

L'eccessiva lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali rappresenta uno dei momenti critici del S.S.N.

Tale problematica è oggi al centro dell'attenzione del Ministero della Salute e dell'Assessorato della Sanità e questo per alcuni motivi di cui mi limito ad elencare i principali:

- 1) la percezione del cittadino che viene privato di un suo diritto e che pertanto è costretto a pagare di tasca propria.
- 2) l'incremento inarrestabile dei Ricoveri Impropri che impongono costi aggiuntivi ad un S.S.N. già in crisi per insufficienza di finanziamenti.

Le cause si possono così riassumere:

- 1) domanda impropria di Prestazioni Specialistiche
- 2) offerta inadeguata
- 3) sistema di Prenotazione inadeguato.

Affrontare pertanto questa problematica impone una strategia di vasto respiro, che agisca in tutti i fattori che determinano le liste di attesa e cioè:

- Razionalizzando la domanda
- Razionalizzando l'offerta
- Reingegnerizzando il Sistema di Prenotazione

nella consapevolezza che interventi settoriali sono destinati al fallimento come sempre accade quando ci si limita al semplice incremento delle prestazioni specialistiche, dove, dopo un iniziale abbassamento delle liste di attesa si ha un incremento paradossale delle stesse.

L'Azienda ha provveduto ad elaborare ed applicare, fin dal 2006, una strategia complessiva che vede coinvolta tutta l'Azienda, di cui si riassumono i punti essenziali:

- 1) **Accordo con i Medici di Medicina Generale** che comprende sostanzialmente due progetti, uno di razionalizzazione della Domanda di prestazioni Diagnostiche secondo una scala di priorità e di cui è responsabile il Dott. C. Mandarà, Direttore del Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria, uno di razionalizzazione delle Prescrizioni Farmaceutiche, di cui è responsabile la Dottoressa I. Poidomani direttrice del Servizio Farmaceutico. Tale accordo è stato siglato anche dall'Assessore alla Sanità Dott. Lagalla.
- 2) **Costituzione di Sei commissioni per elaborare i protocolli di prenotazione** per priorità che coinvolgono 36 Specialisti e 36 Medici di Medicina Generale coordinati da:
  - a) Dott. Salvatore Brugaletta Direttore del Distretto di Ragusa;
  - b) Dott.ssa Maria Concetta Di Stefano Direttore del Distretto di Vittoria;
  - c) Dott.ssa Eleonora Ferrera Capo servizio della Specialistica;
  - d) Dott.ssa Maria Rendo Responsabile dell'U.O. Provinciale Controllo Specialisti Preaccreditati;
  - e) Dott.ssa Gemma Sgarlata Capo Servizio Medicina di Base.
- 3) **Organizzazione in Rete ed Informatizzazione dei CUP e Progettazione del Software** necessario alla prenotazione per Priorità, affidato al Dott. Massimo Iacono Responsabile del Servizio Informatico dell'Azienda 7.

- 4) **Nomina di un Responsabile Provinciale** dei CUP Dott. Brugaletta Salvatore con il compito di riorganizzare le agende di Prenotazioni Specialistiche, sia Territoriali che Ospedaliere.
- 5) **Incremento dell'offerta**  
attraverso più azioni:
  - A) L'AUSL7 è stata presente al tavolo delle trattative della Specialistica Ambulatoriale Regionale al fine di rendere maggiormente flessibile questa tipologia di offerta.
  - B) Sta incrementando l'Attività Specialistica Ospedaliera assegnato agli Ospedali.
  - C) Sta rimodulando l'Attività Intra-Moenia attraverso la prenotazione nei CUP, correlandola all'Attività Specialistica Ambulatoriale.

La complessività del Progetto, con le sue ricadute su tutta l'Attività Sanitaria, compresi i ricoveri ospedalieri, impone uno sforzo organizzativo che investe l'intera Azienda.

Questo Progetto non sarebbe stato realizzabile senza la collaborazione dell'Azienda Ospedaliera Ompa diretta dal Dott. Calogero Termini che è intervenuta con 9 Specialisti Ospedalieri, scelti in base al loro prestigio professionale, per l'elaborazione dei protocolli.

Con l'Azienda Ospedaliera si concorderanno anche le prestazioni specialistiche da fornire ai cittadini, in particolare nel Distretto di Ragusa e si condividerà il Sistema di Prenotazioni per Priorità.

Si ringraziano tutti gli Specialisti e la F.I.M.M.G. per la collaborazione prestata nella elaborazione dei Protocolli e per la collaborazione futura per la formazione dei Medici ed il gruppo di lavoro del D. I.S.S. che ha coordinato i lavori, Dott Salvatore Brugaletta, Eleonora Ferrera, Maria Concetta di Stefano, Maria Rendo, Paola Sgarlata, Angela Tebaide, diretto dal Responsabile del Progetto dott. C. Mandarà

**DIRETTORE GENERALE AUSL 7**

*Avv. Fulvio Manno*

Liste d'attesa, “croce”...e, certamente, non “delizia “ delle strutture sanitarie di tutta Italia, problematica rilevante e non da trascurare per le ripercussioni sul modo di percepire la sanità ( mala/o/buona).

Abbiamo affrontato da circa tre anni la metodologia per arrivare a una drastica riduzione dell'entità delle liste d'attesa nel contesto dell'Azienda Ospedaliera di Ragusa e tale percorso metodologico si è incrociato e, quindi, rafforzato dalla sinergia esistente con l'Azienda Sanitaria Locale di Ragusa diretta dal Dr. Fulvio Manno.

La professionalità dei Medici dell'Azienda Ospedaliera sicuramente apporterà un notevole contributo per la redazione dei protocolli da condividere con la Medicina Territoriale e tale lavoro certamente avrà ricadute molto positive nei confronti della tutela dei bisogni sanitari della nostra collettività provinciale.

Un grazie pertanto a tutti i professionisti della salute, siano essi operanti nel territorio che negli ospedali, per tale attività che permetterà sì riduzione dei costi, ma soprattutto appropriatezza delle richieste nell'ottica di migliorare l'offerta salvaguardando la qualità.

**DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA CIVILE-OMPA**

*Dott. Calogero Termini*

La richiesta di prestazioni sanitarie diventa giorno dopo giorno sempre più pressante. Le motivazioni di ciò che accade, sono agli operatori del settore ormai arcinote: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, l'enfasi che i mezzi audio visivi mettono nel parlare di sanità e la falsa credenza che inculcano nella popolazione di una medicina miracolistica che tutto risolve. Il sottofinanziamento della sanità da parte della politica, l'induzione della domanda da parte di taluni operatori sanitari che così incrementano i propri fatturati.

Tutti questi fenomeni vengono così a intasare un sistema sanitario che per questi motivi non riesce a dare risposte di tutela della salute rapide ed efficaci.

Di fronte a tali problematiche la Fimmg assieme alla AUSL 7 si è posta il problema di come tutelare la salute della popolazione ottimizzando l'erogazione dei servizi senza con ciò compromettere la prognosi del paziente.

Il medico di medicina generale si è posto l'obiettivo di individuare dei precisi tempi di attesa per determinate diagnosi di patologie, condividendo e concordando tale stratificazione di priorità per la diagnostica e le visite specialistiche con gli operatori che effettueranno tali prestazioni.

L'obiettivo principale è garantire l'erogazione della prestazione sanitaria in tempi ragionevoli rispetto al sospetto diagnostico.

Il percorso che la medicina generale ragusana sta sperimentando, oltre a tutte le altre innovazioni operative già messe in atto negli anni passati nella AUSL7, dimostra ancora una volta come in sanità i limiti di miglioramento del sistema siano infiniti quando si dispone di operatori illuminati.

**FIMMG RAGUSA**  
***Dott. Roberto Licitra***

L'ormai pluriennale collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Azienda USL 7 di Ragusa continua. Il 7/8/2006, in Presenza dell'Assessore Regionale alla Sanità, Prof. Roberto Lagalla, insieme all'accordo "sullo snellimento delle liste di attesa" è stato siglato con i MMG un accordo per il governo della spesa farmaceutica.

Il progetto obiettivo basato su tale accordo, che ha preso il via nell'Ottobre 2006 e proseguirà per tutto il 2007, è nato da una attenta analisi della spesa farmaceutica provinciale che ha fatto evidenziare per alcune categorie di farmaci quali gli inibitori di pompa (I.P.P.) e i bifosfonati una spesa farmaceutica decisamente maggiore rispetto alle medie nazionali e regionali. Queste differenze sulle percentuali dei consumi, in assenza di patologie specifiche nella provincia di Ragusa, potevano essere ricondotte a prescrizioni inappropriate e/o ad un uso limitato dei corrispondenti farmaci generici.

L'accordo ha, perciò, previsto una maggiore attenzione nei riguardi della appropriatezza prescrittiva da parte del MMG, che si impegnavano anche ad indirizzare le prescrizioni su principi attivi che, a parità di indicazioni terapeutiche, garantissero il minore impiego di risorse economiche. È stato rilevato, infatti, che il mercato dei farmaci generici e di quelli a brevetto scaduto nell'Ausl di Ragusa copriva solo il 14% della spesa farmaceutica, mentre a livello nazionale copriva il 16,1% della spesa farmaceutica totale. Ai MMG vengono fornite, da parte del Dipartimento del Farmaco, informazioni indipendenti ed evidence based per verificare quale farmaco rappresenti la scelta più appropriata in termini di rapporto costo-efficacia, sempre nel rispetto delle linee guida internazionali e locali. Il dipartimento del farmaco, inoltre, fornisce ad ogni Mmg dei report sulla propria spesa farmaceutica, grazie ai quali il singolo MMG può confrontare la spesa che ha determinato con le medie del proprio comune, del proprio distretto e dell'intera provincia, ciascun medico può avere un elenco dei farmaci prescritti classificati per categoria, per principio attivo e per nome commerciale, questo gli consente di avere una fotografia completa della propria attività prescrittiva e di poter intervenire per apportare dei correttivi. Già alla fine del 2006 si sono resi evidenti i primi effetti positivi dell'accordo, la provincia di Ragusa è risultata essere infatti, in ambito regionale, quella con spesa farmaceutica pro-capite più bassa.

Ci si aspetta, nel corso del 2007, una maggiore appropriatezza prescrittivi, una maggiore aderenza alle note AIFA, un maggiore utilizzo di farmaci generici e un viraggio delle prescrizioni, a parità di indicazioni, dai farmaci più costosi a quelli più economici, a cui inevitabilmente dovrà accompagnarsi anche il governo della spesa farmaceutica spesso ostacolato dalle pressioni del mercato e da una informazione proveniente quasi esclusivamente dall'industria farmaceutica. La collaborazione ormai consolidata con i MMG garantisce una condivisione delle problematiche e il perseguimento degli stessi obiettivi che non consistono nell'abbattimento della spesa che potrebbe portare ad un "sottotrattamento" del paziente, ma nell'adozione di comportamenti prescrittivi volti ad un "corretto trattamento" del paziente .

**LA RESPONSABILE DEL  
DIPARTIMENTO DEL FARMACO**

*Dott.ssa Ignazia Poidomani*

## **RAO**

### **1) Diagnostica per Immagini**

*Resp . Dott. Salvatore Brugaletta*

### **2) Angiologia**

*Resp . Dott. Eleonora Ferrera*

### **3) Elettromiografia**

*Resp. Dott. Maria Concetta Di Stefano*

### **4) Fisiatria. Medicina Fisica e Riabilitazione**

*Resp. Dott. Maria Concetta Di Stefano*

### **5) Oculistica**

*Resp. Dott. Maria Rendo*

### **6) Cardiologia**

## **Prefazione**

La pubblicazione e la diffusione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) rientra nell'Accordo siglato con i M. M. G il 7/8/2006.

Tale Accordo prevede sostanzialmente due Progetti, uno relativo alla Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica, per la cui descrizione si rimanda alla relazione della Responsabile dott. Poidomani, uno relativo alle Liste di Attesa.

