acuti, gravi, di tipo colico

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome	3	Esame di prima istanza. Permette la valutazione degli organi parenchimatosi e dimostra la presenza di peristalsi; criterio di compressibilità dei visceri.	0
2	Tomografia computerizzata addome	3	Alto livello di accuratezza diagnostica. Utile nei casi gravi con ecografia poco significativa.	4
3	Risonanza magnetica addome	3	Migliore accuratezza della TC nei casi di patologia pelvica femminile, delle vie biliari. Indicata come seconda tecnica dopo l'ecografia nei casi di donne gravide.	0
4	Radiografia addome	1	Poco sensibile (30%), in molti casi non ha valore diagnostico. L'uso è giustificabile in casi selezionati, di sospetta occlusione intestinale, perforazione dei visceri, calcolosi urinaria e ricerca di corpi estranei.	2

## 7.6. Dolori addominali, alterazioni laboratoristiche e/o multiorgano, sospetta pancreatite acuta

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome	3 (a) 1 (b)	a) Primo episodio di dolore addominale, enzimi pancreatici elevati, condizioni cliniche stabili: indicata per valutare la presenza di calcoli. b) Gravi dolori addominali, alti livelli enzimatici e condizioni cliniche in rapido peggioramento.	0
2	Tomografia computerizzata addome	3 (a) 2 (b)	a) Con MDC-esame di prima scelta per la valutazione del parenchima ed estensione della malattia da eseguire dopo 48-72 ore dalla comparsa dei sintomi. b) Senza mdc per valutare la presenza di calcificazioni pancreatiche e/o calcoli calcifici all'interno del dotto pancreatico.	3A 4B
3	Risonanza magnetica addome	2 (a) 3 (b)	a) In pz con primo episodio, con dolore addominale, senza febbre o disidratazione all'entrata. Alti enzimi. Esame limitato per i tempi di procedura. Valuta parenchima e vie biliari. b) In pz con grave dolore addominale i cui sintomi peggiorano diventa esame con alta appropriatezza. Valuta parenchima, vie biliari e presenza di coledocolitiasi. * CPRE solo in pazienti con pancreatite biliare e segni di ostruzione biliare).	0

## 7.7. Dolore addominale acuto da sospetta perforazione intestinale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata	3	Esame altamente sensibile e specifico, non invasivo, consente di individuare anche millimetriche perforazioni.	3
2	Radiografia convenzionale addome	2	Esame poco costoso, facilmente disponibile, non consente però di individuare piccole perforazioni (1-2 mm).	2
3	Ecografia addome	1	Può evidenziare al di sotto della parete addominale artefatti ecogeni e riverberi con aspetto a "coda di cometa". Poco sensibile.	0

## 7.8. Dolore addominale acuto, alterazioni dell'alvo, sovra distensione addominale - sospetta occlusione intestinale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata	3	Esame altamente sensibile e specifico, non invasivo, consente di individuare la sede dell'occlusione.	3A 4B
2	Radiografia convenzionale addome	2	Esame poco costoso, facilmente disponibile, consente di valutare eventuali livelli idro aerei se di pertinenza colica o del tenue. Permette la diagnosi differenziale degli ilei.	2
3	Ecografia addome	2	Utile nei bambini per valutare l'eventuale presenza di volvoli o intussuscezione. Utile anche nell'adulto come integrazione alla diretta addome.	0

## 7.9. Dolore addominale acuto in fossa iliaca destra - sospetta appendicite

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	Altamente sensibile nella diagnosi di appendicite sia nell'adulto che nel bambino. Per motivi radioprotezionistici è indicata più spesso come esame di secondo livello, quando l'ecografia risulti negativa o dubbia. Indicata nel caso di appendicite con presentazione atipica (appendice sotto-epatica o retrocecale) o nel sospetto di appendicite perforata. Spesso di prima istanza in pazienti di costituzione robusta, difficilmente esplorabili con l'ecografia.	3A 4B
2	Risonanza magnetica addome	3	Indicata in donne gravide con una clinica sospetta per appendicite qualora l'ecografia risulti negativa o dubbia.	0
3	Ecografia addome	3	Metodica di primo livello, specialmente nel paziente pediatrico e in adolescenti di sesso femminile in cui il dolore al quadrante addominale inferiore destro o pelvico può essere simulato da una patologia del tratto urogenitale, facilmente diagnosticabile con tale metodica.	0
4	Radiografia convenzionale addome	1	Può evidenziare per lo più la presenza di coproliti o di ostruzione ileale secondaria con evidenza di livelli idro-aerei.	2

## 7.10. Iperpiressia di origine sconosciuta, algie addominali, sospetto di sepsi ad origine addominale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	È l'esame migliore soprattutto per la valutazione del retroperitoneo, ed in pazienti che per costituzione o condizioni cliniche precarie sono mal valutabili con l'ecografia. Utile anche come guida per drenaggi percutanei di ascessi e raccolte.	3
2	Risonanza magnetica addome	3	Stesse informazioni della TC con il vantaggio che non espone a radiazioni ionizzanti. Svantaggi: artefatti da movimento per tempi di esecuzione relativamente.	0
3	Ecografia addome	2	Spesso di prima istanza, specie in pazienti con segni e sintomi localizzati al quadrante superiore destro, logge renali, spazi sub-frenici o pelvici in cui può confermare la presenza di versamenti. Particolarmente indicata in pazienti di terapia intensiva troppo instabili per consentirne il trasporto al di fuori del reparto.	0
4	Medicina nucleare	2	La PET/TC con FDG è integrativa e/o di secondo livello rispetto all'ecografica e alla TC in pazienti con febbre di origine sconosciuta. Grazie all'elevata sensibilità, individua foci patologici causa di FUO che in fasi molto precoci all'eco o TC possono non essere rilevabili.	3

## 7.11. Malassorbimento, diarrea e sindromi carenziali

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica Entero-RM	3	Permette la valutazione degli organi parenchimosi (Nel sospetto di malattia pancreatica utile RM con stimolo secretinico). Sospetto di malattia infiammatoria del tenue, si preferisce alla entero-TC poiché in genere pazienti giovani.	0
2	Tomografia computerizzata e Entero-TC	3	Se non possibile RM. Sospetto Crohn.	3
3	Ecografia addome	2	Valutazione organi parenchimosi ed anse intestinali.	0
4	Clisma del colon doppio contrasto	2	Eseguito per studiare porzioni del tenue e del colon non esplorabili con le altre metodiche.	3

## 7.12. Ematemesi acuta, dolore retro sternale - sospetta perforazione esofagea

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia torace	3	Mostra nel 60% dei casi pneumomediastino. Possibile enfisema sottocutaneo.	2
2	Radiografia esofago con MDC	3	Esofagogramma con gastrografin mostra il possibile spandimento di MDC, può essere negativo in caso di perforazione cervicale.	3
3	Tomografia computerizzata	3	Mostra le complicanze della perforazione: pneumomediastino, mediastinite, coinvolgimento pleurico.	3

## 7.13. Emorragia acuta gastrointestinale: ematemesi/melena

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	Esame di prima scelta se endoscopia negativa (Entero-TC sanguinamenti occulti del piccolo intestino).	3
2	Angiografia	2-3	Da eseguire dopo la TAC se individuata la sede del sanguinamento per eseguire embolizzazione. Se TC negativa può consentire la rilevazione della fonte del sanguinamento e l'eventuale trattamento.	3
3	Ecografia addome	1	Utile per eventuale ricerca di segni di epatopatia cronica.	0

## 7.14. Anemia, sangue occulto fecale, sospetta emorragia intestinale cronica o ricorrente, previa valutazione endoscopica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	TC con mdc (Entero-CT/Colon-CT): per dimostrare possibili cause di sanguinamento.	3
2	Medicina nucleare (Studio scintigrafico)	3	Studio con GR marcati con <sup>99</sup> Tc per identificare emorragie piccole e/o intermittenti; indagine di II livello quando l'endoscopia non riesce a identificare l'origine del sanguinamento. Scintigrafia per diverticolo di Meckel (pz pediatrici).	4
3	Angiografia	3	Indagine di II livello indicata nell'angiodisplasia; ha valenza sia diagnostica (consentendo spesso la localizzazione del sanguinamento) che terapeutica (possibilità di embolizzazione superselettiva).	3
4	Risonanza magnetica addome	2	RM con o senza mdc ed Entero-RM; indagine di seconda scelta rispetto alle precedenti. Non in fase acuta.	0
5	Radiografia. Clisma del tenue	1	Permette di evidenziare possibili cause di sanguinamento (malattie infiammatorie, neoplasie), ma raramente identifica la sede di emorragia e raramente riconosce l'angiodisplasia (ormai desueto).	0
6	Radiografia. Clisma del colon a doppio contrasto	1	Diventa esame di primo livello rispetto alla TC nel caso di colonscopia incompleta.	2

## 7.15. Dolore addominale - sospetta occlusione dell'intestino tenue

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	Esame più indicato in seconda istanza in quanto altamente sensibile e specifico.	3
2	Radiografia convenzionale addome	2-3	In passato è stato l'esame più indicato in prima istanza. La sua sensibilità è circa 70% e la specificità di circa 60%.	2
3	Medicina nucleare	1-2	TC/PET con FDG può essere utile per studiare la presenza di linfomi, sarcomi, carcinoidi e metastasi linfonodali.	3
4	Ecografia delle anse intestinali	1	Può essere utile per differenziare tra ileo paralitico e ostruzione meccanica. L'integrazione Rx + Eco può evitare l'esame TC.	0

## 7.16. Dolore addominale acuto, stipsi/chiusura dell'alvo - sospetta occlusione del colon

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia convenzionale addome	3	Rx diretta addome per confermare ostruzione e identificare la sede (in anziani è da preferire Low Dose TC (LDCT)).	2
2	Tomografia computerizzata addome	3	Identifica sede e chiarisce cause dell'occlusione, utile anche senza MDC. (Soprattutto nei giovani si raccomanda LDCT).	3A 4B
3	Ecografia addome	2	Escludere altre cause (pelvi - donne in età fertile: appendicite).	0



## 7.17. Dolore addominale ricorrente, stipsi – sospetta occlusione cronica dell'intestino tenue

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata e Entero-TC	3	Indagini maggiormente indicate.	4
2	Risonanza magnetica addome ed Entero-RM	3	Utile in pz. gravide o in allergici a MDC iodato.	0
3	Radiografia convenzionale addome	3	Riveste ancora un ruolo importante soprattutto nei controlli.	2
4	Clisma del tenue	2	Esame oggi poco usato in quanto invasivo; oggi sostituito da entero-TC.	3
5	Ecografia anse intestinali	2	Studia gli aspetti parieto-valvolari e la motilità delle anse.	0
6	Medicina nucleare	1	DTC/PET con FDG: non appropriato come esame di 1° livello. È utile per caratterizzare eventuali neoplasie evidenziate alla TAC o alla RM (linfomi, sarcomi, carcinoidi e metastasi linfonodali).	3

## 7.18. Dolori addominali ricorrenti con alterazioni dell'alvo, sangue nelle feci, mucorrea - sospetta patologia infiammatoria intestinale (es. m. di Crohn)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome e Entero-TC	3	Esame altamente sensibile e specifico, non invasivo, consente di valutare anche le complicanze (es. ascessi).	4
2	Risonanza magnetica addome ed Entero-RM	3	Esame promettente soprattutto nei giovani (non espone a radiazioni ionizzanti) può essere eseguito anche senza mdc (Utile in pz. gravide o in allergici a MDC iodato).	0
3	Clisma del tenue a doppio contrasto	2	Esame appropriato ma oggi poco usato in quanto invasivo e lungo; preferibile entero-TC o entero-RM. Necessario nello studio di lesioni iniziali superficiali.	3
4	Ecografia anse intestinali	2	Esame di prima istanza nell'adulto e nel bambino.	0
5	Ecografia con MDC	2	Follow-up e studio attività di malattia.	0
6	Medicina nucleare	1	Utile per caratterizzare eventuali neoplasie evidenziate alla TAC o alla RM (linfomi, sarcomi, carcinoidi, e metastasi linfonodali).	3