L'acronimo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), è stato inventato per facilitare l'applicazione di nuovi criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che utilizzano criteri clinici espliciti, e per favorire la comunicazione fra i diversi attori coinvolti .

Si tratta in effetti di un coinvolgimento progressivo tra prescrittori ed erogatori per concordare un tempo di attesa ragionevole.

La prima esperienza risale alla fine degli anni 90 a Feltre, per poi espandersi progressivamente in Friuli, a Bolzano , in Basilicata, nel Lazio, e a Modena..

All'estero tale metodica è stata applicata in Nuova Zelanda ed in Canada.

L'esperienza di Ragusa ha tratto spunto da quanto realizzato nel Veneto dall'AUSL di Asolo.

Tale metodica ha ricevuto un forte impulso in seguito all'Accordo Stato Regioni del 11-7-2002 che ha posto al centro dell'attenzione il problema delle Liste di Attesa.

**Non soddisfare in tempi ragionevoli il bisogno di una visita specialistica o di una prestazione diagnostica, costituisce oggi il maggior elemento di disfunzione percepita del S.S. N**, in quanto costringe il cittadino a rivolgersi al mercato privato, o a ricorrere alla costosissima scorciatoia dei Ricoveri Impropri, con il risultato paradossale di un incremento di spesa e di progressivo disamore nei riguardi del SSN.

Nella consapevolezza che la problematica delle Liste di Attesa vada affrontata su più fronti (Adeguamento dell'Offerta, della Domanda e del Sistema di Prenotazioni) si è voluto innescare un meccanismo di Prenotazione per Priorità , in quanto nelle esperienze consolidate la responsabilizzazione del Medico Prescrittore comporta una riduzione delle richieste a breve termine ed urgenti, e comporta altresì una riduzione delle visite specialistiche in toto determina attraverso meccanismi di audit e reaudit di aggiornamento del modello un dialogo costruttivo tra Prescrittori ed Erogatori, responsabilizzando altresì l' AUSL sull' Offerta e sul Sistema di Prenotazione.

**In altre parole ognuno viene messo di fronte alle proprie responsabilità: il Prescrittore, l' Erogatore e l'AUSL .**

La pubblicazione dei RAO sarà seguita da una serie di incontri organizzati per il mese di Marzo a livello distrettuale dalla .F.I.M.M.G al fine di sensibilizzare i Medici Prescrittori.

Ad Aprile e Maggio si terranno approfondimenti tematici con gli Specialisti ed i Medici di Medicina Generale che hanno collaborato alla stesura dei R A O.

I presenti protocolli vogliono essere uno strumento flessibile e modificabile, per cui **è indispensabile la collaborazione di tutti i medici.** Eventuali osservazioni e

suggerimenti dovranno essere inviati al seguente **indirizzo di Posta Elettronica:** pantarei77@tiscali.it.

Le stesse commissioni provvederanno ad esaminare le osservazioni ed a procedere alle eventuali rettifiche per la successiva pubblicazione prevista entro la fine del 2007

Per i Medici aderenti all' Accordo sono previste le verifiche sulla applicazione dei Rao.

Entro il mese di Marzo è previsto l'adeguamento delle Agende di Prenotazioni Specialistiche e l'adozione del Software necessario alle Prenotazione per Priorità e l'addestramento del Personale dei CUP.

Il sistema diventa operativo dal 31-3-2006

Stratificare la domanda di prestazioni sanitarie sulla base di criteri di priorità d'accesso differenziati è una strategia che mira ad ottimizzare l'erogazione dei servizi, tutelando sia il cittadino utente, che l'ente erogatore.

Rimane comunque immutata l'assoluta libertà del Medico prescrittore di proporre l'erogazione di un servizio con modalità diverse alla luce di proprie valutazioni cliniche.

## **FINALITA' ED OBIETTIVI**

L'obiettivo principale da perseguire attraverso la individuazione di diversi livelli di priorità è quello di garantire l'erogazione di una prestazione , in tempi ritenuti compatibili e coerenti, rispetto al sospetto diagnostico .

Il sovrapporsi negli ultimi decenni di nuove tecniche diagnostiche sempre più innovative ( ecografia, TAC, Risonanza Magnetica, ecolordoppler ) ed il presentarsi all'orizzonte di nuove e rivoluzionarie metodiche come la PET ha creato perplessità riguardo la scelta di una metodica piuttosto che un'altra nell'iter diagnostico del paziente, ponendo un problema formativo del Medico prescrittore.

Pertanto, un ulteriore obiettivo perseguibile è la condivisione di percorsi diagnostici tra M.M.G., Medici Ospedalieri e Specialisti, al fine di migliorare il livello di appropriatezza dei Prescrittori, anche attraverso il collegamento fra diagnosi, prestazione e stratificazione delle priorità .

Tali percorsi non sono frutto di una Evidence Based Medicine ( carente sul piano statistico), ma di una Experience Based Medicine ( medicina basata sull'esperienza degli operatori).

## **METODOLOGIA**

Il metodo utilizzato per la stratificazione della domanda e la definizione dei livelli di priorità è quello che fa riferimento alle sigle U ( urgente) , B ( breve ), D ( differibile) e P ( programmabile ), così come previsto nel ricettario regionale:

**U (urgente) = Entro 24 h**

**B (breve) = entro 10 gg**

**D(differibile) = Entro 30 gg. le visite, entro 60 gg. le prest. strumentali**

**P (programmabile) = Entro 180 gg.**

Data la rilevanza numerica dei RAO nei vari livelli di priorità si sono raggruppate le diagnosi accertate o sospette per apparati, ed all'interno di questi, per patologie affini così da rendere più snello il lavoro di verifica, da parte del Medico prescrittore, della priorità individuata.