## 7.19. Dolore addominale acuto/ricorrente, alterazioni dell'alvo - sospetta malattia infiammatoria del colon - diverticolite

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Clisma-TC del colon	3	Con MDC identifica anse colpite e lesioni peri-coliche. * Si raccomanda implementazione uso Low Dose TC (LDCT).	4
2	Risonanza magnetica pelvi	3	Entero-RM studia anche le anse del piccolo intestino, metodica di prima scelta in sospetto m. di Crohn (Insorgenza in giovane età).	0
3	Ecografia addome	3	Nei bambini e giovani adulti con clinica fortemente sospetta per m. di Crohn si raccomanda come prima indagine.	0

## 7.20. Follow-up malattie infiammatorie

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica addome	3	Identifica le lesioni murali, periviscerali e a distanza, monitorizza risposta a trattamento.	0
2	Ecografia addome	3	Da eseguire sempre prima di RM in bambini e adolescenti con m. di Crohn-in questa fascia di età può essere sufficiente come unico monitoraggio.	0
3	Radiografia convenzionale addome	3	Studia il megacolon-tossico e relativo follow-up.	1
4	Clisma del colon a doppio contrasto	3	Studia i processi riparativi delle MICI (malattie infiammatorie croniche intestinali).	3
6	Tomografia computerizzata addome	2	Identifica le lesioni murali, periviscerali e a distanza (sensibilità minore di RM per il piccolo intestino).	3

## 7.21. Stipsi

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Defeco - Radiografia con contrasto	3	Esame di riferimento per lo studio della defecazione ostruita consentendo l'esplorazione morfologica e funzionale dell'ano-retto. Indicata ai fini di stabilire un trattamento soprattutto se deve essere presa in considerazione la chirurgia.	3
2	Risonanza magnetica addome	3	Specialmente indicata nelle pazienti di sesso femminile in età fertile. Indagine di scelta nell'inquadramento diagnostico pre e post operatorio della defecazione ostruita. Consente di valutare contemporaneamente non solo le alterazioni del complesso sfinterico ano-rettale ma anche eventuali alterazioni della vescica (prolasso) e/o dell'utero nonché l'enterocele senza alcuna opacizzazione preliminare. Limiti: sottostima le dimensioni del rettocele; insorgenza di crisi claustrofobiche in pazienti predisposti; pace maker o impianti corporei metallici in genere.	0
3	Tempi di transito colico	2-3	Esame di prima linea in pazienti con stipsi cronica di natura funzionale (nei quali cioè sia stata esclusa con Colon-TC o colonscopia una ostruzione). Strumento più semplice ed utile per distinguere fra transito rallentato distrettuale, globale e ostruzione distale. Non è in grado di differenziare tra i sottotipi di stipsi.	3
4	Ecografia addome	2	L'ecografia endovaginale è raccomandata come alternativa alla defeco-rx o RM quando occorre valutare le strutture ed i movimenti dello hiatus urogenitale, in pz con patologia multipla neuromuscolare suggestiva per sindrome del perineo discendente o di prolasso pelvico.	
5	Radiografia convenzionale	1	Comunemente metodica di imaging iniziale, può valutare la presenza e l'estensione di un'eventuale fecaloma in pazienti geriatrici e psichiatrici.	2

## 7.22. Ittero

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome - ECO-endscopia	3 1	Indagine di prima scelta nel sospetto di ostruzione a livello dei dotti biliari comuni e principali (sensibilità del 30%), specie nel sospetto di ostruzione biliare benigna. Conferma la presenza di dilatazione delle vie biliari e la presenza di calcoli. Appropriata per diagnosi, stadiazione e terapia nello studio di massa papillare e peri-papillare.	0
2	Tomografia computerizzata addome	3 (a) 1 (b)	a) Con MDC: valida soprattutto nel sospetto di ostruzione biliare maligna e nel sospetto di colangite e pancreatite, per valutarne le complicanze. Chiarisce la causa, definisce il livello di ostruzione e stadia la malattia (più sensibile e specifica dell'ecografia). b) Senza MDC: per valutare la presenza di calcoli calcifici e nel sospetto di litiasi della via biliare principale.	3 3
3	Risonanza magnetica addome	3	RM addome e Colangio-RM: indicata soprattutto per l'ittero da ostruzione biliare benigna (Ha un'alta sensibilità nello studio della litiasi dei dotti biliari fino ad un diametro di 6 mm). Indicata anche per l'ittero da ostruzione maligna in quanto ne chiarisce l'eziologia, definisce il livello di ostruzione, stadia la malattia e consente di programmare l'intervento.	0

## 7.23. Febbre, tensione addominale, sospetta complicanza post-operatoria biliare

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica addome	3	Studio morfologico dettagliato vie biliari (colangio-RM) e eventuali lesioni e/o raccolte, di cui ne definisce la natura con maggior precisione. Talvolta associata a mdc ev. epatospecifico che esalta il segnale delle vie biliari. Ostacolata da versamenti liquidi copiosi (ascite).	0
2	Tomografia computerizzata addome	2	Più idonea rispetto all'ecografia per chiarire la natura di eventuali raccolte intra o periepatiche (bilomi, ascessi, ematomi, ascite).	3
3	Ecografia addome	2	Metodica di prima istanza. Utile per valutare liquido libero e/o raccolte ma non specifica (difficile distinzione tra fluido di altra origine: es. ascite, ematomi, ascessi).	0

N.B: Se presente sondino posizionato nelle vie biliari in corso di intervento chirurgico, l'iniezione di contrasto attraverso di esso rappresenta la metodica più idonea.

## 7.24. Dolore, dimagrimento, malassorbimento, diabete, sospetta pancreatite cronica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	Fasi iniziali utile solo per escludere neoplasie. Nella fase conclamata utile per caratterizzare malattia, chiarire eziologia e identificare complicanze. In tale fase valuta ev riduzioni volumetriche pancreas, identifica calcificazioni nel wirsung e nei dotti di secondo ordine, ectasie duttali (da stenosi infiammatoria, da neoplasie a lenta crescita), alterazioni morfologiche (pancreas divisum, distrofia della parete duodenale). Utile nella diagnosi differenziale con lesioni neoplastiche focali e complicanze della PC (cisti da ritenzione del wirsung e complicanze vascolari come trombosi venosa e pseudoaneurismi).	4
2	Risonanza magnetica addome	3	Utile per confermare malattia in fase iniziale (colangio-wirsunografia con RM) per studio morfologia dotto di Wirsung (sostituendo l'ERCP). Se associata inoltre ad infusione di secretina, che stimola pancreas esocrino, oltre ad informazioni morfologiche più dettagliate (ostruzioni, dilatazioni, contorni irregolari, pseudocisti, difetti di riempimento) fornisce informazioni funzionali valutando riserva esocrina pancreas. Nella fase conclamata valore diagnostico sovrapponibile a TC (anche se meno adatta per calcificazioni). Maggior dettagli anatomici rispetto alla TC nell'eziologia della PC (pancreas divisum o Santorini dominante).	0
3	Ecografia addome	3	Metodica di prima istanza. Utile per evidenziare patologia neoplastica o biliare (calcolosi), per alterazioni volumetriche pancreas e eventuali calcificazioni e/o ectasie duttali (anche se limitata dalle dimensioni). Inficiata da fattori come struttura fisica paziente, meteorismo.	0
4	Ecografia con MDC	2	Utilizzata soprattutto per lo studio della parete duodenale nella distrofia della parete duodenale ed eventualmente nella diagnosi precoce della pancreatite lieve o moderata (alterazioni parenchimali e duttali).	0
5	Radiografia convenzionale addome	1	Scarsamente diagnostica. Serve ad escludere altre patologie grossolane.	1-2

## 7.25. Massa palpabile addominale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome	3	Esame di prima istanza <input type="checkbox"/> accuratezza diagnostica 88-91% <input type="checkbox"/> variabile in base all'habitus del Pz e alla presenza di gas <input type="checkbox"/> molto sensibile per le masse del quadrante superiore dx e della pelvi	0
2	Tomografia computerizzata addome	3	Esame maggiormente panoramico rispetto agli US.	4
3	Risonanza magnetica addome	3	Accuratezza simile alla TAC. Più indicata per le masse ginecologiche.	0

## 7.26. Lesioni epatiche rilevate con ecografia (angioma? metastasi? altro?)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica addome	3	Senza e con MDC. Esame più accurato sia in pazienti con fegato sano che in pazienti con sospetta o nota malattia epatica ad alto rischio di carcinoma epato-cellulare.	0
2	Tomografia computerizzata addome	3	Senza e con MDC. Esame di seconda scelta per lesioni maggiori ad 1 cm sia in pazienti con fegato sano che in pazienti con sospetta o nota malattia epatica ad alto rischio di carcinoma epatocellulare.	4
3	Ecografia con MDC	3	Valore diagnostico aggiuntivo quando RM o CT non sono dirimenti. Sarebbe consigliabile come indagine immediata a completamento dell'ecografia nel caso di riscontro di lesione unica in fegato apparentemente "sano".	0
4	Medicina nucleare	1	Quando le metodiche di imaging non sono diagnostiche o non è possibile eseguire RM o TC per insufficienza renale.	3

## 7.27. Paziente con neoplasia nota e alterazioni enzimi epatici o ittero - ricerca di lesione epatiche secondarie

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome Ecografia con MDC	3 3	Metodica di primo livello, ha tuttavia sensibilità limitata nel rilevare lesioni di piccole dimensioni. L'ecografia con MDC di seconda generazione ha incrementato in termini di specificità, sensibilità e accuratezza diagnostica la validità dell'ecografia ed eguagliato la validità della TC e RM trifasica valutando in tempo reale la perfusione delle lesioni focali epatiche anche di piccole dimensioni nelle fasi arteriosa, portale e tardiva. La trascurabile percentuale di reazioni avverse e l'assenza di tossicità renale la rendono una metodica sicura.	0
2	Tomografia computerizzata addome	3	Può confermare o integrare i risultati di US/CEUS; da eseguirsi sempre nei casi in cui sia prevedibile un intervento chirurgico o ablativo. Possibili limiti sono il riscontro e la caratterizzazione di lesioni sub-centimetriche specie in fegato steatosico, condizione frequente nei pazienti che fanno chemioterapia.	4
3	Risonanza magnetica addome	3	L'uso di MDC epato-specifici ha amplificato le potenzialità diagnostiche della metodica che rimane tuttavia esame di secondo livello, complemento o integrazione di ECOGRAFIA/CEUS e TC in caso di lesioni indeterminate specie in fegato steatosico. Limiti: paziente claustrofobico o non collaborante; pacemaker o impianti corporei metallici in genere.	0
4	Medicina nucleare	2-3	FDG-PET/TC buon connubio tra le informazioni anatomiche dell'elevata risoluzione spaziale della TC ed i dati funzionali del FDG-PET, a causa della ridotta disponibilità, alti costi e un'addizionale esposizione radiante è riservata ai casi di lesioni indeterminate con le comuni metodiche di imaging.	3