**IL RESPONSABILE DEL PROGETTO**

*Dott. Carmelo Mandarà*

# ***DIAGNOSTICA PER IMMAGINI***

**GRUPPO DI LAVORO:**

- Dott. Salvatore Brugaletta – Direttore Distretto Sanitario di Ragusa – Coordinatore del Gruppo;
- Dott. Vincenzo Di Geronimo – Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Tomografia Computerizzata della U.O.C. di Radiologia - Ospedale Guzzardi di Vittoria;
- Dott. Umberto Copani – Direttore U.O.C. di Radiologia - Ospedale Guzzardi di Vittoria e Direttore Dipartimento dei Servizi A.U.S.L. 7 Ragusa;
- Dott. Guido Romeo – Direttore U.O.C. di Radiologia – Ospedale Maggiore di Modica;
- Dott. Francesco Spampinato – Direttore U.O.C. di Radiologia –Azienda Osped. Civile – OMPA di Ragusa;
- Dott. Girolamo Gerratana – Dirigente Medico Responsabile U.O.S. TAC e RM della U.O.C. di Radiologia –Azienda Ospedaliera Civile – OMPA di Ragusa;
- Dott. Giuseppe La Perna – Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Diagnostica Oncologica della U.O.C. di Oncologia Azienda. Ospedaliera Civile- OMPA di Ragusa;
- Dott. Giovanni Digiacoimo –M. M. G. – Distretto di Ragusa, Presidente Provinciale SIMG di Ragusa;
- Dott. Rosario Occhipinti – M.M.G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Roberto Licitra – M. M. G. Distretto di Vittoria, Segretario Provinciale FIMMG di Ragusa;
- Dott. Ignazio Ruffino – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Federico Mavilla – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Francesco Floridia – Direttore U.O.C. di Radiologia – Ospedale Busacca di Scicli.

## **RACCOMANDAZIONI**

Si conviene che nell'iter diagnostico del paziente, venga seguito il criterio della sequenzialità degli accertamenti diagnostici.

Ad esempio una TAC del torace dovrebbe essere sempre preceduta da una radiografia convenzionale, così come una TAC o una Risonanza Magnetica dell'addome dovrebbe seguire un'ecografia non esaustiva dal punto di vista diagnostico.

L'uso del mezzo di contrasto, durante un accertamento diagnostico può essere suggerito dal Medico prescrittore, ma il suo effettivo utilizzo è sotto la responsabilità del Medico radiologo.

Quando il Medico prescrittore ritiene opportuno l'impiego del mezzo di contrasto, è buona norma che vengano effettuati gli esami preliminari, come da protocollo allegato.

## ***RX CONVENZIONALE***

### **U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA**

- Sospetta frattura o lussazione o trauma con impotenza funzionale

- Sospetta polmonite, pleurite, ascesso polmonare, pneumotorace
- Sospetta occlusione intestinale o perforazione

### B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI

- Ortopantomografia per sospetto ascesso dentario
- Esofago per disfagia di recente insorgenza
- Broncopolmonite- Pleurite (controllo)
- Torace o segmento osseo per sospetta neoplasia
- Segmento osseo per sospetta osteomielite o artrite sintomatica acuta
- Diretta apparato urinario per sospetta calcolosi
- Urografia per patologia sintomatica (Colica, ematuria macroscopica,....)
- Clisma a doppio contrasto per sospetta patologia neoplastica

### D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

- Rx cranio per sospetta sinusite non complicata
- Traumi non recenti
- Sospetta sciatalgia e discopatie, osteoartropatie in fase acuta insensibili alla terapia
- Osteomielite (controllo)
- Clisma a doppio contrasto (colite ulcerosa, diverticolosi ...)
- Diretta epatica per calcolosi biliare radiopaca
- Ortopantomografia per carie, disodontiasi, controlli odontoiatrici

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

- Scoliosi, artrosi, dimorfismi scheletrici, enfisema polmonare,  
artrite (controllo), studio articolazione temporo-mandibolare, morfometria  
vertebrale  
  
urografia di controllo in soggetto asintomatico, torace  
(controllo in fumatore, bronchite cronica, ...), età ossea.

**Nota:** si suggerisce una cadenza dei controlli per artrosi e patologie croniche non inferiore ad un anno.

Per casi particolari contatto telefonico tra il medico richiedente e lo specialista.

## ***ECOGRAFIE***

U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA

- Validi traumi addominali con sospetta lesione d'organo

- Scroto acuto da sospetta torsione del testicolo
- Sospetto aneurisma dell'aorta addominale sintomatico

### B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI:

#### **Encefalo Neonatale:**

- sospetta patologia malformativa encefalica

#### **Collo:**

- Nodulo tiroideo di recente insorgenza clinicamente palpabile;
- Linfadenopatia di sospetta natura neoplastica, di recente insorgenza.
- masse espansive, non adenopatiche, delle logge latero-cervicali, di recente insorgenza.
- colica salivare con tumefazione dolorosa.
- scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione.
- patologia di sospetta natura neoplastica delle ghiandole salivari.

#### **Addome-Pelvi:**

- Coliche biliari, aumento enzimi epatici e/o subittero;
- Ematuria macroscopica
- Coliche renali
- Sospetto aneurisma dell'Aorta addominale asintomatico
- Masse addominali obiettivamente rilevate di recente insorgenza
- Sospetto versamento peritoneale di recente insorgenza
- Sospetta stenosi ipertrofica del piloro nel lattante
- Pancreatite acuta e sub – acuta
- Prostatite acuta con sospetto di ascessualizzazione (ecografia trans rettale)

- Metrorraggia di n.d.d.
- Sospetta rottura o torsione di cisti ovarica
- Sospetta gravidanza extrauterina
- Minaccia di aborto
- Monitoraggio ovulazione
- Sospetta patologia neoplastica pelvica

**Mammella:**

- Nodulo mammario palpabile in pz. di età < 35 anni
- Processi infiammatori acuti mammari
- Traumi
- Secrezione ematica dal capezzolo

**Scroto:**

- Processi infiammatori acuti endoscrotali (orchite, orchiepididimiti)
- Sospetta patologia neoplastica del testicolo

**Parti molli superficiali e apparato muscolo tendineo articolare:**

- Patologia traumatica muscolo-tendinea “maggiore” (rottura muscolare, distacchi muscolo-tendinei, ematomi) in fase acuta
- Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e linfadenopatia superficiale, di recente insorgenza
- Sospetto ascesso delle parti molli
- Sospetta lussazione congenita dell'anca nel neonato (escluso screening)