## 7.28. Ittero nudo, dolore addominale, ascite - sospetta neoplasia del pancreas

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia addome	3	Indagine di prima istanza. Utile nello studio della testa e del corpo in pazienti magri. Non sufficiente per una stadiazione completa. Può evidenziare metastasi epatiche e segni di infiltrazione vascolare (più utile la CEUS).	0
2	Tomografia computerizzata addome	3	Indagine accurata indispensabile per una corretta stadiazione di malattia. Limiti nell'identificazione di piccoli tumori (diametro inferiore o pari a 2 cm che appaiono più spesso isodensi).	3
3	Risonanza magnetica addome	3	Esame di secondo livello, utile quando TC non conclusiva o dubbia. Molto sensibile nell'identificazione di masse peri-ampollari Colangio-RM superiore alla TC nella diagnosi di lesioni cistiche e IPMT.	0
4	Medicina nucleare	1	Purtroppo la PET può risultare positiva anche in caso di pancreatite cronica, rendendo impossibile in un significativo numero di pazienti la diagnosi differenziale.	3
5	Angiografia	1	In grado di identificare la presenza di infiltrazione neoplastica dell'arteria mesenterica superiore e della vena porta. Tuttavia è elevato il numero dei falsi positivi (per compressione della parete dei vasi) e dei falsi negativi.	4

COPIA TRATTA DAL SISTEMA INFORMATICO REGIONALE  
NON VALIDA PER IL PROCEDIMENTO

## 7.29. Crisi ipoglicemiche - sospetto insulinoma, previa conferma biochimica della possibilità di malattia

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata e risonanza magnetica addome	3	Nel caso in cui i test biochimici non siano convincenti. Più indicati nella ricerca di metastasi. RM più sensibile della TC.	3/0
2	Ecografia	2	Metodica dotata di bassa sensibilità; più sensibile l'ecografia endoscopica. Fondamentale invece l'ecografia intra-operatoria, metodica dotata di alta sensibilità per l'identificazione di neoplasie molto piccole.	0
3	Angiografia	2	Rappresenta l'indagine gold standard insieme all'ecografia intra-operatoria per l'identificazione della neoplasia. Può essere utilizzata l'angiografia selettiva con stimolo al calcio (potente stimolatore della secrezione pancreatiche) nelle tre arterie principali del pancreas: la gastroduodenale, la mesenterica superiore e la splenica. Prelievi seriali del sangue venoso refluo con dosaggio dell'insulina sono in grado di "regionalizzare" la produzione dell'insulina, e quindi dell'insulinoma, con notevole precisione.	4
4	Medicina nucleare	2	La PET con FDG/TC fornisce una valida opportunità nell'identificazione della neoplasia e di metastasi a distanza, offre importanti informazioni nella stadiazione preoperatoria ed è impiegata come metodica di valutazione della risposta al trattamento identificando e dirimendo la fibrosi dalla recidiva di malattia. La PET/TC può essere utilizzata per mirare l'esame biptico. Più sensibile della TC da sola nell'identificazione di metastasi linfonodali.	4

\* La diagnosi di insulinoma si avvale comunque principalmente del test al digiuno prolungato (fino a 72 ore) con prelievo di sangue ogni 4-6 ore e soprattutto al momento della comparsa dei sintomi, per il dosaggio contemporaneo della glicemia e dell'insulina plasmatica. La diagnosi si basa sulla dimostrazione, al momento della crisi ipoglicemica, di un eccesso d'insulina rispetto alla glicemia del paziente. Il calcolo del rapporto fra insulina e glicemia circolanti è essenziale per la diagnosi: nei soggetti normali questo rapporto è sempre inferiore a 0,3 mentre nell'insulinoma tale rapporto supera il limite di 0,3 dopo un digiuno prolungato e durante la crisi ipoglicemica.

Le indagini mirate alla localizzazione del tumore vanno iniziate solo dopo la conferma biochimica della diagnosi d'insulinoma. Due indagini positive concordi sono considerate sufficienti.

In caso contrario, si ricorre ad indagini più invasive, quali l'eco-endoscopia e, poi, l'angiografia selettiva.

In questi pazienti è SEMPRE necessario escludere una MEN1.

## 7.30. Sangue occulto fecale - sospetta neoplasia del colon (dopo colonscopia o qualora colonscopia non conclusiva)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Tomografia computerizzata addome	3	Colonscopia virtuale identifica polipi fino a 6 mm di diametro. Il clisma-TAC del colon studia lesioni intrinseche, estrinseche e a distanza.	3
2	Clisma del colon a doppio contrasto	2	Clisma a doppio contrasto identifica sede ed estensione della lesione.	3
3	Risonanza magnetica addome	3	Per stadiazione neoplasie rettali: studia lesioni del retto e tessuti perirettali - alta sensibilità in d.d. K colon vs diverticolite.	0
4	Ecografia addome	3	Per stadiazione neoplasie rettali: studia le lesioni del retto e le linfadenopatie perirettali, con sonda endorettale.	0

## 8. Problemi clinici e/o sintomi afferenti all'Apparato urinario e genitale maschile

8.1. Microematuria monosintomatica, già valutata clinicamente dal punto di vista nefrologico

8.2. Ematuria (associata o meno ad altra sintomatologia)

8.3. Dolore al fianco/colica renale (con o senza febbre)

8.4. Disturbi urinari (pollachiuria, nicturia, stranguria)

8.5. Dolore e tumefazione scrotale

## 8.1. Microematuria monosintomatica, già valutata clinicamente dal punto di vista nefrologico

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia reni e vie urinarie	2	Esame indicato per lo studio del parenchima renale, vie escrettrici, vescica e prostata (eventualmente con approccio transrettale). Nel caso di sospetto di patologia uretrale l'indagine di riferimento è l'uretrografia/l'endoscopia.	0

## 8.2. Ematuria (associata o meno ad altra sintomatologia)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia reni e vie urinarie	3	Esame di prima istanza per lo studio del parenchima renale, vie escrettrici, vescica e prostata (eventualmente con approccio transrettale). Nel caso di sospetto di patologia uretrale le indagini di riferimento sono l'uretrografia e l'endoscopia.	0
2	Tomografia computerizzata addome-pelvi	3	Esame di seconda istanza, generalmente con metodica Uro-TC. Solo in casi limitati ancora utilizzata l'urografia.	3 Adulti 4 Bambini
3	Risonanza magnetica addome-pelvi	2	Indicata in casi selezionati con sequenze Uro-RM.	0

N.B.: Esame radiografico tradizionale non indicato.