## D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

### **Collo:**

- Sospetta patologia infiammatoria tiroidea, patologia disfunzionale (ipo/ipertiroidismo), struma (1^ diagnosi)
- Valutazione di linfadenopatia flogistica
- Neoformazioni, di recente insorgenza, con caratteri clinici di benignità

### **Addome e Pelvi :**

- Sindromi dispeptiche di n.d.d.
- Sospetta litiasi vie biliari (1^ diagnosi)
- Sospetta nefrolitiasi (1^ diagnosi)
- Ipertrofia prostatica benigna (1^ diagnosi)
- Incremento valori PSA
- Prostatiti non complicate
- Disuria – Microematuria
- Cistiti e cistopieliti recidivanti
- Follow up colecistiti acute

### **Scroto:**

- Sospetto idrocele – varicocele
- Sospetta cisti dell'epididimo

### **Mammella:**

- Ad integrazione mammografia su indicazione specialistica
- Sospetta patologia espansiva benigna (cisti, fibroadenoma) 1<sup>^</sup> diagnosi in paziente di età < 40 anni.
- Complicanze post-chirurgiche

**Parti molli e apparato muscolo-tendineo-articolare:**

- Patologia traumatica “minore” (modeste contusioni, traumi distrattivi, elongazioni, ecc.)
- Patologia flogistica articolare
- Follow up di lesioni traumatiche “maggiori”

[P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI](#)

**Tiroide e collo:**

- Follow-up neoplasie distretto cervicale
- Follow-up tireopatie infiammatorie croniche, iperplasie nodulari, strumi.

**Mammella:**

- Follow up neoplasie benigne e maligne
- Galattocele
- Follow- up mastopatia fibrocistica

**Addome e pelvi:**

- Follow up patologia neoplastica maligna e benigna dei vari organi ed apparati

- Follow-up patologia epatica flogistica e degenerativa cronica, cirrosi, ecc.
- Follow-up delle pancreatiti
- Follow up litiasi biliare ed urinaria
- Follow up ipertrofia prostatica benigna
- Follow up insufficienza renale cronica , cisti renali,
- Sospetta patologia disfunzionale ovarica
- Follow-up aneurismi aorta addominale ( noti ed asintomatici)

**Parti molli e apparato muscolo-tendineo-articolare:**

- Follow-up patologia neoplastica benigna e maligna
- Spalla dolorosa cronica (dopo rx convenzionale)

# ***MAMMOGRAFIA***

**B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI**

Sospetta neoplasia mammaria (nodulo palpabile, retrazione del capezzolo o della cute, ascesso, mastite, secrezione ematica)

D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

Stereotassi per biopsia

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

Controllo prevenzione oncologica periodica (soggetto asintomatico)

Follow up in soggetti operati

Nota: Per casi particolari contatto telefonico tra il Medico richiedente e lo Specialista

# *TAC*

U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA:

**Patologia regione encefalo, massiccio facciale e collo:**

- Traumi significativi e recenti

**Patologia Torace** – ( L'esame TC deve essere sempre preceduto da RX torace standard)

- Embolia polmonare (settica, gassosa, grassosa, ecc..)
- Pneumotorace acuto
- Aneurisma aortico (prima diagnosi)

**Patologia addome** ( L'esame TC deve essere sempre preceduto da Ecografia)

- Trauma addominale chiuso recente ( epatico – biliare – pancreatico – splenico – renale - vescicale)

**Patologia scheletrica** (L'esame TC deve essere sempre preceduto da Rx convenzionale del segmento interessato)

- Traumi con impotenza funzionale ad integrazione della RX

### B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI:

**Patologia regione encefalo, massiccio facciale e collo:**

- Sospetta Neoplasia Encefalo – massiccio facciale - collo
- Sospetto Aneurisma cerebrale
- Sospetta Malformazione Artero-Venosa che non ha sanguinato
- Sospetta idrocefalia
- Ricerca metastasi cerebrali in neoplasia nota
- Sospetto macroadenoma ipofisario ( esame successivo ad RM )
- Patologia neoplastica dei seni paranasali
- Ricerca linfonodi in neoplasia cervicale nota

- Infezioni cerebrali (meningiti , encefaliti, ecc..)
- Sospetta craniostenosi
- Sospetta litiasi ghiandole salivari e tumori salivari (dopo diagnosi ecografica)
- Sospette neoplasie laringe e rinofaringe
- Linfomi Hodgkin e non H.
- Traumi mandibolari
- Trombosi vena giugulare (dopo diagnosi ecocolor doppler).

**Patologia Torace** – (L'esame TC deve essere sempre preceduto da RX torace standard)

- Sospetta atelettasia polmonare
- Sospetta neoplasia polmonare, pleurica, mediastinica, esofagea, delle coste, ecc...
- Linfomi - timomi
- Polmoniti batteriche, virali, da micobatteri, da ipersensibilità, interstiziale diffusa acuta.
- Infezioni in soggetti immunocompromessi (Aids, Trapiantati, ecc..)
- Stenosi tracheali
- Malattie delle piccole vie aeree (bronchioliti – alveoliti)
- Linfangite carcinomatosa
- Ostruzioni della vena cava superiore
- Pneumomediastino
- Sospetta perforazione esofagea
- Stadiazione di neoplasia maligna (polmonare, pleurica, mediastinica, esofagea)

- Studio e caratterizzazione nodulo polmonare solitario
- Ricerca metastasi polmonari e pleuriche
- Versamento pleurico persistente o recidivante
- Versamento pericardico (dopo ecocardiografia)
- Studio di masse pericardiche
- Traumi contusivi del torace sintomatici dopo Rx torace negativa
- Complicanze della sternotomia

**Patologia addome** ( L'esame TC deve essere sempre preceduto da Ecografia)

- Nodulo epatico rigenerativo, iperplasia nodulare focale, adenoma epatico, angiomiolipoma epatico
- Neoformazione primitiva epatica (carcinoma, colangiocarcinoma, carcinoma delle vie biliari e della colecisti)
- Metastasi epatiche e linfomi (prima diagnosi)
- Epatocolangite acuta, colecistite acuta, calcolosi delle vie biliari in fase acuta
- Pancreatite subacuta
- Cistoadenoma pancreatico
- Tumori del pancreas primitivi e secondari ( prima diagnosi)
- Linfomi pancreatici
- Tumori retroperitoneali (sarcoma, linfoma, metastasi)
- Fibrosi retroperitoneale
- Emorragia retroperitoneale
- Patologia surrenalica (emorragia, iperplasia, insufficienza acuta TBC )

- Neoplasie surrenaliche (feocromocitoma, carcinoma, metastasi, linfoma )
- Ascesso renale
- Pielonefrite enfisematosa
- Infarto epatico
- Peliosi epatica
- Neoplasie primitive e secondarie, renali, vescicali, utero – annessiali, del testicolo e della prostata
- Linfomi
- Fistole vescicali
- Prostatite acuta ed ascesso prostatico
- Ascesso epatico piogenico

**Patologia scheletrica** (L'esame TC deve essere sempre preceduto da Rx convenzionale del segmento interessato)

- Patologia tumorale maligna primitiva e secondaria
- Fratture complesse ginocchio e caviglia.

**D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI**

**Patologia regione encefalo, massiccio facciale e collo**

- Cefalea di recente insorgenza con obiettività neurologica negativa
- Controllo in ematoma subdurale cronico
- 1° Controllo in esiti di intervento neurochirurgico

- Sospetto microadenoma ipofisario (esame successivo ad RM)
- Patologia dell'orecchio medio ( otiti croniche e colesteatomi )
- Massa cervicale di tipo cistico (dopo diagnosi ecografica)
- Sospette malformazioni congenite (Budd-Chiari, Dandy-Walker, Malformazioni sviluppo corticale, sindromi neurocutanee)
- Patologia metabolica o degenerativa cerebrale – 1^ diagnosi
- Patologia benigna tiroidea (struma, gozzo immerso) dopo diagnosi ecografica
- Linfadenopatia
- Cisti odontogene mandibola

**Patologia Torace** ( L'esame TC deve essere sempre preceduto da RX torace standard)

- Polmonite micotica
- Polmonite da micobatteri (controllo)
- Amiloidosi polmonare
- Bronchiectasie note e non complicate
- Polmonite interstiziale diffusa cronica
- Neurinomi, paragangliomi, ganglioneuromi toracici noti
- Ipertensione polmonare cronica
- Sollevamento diaframmatico
- Fratture costali (controllo)

**Patologia addome** ( L'esame TC deve essere sempre preceduto da Ecografia)

- Insulinoma pancreatico noto

- Infezioni epatiche (epatite, ascesso amebico, cisti da echinococco)
- Sindrome di Budd-Chiari (controllo)
- Congestione epatica
- Emocromatosi epatica, m. di Wilson
- Malattia di Caroli
- Cisti del coledoco
- Colangiti ricorrenti – recidivanti
- Colecistosi iperplastica, colecisti a porcellana
- Cisti surrenalica, adenoma surrenalico, miolipoma surrenalico
- Uremia con policistosi renale
- Rene a spugna midollare
- Stenosi delle arterie renali
- Infarto renale
- Trombosi della vena renale
- Tumori benigni del rene (oncocitoma, angiomiolipoma, nefroma cistico)
- Patologie espansive ovariche (con marcatori neoplastici negativi)

**Patologia scheletrica** (L'esame TC deve essere preceduto sempre da Rx convenzionale del segmento interessato)

- Patologia tumorale benigna
- Follow-up patologia neoplastica nota
- Controlli post – interventi ortopedici
- Discopatie e sospette ernie discali sintomatiche

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

**Patologia regione encefalo, massiccio facciale e collo**

- Cefalea cronica
- Controlli di precedenti ictus (emorragico e ischemico)
- Postumi di trauma accertato
- Patologia sinusale infiammatoria e polipoide
- Deviazioni del setto nasale ed ipertrofia dei turbinati , in fase preoperatoria
- Patologia metabolica o degenerativa cerebrale –controllo

**Patologia Torace** (L' esame T A.C deve essere sempre preceduto da RX torace standard)

- Polmonite cronica eosinofila
- Fibrosi cistica polmonare nota
- Sarcoidosi polmonare nota
- Istiocitosi polmonare
- Asbestosi polmonare o pleurica nota, pneumoconiosi nota
- Sclerodermia nota, lupus eritematoso sistemico
- Artrite Reumatoide nota
- Sindrome di SJOGREN nota
- Ematopoiesi extramidollare

- Cisti mediastiniche note
- Sequestro polmonare
- Ernie transdiaframmatiche note
- Gozzo toracico o cervico toracico
- Acalasia, varici esofagee non sanguinanti, diverticoli
- Granulomatosi di Wegener
- Aneurisma aortica (controllo)
- Malformazioni arterovenose polmonari, dell'arco aortico e dei suoi rami
- Ispessimento pleurico di ndd, masse pleuriche benigne (controllo)
- Enfisema polmonare cronico
- Studio delle calcificazioni cardiache
- Anomalie costali e dello scheletro toracico

**Patologia addome** ( L'esame TC deve essere sempre preceduto da Ecografia)

- Metastasi epatiche, pancreatiche e linfomi (controlli periodici)
- Anomalie del fegato (policistosi, fibrosi congenita e acquisita, agenesia di segmenti epatici)
- Steatosi a carta geografica
- Cirrosi (primitiva e postnecrotica)
- Sarcoidosi epatica
- Malformazioni art. ven. epatiche, duplicazioni e anomalie delle vena cava inferiore
- Cisti epatiche
- Angiomi epatici già accertati
- Anomalie pancreatiche (agenesia parziale, pancreas anulare, divisum, ectopie)

- Fibrosi cistica pancreatica, cisti e pseudocisti pancreatiche
- Pancreatite cronica
- Linfocele retroperitoneale
- Ectopia renale, rene a ferro di cavallo, policistosi renale, anomalie del giunto pielouretrale
- Nefriti e Pielonefriti croniche
- Nefrocalinosi
- Calcolosi urinaria (controllo)
- Cisti renali
- Anomalie ureterali e vescicali, ureterocele, cistiti calcolosi, diverticoli
- Vescica neurologica
- Criptorchidismo
- Ipertrofia prostatica benigna

### **Patologia scheletrica**

- Controlli in fratture
- Esiti traumatici o patologia cronica

Modulo di richiesta di esame TC con mdc iodato per via inettiva  
(ai sensi della nota del min. San. del 17.9.1997)

Cognome.....Nome.....Nato /a il.....