## 8.3. Dolore al fianco/colica renale (con o senza febbre)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia reni e vie urinarie	3	Identificare la patologia renale (lesioni espansive, infarti, pielonefriti) o delle vie escrettrici (idronefrosi, calcoli, coaguli).	0
2	Tomografia computerizzata addome-pelvi	3	Esame di seconda istanza, eseguito in relazione ai reperti ecografici.	3 Adulti 4 Bambini
3	Risonanza magnetica addome-pelvi	2	Indicata in casi selezionati con IRC.	0

N.B.: Esame radiografico tradizionale non indicato.

## 8.4. Disturbi urinari (pollachiuria, nicturia, stranguria)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvica sovrapubica (eventualmente con integrazione trans-rettale)	3	Esame di prima istanza, con eventuale integrazione trans-rettale (guida per biopsia).	0
2	Risonanza magnetica pelvi	3	Necessaria per la stadiazione locoregionale e guida per il planning radio-terapico in caso di neoplasia prostatica.	

## 8.5. Dolore e tumefazione scrotale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia dello scroto	3	Indagini di prima istanza per la diagnosi delle possibili patologie evidenziabili: torsione (con valutazione della vascolarizzazione), orchiepididimite, idrocele, varicocele, ernia inguino-scrotale; identificazione dei processi espansivi.	0

## 9. Problemi clinici e/o sintomi afferenti all'Apparato genitale femminile

- 9.1. Ritardo mestruale - sospetto di gravidanza
- 9.2. Dolore pelvico acuto - sospetta gravidanza ectopica
- 9.3. Sospetta gravidanza non vitale
- 9.4. Controlli in gravidanza
- 9.5. Dolori pelvici, alterazioni del ciclo mestruale, urinarie e rettili - sospetta lesione espansiva pelvica
- 9.6. Dolore pelvico, febbre - sospetta endometriosi o alterazioni infiammatorie pelviche
- 9.7. Dolori pelvici: perdita di IUD
- 9.8. Storia di aborti
- 9.9. Infertilità
- 9.10. Sospetta neoplasia dell'ovaio
- 9.11. Pap test positivo, perdite mucose e di sangue - sospetta neoplasia della cervice uterina
- 9.12. Perdite di sangue - sospetta neoplasia dell'utero

## 9.1. Ritardo mestruale - sospetto di gravidanza (livelli di HCG compatibili)

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	1	Non indicata di routine: più appropriato è il test di gravidanza. Utile qualora si sospetti una mola in gravidanza.	0

## 9.2. Dolore pelvico acuto - sospetta gravidanza ectopica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia (trans-vaginale)	3	Dopo il test di gravidanza positivo è l'indagine più appropriata ed il Color-Doppler ne aumenta la sensibilità.	0

## 9.3. Sospetta gravidanza non vitale

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Permette di valutare le dimensioni del sacco gestazionale e l'assenza del battito cardiaco dell'embrione. Va ripetuta dopo una settimana qualora esistano dubbi circa la vitalità, pertanto è necessario evitare il raschiamento uterino.	0

## 9.4. Controlli in gravidanza

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Fornisce utili informazioni riguardo alla cronologia di sviluppo e l'anatomia del feto e alle gravidanze multiple. Ha valore nel valutare la placenta previa, l'accrescimento intrauterino, nel quantificare il liquido amniotico. Di ausilio come guida nelle procedure di amniocentesi. Nella gestione delle gravidanze ad alto rischio è utile l'eco-color-doppler nell'arteria ombelicale.	0
2	Risonanza magnetica pelvi	2	Indagine di secondo livello. È risolutiva rispetto alle anomalie di impianto della placenta in quanto permette una diagnosi.	0

## 9.5. Dolori pelvici, alterazioni del ciclo mestruale, urinarie e rettali - sospetta lesione espansiva pelvica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Indicata l'ecografia trans-vaginale come indagine di prima istanza. Utile nel discriminare il contenuto solido o cistico della massa.	0
2	Risonanza magnetica pelvi	3	Esame di seconda istanza. Elevata sensibilità e specifica, permette precisa definizione di sede, natura ed estensione. Necessaria per un adeguato planning chirurgico.	0

## 9.6. Dolore pelvico, febbre - sospetta endometriosi o alterazioni infiammatorie pelviche

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Indagine di prima istanza, specialmente quando l'esame clinico risulta difficile.	0
2	Risonanza magnetica pelvi	3	Esame di seconda istanza. Elevata accuratezza la patologia endometriosa, fornendo informazioni circa l'epoca e la sede degli impianti endometriotici, anche di piccole dimensioni, sulle strutture endopelviche e peritoneali. Utile nella diagnosi differenziale con le patologie maligne.	0

## 9.7. Dolori pelvici: perdita di IUD

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Indicata per l'individuazione di IUD.	0
2	Radiografia convenzionale	1	Nei casi in cui il contraccettivo intrauterino non sia dimostrato ecograficamente nell'utero.	1

## 9.8. Storia di aborti

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Indicata come indagine di primo livello. Evidenzia le principali cause congenite ed acquisite.	0
2	Risonanza magnetica pelvi	3	Completa l'indagine relativamente all'anatomia degli organi endopelvici fornendo una diagnosi accurata delle patologie uterine ed ovaro-annessiali.	0
3	Radiografia (istero-salpingografia)	3	Completa l'indagine relativamente all'anatomia uterina e allo studio della pervietà tubarica.	2

## 9.9. Infertilità

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia (istero-salpingografia)	3	Valuta la pervietà tubarica.	2
2	Risonanza magnetica	3	Consente lo studio morfologico dettagliato degli organi endopelvici fornendo informazioni utili su malformazioni congenite e/o acquisite uterine e per escludere processi espansivi ovarico-annessiali.	0
3	Ecografia	2	Indicata come indagine di primo livello per la valutazione degli organi endopelvici, specie di utero ed annessi.	0

## 9.10. Sospetta neoplasia dell'ovaio

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Indicata come indagine di primo livello. L'US valuta le dimensioni, le caratteristiche della massa (cistica, solida o mista) la complessità (setti interni ed agenti endolesionali) e la presenza di versamento endoperitoneale.	0
2	Risonanza magnetica pelvi	3	E' più accurata nella caratterizzazione della massa con una migliore valutazione delle componenti solide e cistiche, specie nei casi di mancata visualizzazione dell'ovaio all'US, e nelle pianificazioni chirurgiche. Permette di valutare la presenza di versamento endopelvico e di impianti peritoneali da carcinosi. Utile per valutare la risposta alla terapia.	0
3	Tomografia computerizzata e TC-PET	3	Indicata nello staging. Utile per valutare la risposta al trattamento.	3

## 9.11. Esami clinico/strumentali e citologici positivi, perdite mucose e di sangue - sospetta neoplasia della cervice uterina

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Risonanza magnetica pelvi	3	Utile per l'identificazione, caratterizzazione e stadiazione loco-regionale. Fornisce migliori informazioni circa la diagnosi precoce di recidive. Utile per valutare la risposta al trattamento e nel follow-up. Consente la valutazione globale degli organi e delle strutture peritoneali.	0
2	Tomografia computerizzata pelvi	2	Indicata nello staging. Facilita la biopsia delle masse linfonodali.	2

## 9.12. Perdite di sangue - sospetta neoplasia dell'utero

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia pelvi	3	Utile come indagine di primo livello. Può fornire informazioni utili sia nelle lesioni benigne che maligne.	0
2	Risonanza magnetica pelvi	3	Utile per l'identificazione e stadiazione loco-regionale della neoplasia, permettendo di valutare il grado di infiltrazione del niometrio fornisce migliori informazioni circa la diagnosi precoce di recidive. Utile per valutare la risposta al trattamento e nel follow-up. Consente la valutazione globale degli organi e delle strutture peritoneali.	0



**10. Problemi clinici e/o sintomi afferenti all'Apparato osteo-muscolare**

- 10.1. Dolore focale non traumatico (compreso paziente con osteoporosi)
- 10.2. Dolore osseo focale con febbre
- 10.3. Dolore osseo focale o diffuso in paziente con neoplasia nota
- 10.4. Dolore articolare acuto e cronico: spalla, gomiti, polsi e mani
- 10.5. Dolore articolare acuto e cronico dell'anca
- 10.6. Gonalgia acuta e cronica, non traumatica
- 10.7. Gonalgia acuta post-traumatica
- 10.8. Dolore articolare acuto e cronico della caviglia

**10.1. Dolore focale non traumatico (compreso paziente con osteoporosi)**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia ossea	3	Esame di prima istanza.	4
2	Risonanza magnetica ossea	3	Indicata per persistenza della sintomatologia dolorosa, anche in presenza di RX negativo.	0
3	Tomografia computerizzata ossea	3	Utile nel definire la struttura ossea in casi selezionati e come guida per eventuale biopsia.	3A 4B
4	Medicina nucleare (Scintigrafia o PET)	?	Al persistere della sintomatologia, con imaging non dirimente.	4A 5B

**10.2. Dolore osseo focale con febbre**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia ossea	2	Esame di prima istanza, può risultare negativa nelle fasi iniziali di un processo osteomielitico.	2
2	Risonanza magnetica ossea	3	Dimostra accuratamente il processo infettivo, specialmente in sede vertebrale.	0
3	Tomografia computerizzata ossea	3	Utile per dimostrare sequestri e alterazioni strutturali ossee.	3A 4B
4	Medicina nucleare (Scintigrafia ossea)	3	La scintigrafia è più sensibile dell'RX nell'evidenziare sospette lesioni focali osteomielitiche.	3A 4B

**10.3. Dolore osseo focale o diffuso in paziente con neoplasia nota**

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Medicina nucleare (Scintigrafia ossea)	3	È sensibile ma la correlazione con le immagini radiografiche è necessaria per aumentarne la specificità. È utile per stabilire la presenza e l'estensione di metastasi in pazienti con tumore primitivo noto. Può essere utile per valutare la risposta al trattamento. N.B: Nel mieloma è spesso negativa e sottostima l'estensione di malattia: scarsamente appropriata.	4
2	Risonanza magnetica ossea	3	La RM è più sensibile e specifica della MN specialmente per le alterazioni dello scheletro assiale. Può sottostimare alcune lesioni periferiche. N.B: Da eseguire in prima istanza nei pazienti con mieloma, anche nel follow-up.	0
3	Radiografia ossea	2	Indicata solo per sintomatologia focale o per correlazione con esame MN.	2

COPIA TRATTATA DAL SISTEMA AUTOMATICO DI VALIDAZIONE G.U.R. 2014/1100  
NON VALIDA PER LA CIRCOLAZIONE COMMERCIALE

## 10.4. Dolore articolare acuto e cronico: spalla, gomiti, polsi e mani

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Ecografia muscolo-scheletrica	3	Esame di prima istanza, in grado di dimostrare versamenti intraarticolari, alterazioni delle sinovie e delle strutture ligamentose.	0
2	Risonanza magnetica ossea	3	Esame di II livello, più accurato dell'ecografia; permette inoltre di dimostrare precocemente le erosioni, le alterazioni della cartilagine articolare e della spongiosa sub-condrale.	0
3	Radiografia ossea	1	Utile per determinare la causa, anche se le erosioni ossee sono una caratteristica relativamente tardiva.	2
4	Medicina nucleare (Scintigrafia ossea)	3	La scintigrafia è più sensibile dell'RX nell'evidenziare sospette lesioni focali osteomielitiche.	4