Degente U.O.....Osp.....Cartella clin.....

Ambulatoriale

Quesito clinico.....

Indagine proposta.....

**Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:**

- comprovato rischio allergico a mdc iodato o ad altre sostanze NO SI  
(se si, specificare.....)
- insufficienza renale (se si specificare:  lieve,  media,  grave) NO SI (creatinina...)
- insufficienza epatica grave NO SI
- insufficienza cardio-circolatoria grave NO SI
- diabete NO SI
- anamnesi per mieloma o paraproteinemia di Waldestrom NO SI
- ipertiroidismo accertato NO SI
- trattamento in atto con i seguenti farmaci: NO SI  
B – bloccanti, biguanidi, interleukina  
(se si specificare.....)

Firma e timbro del medico prescrivente.....

---

**CONSENSO INFORMATO**

**informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine proposta, il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti, dichiara**

- di acconsentire allo svolgimento dell'indagine.
- di non acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

Firma del pz. O del titolare del consenso.....

Data.....

# ***RISONANZA MAGNETICA***

**U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA**

## **Patologia encefalo e colonna**

- Traumi spinali

## B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI:

### **Patologia encefalo collo e midollo**

- Neoplasia cerebrale accertata o sospettata con TC
- Sclerosi a placche (1^ diagnosi)
- Aneurisma o M.A.V. sospetti dopo TAC
- Sospetta neoplasia prime vie aero-digestive dopo TAC
- Tumori cavità orale e lingua

### **Patologia addome**

- Metastasi epatiche dopo TAC
- Ittero o litiasi coledoco (dopo eco e documentata dilatazione vie biliari)
- Insufficienza renale (In alternativa alla TAC)
- Massa sospetta renale (dopo TAC)
- Neoplasie surreni
- Lesioni corticosurrenaliche
- S. di Cushing
- Neoplasie vescica (stadiazione)
- Neoplasie prostata (stadiazione)
- Neoplasie utero-annessiali (stadiazione)
- Endometriosi (localizzazione)
- Linfomi (dopo TAC per localizzazione linfonodi)

### **Patologia mammella**

- Sospetta neoplasia maligna mammaria o recidiva o neoplasia multifocale (dopo eco o mammografia)

### **Patologia muscolo-scheletrica**

- Neoplasie muscolo-scheletriche (dopo ecografia)
- Sospetta rottura traumatica cuffia rotatori (dopo ecografia)
- Patologia acuta meniscale
- Patologia acuta lig. crociati ,rotulei,collaterali
- Patologie infiammatorie del midollo e/o colonna (spondilite)
- Ernie discali con deficit neurologico (1^ diagnosi)
- Patologie benigne colonna (1^ diagnosi)
- Metastasi ossee
- Sospetta osteonecrosi in fase acuta

D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

### **Patologia encefalo e colonna**

- Sclerosi a placche (fase cronica)
- Controllo interventi neurochirurgici su patologia maligna
- Patologia orecchio interno ed angolo ponto-cerebellare
- Patologia carotidea (dopo ecocolor-doppler)

- Ernie discali senza deficit neurologico

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

**Patologia encefalo e colonna**

- Controlli patologia ictale
- Controlli interventi di derivazione
- Controlli interventi neurochirurgici su patologia benigna

**Patologia addome**

- Patologia intestino tenue (Crohn)
- Pancreatite cronica (controlli)
- Controlli post-operatori

**Patologia muscolo-scheletrica (dopo rx e/o eco)**

- Instabilità spalla
- Sindrome da conflitto acromion - omerale
- Patologia cronica cuffia rotatori
- Patologie infiammatorie croniche (sinoviti, artriti)
- Patologia cronica meniscale
- Patologia cronica lig. crociati, rotulei, collaterali
- Patologie sinoviali (cisti)
- Patologie articolari (degenerative, osteocondriti,)
- Patologie femoro-rotulee (su indicazione specialistica)

- Patologie ligamentose croniche piede, caviglia, polso, gomito
- Patologie bacino: osteonecrosi, sindromi neurologiche, osteiti del pube (controllo)
- Controllo in esiti di patologia traumatica della colonna
- Ernie discali (in cronico)
- Patologie benigne colonna (in cronico)

# ***ANGIOLOGIA***

## **GRUPPO DI LAVORO:**

- Dott. ssa Eleonora Ferrera – Capo Servizio Specialistica A.U.S.L. N. 7 - Coordinatore del Gruppo;
- Dott. S. Fichera – Dirigente Medico D.S.M. Distretto di Ragusa;

- Dott. A. Garignano – Specialista ambulatoriale Distretto di Ragusa;
- Dott. B. La Terra Bella – M. M. G. - Distretto di Ragusa;
- Dott.ssa Rosa Giaquinta - M. M. G. - Distretto di Ragusa;
- Dott. Giuseppe Cannizzo –M. M. G. – Distretto di Vittoria;
- Dott. Gabriele Scrofani – M. M. G. – Distretto di Vittoria;
- Dott. Edoardo Croce – Direttore Struttura Complessa Reparto Chirurgia Vascolare - Presidio Ospedaliero Guzzardi di Vittoria;
- Dott. G. Genovese – Dirigente Medico O.M.P.A. Azienda Ospedaliera di Ragusa;
- Dott. Giorgio Spadaro – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Vincenzo Poidomani – M. M. G. – Distretto di Modica.

## **RACCOMANDAZIONI**

E' consigliabile *in ogni caso* far precedere l'esame strumentale (ecocolordoppler) da una visita specialistica.

## **CRITERI DI APPROPRIATEZZA**

### **Patologia dei tronchi sopraortici**

L'esame di scelta per la diagnosi e lo screening della patologia cerebrovascolare è l'ecocolordoppler.