## 10.5. Dolore articolare acuto e cronico: anca

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia	3	RX del bacino ed anche. Se RX non significativa, negativa od equivoca l'esame indicato è la RM.	2
2	Risonanza magnetica	3	Esame di II livello: permette di individuare fenomeni osteonecrotici, algodistrofici, e patologia ossea focale nonché patologia delle parti molli peri articolari. L'utilizzo del mezzo di contrasto sarà a discrezione del medico radiologo in base al tipo di patologia riscontrata. Nel sospetto clinico di impingement femoro-acetabolare o lesione del cercine acetabolare utile Arthro-RM.	0
3	TC	3	Nel sospetto clinico o radiologico di osteoma-osteode.	3
4	Medicina nucleare (Scintigrafia ossea)	2	La scintigrafia utile solo per confermare o differenziare lesioni ossee focali.	4

## 10.6. Gonalgia acuta e cronica, non traumatica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia	3	RX nelle proiezioni AP ed LL. Se RX mostra segni di possibile necrosi avascolare o è negativo ma il dolore è intenso e persistente, utile RM.	2
2	Risonanza magnetica	3	Esame di II livello: permette di valutare patologia sinovite, alterazioni menisco legamentose ed osteo necrotiche e, nei giovani alterazioni femoro-patellari o osteocondrali. Il mezzo di contrasto e.v. può rendersi necessario nel caso di sinovite e inspiegabile quantità di liquido endoarticolare.	0
3	Tomografia computerizzata	1	Indicata solo se non è possibile eseguire RM o nel caso di sospetto di osteoma-osteode.	3

## 10.7. Gonalgia acuta post-traumatica

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia	3	RX nelle proiezioni AP ed LL ed eventuali proiezioni aggiuntive è ancora il primo accertamento nel caso di trauma contusivo diretto (caduta, incidente stradale etc.).	2
2	Risonanza magnetica	3	Esame di prima istanza nei traumi distorsivi clinicamente significativi per sospetto di lesioni capsulo-legamentose e meniscali. Per evitare falsi negativi non far eseguire l'esame prima di 10-15 giorni dopo il trauma.	0
3	Tomografia computerizzata	2	Indicata solo se non è possibile eseguire RM o in casi particolari come "problem solver".	3

## 10.8. Dolore articolare acuto e cronico: caviglia

	Indagine diagnostica	Appropriatezza	Commento	Dose
1	Radiografia	3	RX esame di prima istanza. Se RX non significativa, negativa od equivoca l'esame indicato è la RM.	2
2	Risonanza magnetica	3	Esame di II livello: permette di individuare fenomeni osteonecrotici, algodistrofici, osteocondrali, e patologia ossea focale, nonché patologia delle parti molli peri articolari. L'utilizzo del mezzo di contrasto sarà a discrezione del medico radiologo in base al tipo di patologia riscontrata. Nel sospetto clinico di "impingement syndrome" Arthro-RM.	0
3	Ecografia	2	È utile anche come esame di prima istanza quando il quadro clinico è caratterizzato da "tumefazione" settoriale della caviglia. Permette una buona valutazione delle strutture capsulo-legamentose e tendinee del retro-piede.	0
4	Tomografia computerizzata	2	Nel sospetto clinico o radiologico di patologia ossea focale o qualora indicata, non fosse possibile eseguire RM.	3

## Allegato B

## CONSULENZA DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI PER PRESTAZIONE INAPPROPRIATA

## Dati del paziente

nome ..... cognome ..... nato/a a ..... il .....  
 residente in ..... via ..... n. ....  
 CAP ..... recapito telefonico .....

Medico proponente ..... specialista in ..... recapito .....

## Dati anamnestico-clinici

quesito clinico di invio .....  
 documentazione accompagnatoria ..... SI  NO   
 specificare .....  
 principali patologie note al paziente .....

## Anamnesi di interesse specialistico

stato di accertata o presunta gravidanza ..... SI  NO   
 diatesi allergica ..... SI  NO  pregresse reazioni avverse a MDC ..... SI  NO   
 specificare .....  
 insufficienza renale ..... SI  NO  creatininemia: .....  
 claustrofobia ..... SI  NO   
 portatore di devices e/o corpi estranei incompatibili con esami RM  
 esami precedenti utili .....

Il sottoscritto dott. .... specialista in .....

- vista la richiesta del curante che reca il quesito di invio .....
- considerate le condizioni generali del paziente, i suoi principali dati anamnestici e la documentazione clinica portata in visione
- sulla scorta delle più aggiornate conoscenze attestate dalle linee guida internazionali di riferimento e di quanto previsto dal D.D.G. n. .... del ..... che riporta le indicazioni di appropriatezza prescrittiva in diagnostica per immagini per la regione Sicilia e di quanto contenuto nei D.A. n. 2428 del 17 dicembre 2013 e successiva modifica del 14 aprile 2014
- informato adeguatamente il paziente sui rischi/benefici dell'esposizione a radiazioni ionizzanti, campi magnetici ad alta intensità, della somministrazione e.v. di mezzi di contrasto e radionuclidi, dei limiti intrinseci e delle possibilità diagnostiche delle metodiche disponibili in relazione alla sua patologia in essere.

## INDICA COME INDAGINE DIAGNOSTICA

Priorità 1) - ..... alternativa .....  
 Priorità 2) - ..... alternativa .....

## Osservazioni del paziente

.....  
 .....

Luogo ..... Data .....

Firma del paziente o del legale rappresentante .....

## Il medico consulente

Dott. .... OMCeO ..... n. ....

Firma .....

Da conservare a cura del medico consulente e da inviare in copia al medico curante ed al medico specialista responsabile dell'indagine diagnostica eventualmente suggerita.