E' indicato nei pazienti *sintomatici* con TIA o stroke recente per un inquadramento etiopatogenetico, ai fini prognostici e per un indirizzo terapeutico.

Lo studio Eco Doppler dei tronchi sopra aortici è indicato come accertamento integrativo anche nei pazienti *asintomatici* con o senza soffio laterocervicale a genesi non cardiaca, con arteriopatia periferica accertata, con aneurisma aortico, nei coronaropatici, nei soggetti con età > 65 anni e con fattori di rischio multipli, in tutte le vasculopatie giovanili e nei pazienti candidati ad interventi di chirurgia cardiovascolare maggiore e in pazienti con patologie oculari di natura vascolare.

Su richiesta dello specialista è indicato un monitoraggio ecocolordoppler della progressione o della regressione della placca aterosclerotica carotidea.

Il paziente sintomatico al primo episodio di TIA necessita di valutazione neurologica (e non angiologica) urgente. Sarà il neurologo a richiedere, se lo riterrà opportuno, l'esame ecocolordoppler.

Il paziente asintomatico va monitorizzato nel tempo ma non richiede ecocolordoppler urgente.

Tutti i pazienti che necessitano di un esame di primo accesso saranno inviati dai medici di medicina generale all'angiologo, con richiesta del ecocolordoppler senza visita. Lo specialista, valutato il caso, lo reinvierà al MMG con appropriata terapia, o dall'angiochirurgo, o programmerà lui stesso la terapia e i successivi controlli (sempre d'intesa con i mmg).

## ***ARTI SUPERIORI***

La patologia vascolare degli arti superiori è solitamente una patologia cronica che non porta ischemia grave. La patologia acuta può essere causa di ischemia severa da trattare in ambito ospedaliero urgente. Le patologie da studiare con ecocolordoppler sono quelle di natura compressiva a livello dello stretto toracico superiore, gli aneurismi e le stenosi o le occlusioni aterosclerotiche del distretto anonimo-succlavio. Nessuna di queste patologie riveste carattere di urgenza; in caso di ischemia severa, ovviamente, il paziente va ospedalizzato.

Una altra patologia da studiare con ecocolordoppler in regime di relativa urgenza (consigliabile l'esecuzione dell'esame entro 7-10 gg.) è quella che interessa la vena omerale ascellare succlavia (solitamente patologia trombotica). Nel sospetto di trombosi venosa acuta dell'arto superiore è comunque più indicata una visita urgente tramite pronto soccorso, in quanto in questi pazienti, a diagnosi confermata, è assolutamente indicato il ricovero in ambiente specialistico. I successivi controlli,

eseguiti a ricovero terminato e terapia instaurata, sono ampiamente programmabili e non rivestono alcun carattere d'urgenza.

### **ARTI INFERIORI**

L'ecocolordoppler non deve essere utilizzato di prima scelta nella patologia ostruttiva arteriosa degli arti inferiori; il suo uso è preliminare all'angiografia nei casi in cui sia ipotizzabile una rivascularizzazione, e successivo allo studio angiografico, alla ricerca di particolari utili per l'intervento. Non è indicato per il controllo dei pazienti in trattamento farmacologico. ***Pertanto l'ecocolordoppler non trova alcuna indicazione in fase di diagnosi di arteriopatia degli arti inferiori.***

Il paziente sospetto o supposto arteriopatico va inviato allo specialista angiologo con la sola richiesta di visita angiologica, senza nessuna indicazione di indagine strumentale. Nel paziente al primo e secondo stadio di Fontaine la visita non riveste carattere di urgenza. I pazienti con dolori a riposo o lesioni necrotiche vanno inviati allo specialista con urgenza (tramite pronto soccorso).

I pazienti con ischemia acuta di un arto inferiore va immediatamente ospedalizzato.

Il paziente con sospetta trombosi venosa profonda o tromboflebite superficiale di un arto inferiore va sottoposto con urgenza (tramite pronto soccorso) a valutazione clinica da parte dello specialista; Non è giustificata, quindi, alcuna richiesta di ecocolordoppler che avrebbe il solo effetto di ritardare un necessario ricovero.

La sindrome posttrombotica (esiti di trombosi venosa profonda) ha invece la necessità di essere monitorata tramite ecocolordoppler con controlli stadiati, cadenzati e non urgenti.

### **Aorta Addominale**

Premesso che la patologia più frequente dell'aorta addominale è quella aneurismatica e che la maggior parte delle diagnosi vengono fatte in corso di ecografia addominale non specialistica, l'ecocolordoppler si rivela comunque un esame utile per il monitoraggio delle dimensioni dell'aneurisma, che diviene a rischio di rottura oltre i 4,5cm di diametro, riferiti al lume vero (da una parete all'altra dell'aorta, compreso l'eventuale trombo parietale).

Il paziente con aneurisma dell'aorta addominale va comunque sottoposto a visita specialistica corredata da ecocolordoppler, ma l'aneurisma non a rischio di rottura (diametro < 4,5 cm) non riveste alcun carattere di urgenza.

Per aneurismi di grosse dimensioni è senz'altro indicata una visita angiologica eseguita in relativa urgenza accompagnata da esame strumentale a giudizio dello specialista.

### **Aorta toracica**

Lo studio della patologia dell'aorta toracica va eseguito con ecocolordoppler transesofageo. Tale esame è competenza dello specialista cardiologo.

### **Rami viscerali**

L' Ecocolordoppler dei rami viscerali (tronco celiaco, arterie renali e mesenteriche) non dà, per la difficoltà di esecuzione, risultati affidabili.

Per la patologia dei rami viscerali, il gold standard rimane l'angiografia.

L'insufficienza epatica con ipertensione portale va studiata da un ecografista internista che abbia esperienza di tale patologia.

### **Varicocele**

La patologia varicosa del plesso venoso pampiniforme è estremamente diffusa a partire dall'età adolescenziale.

Inoltre essa è causa fra le più frequenti di infertilità maschile.

L'esame di scelta per la diagnosi di varicocele è, appunto, l'ecocolordoppler.

Uno screening nel senso della ricerca del varicocele dovrebbe doverosamente essere allargato a tutta la popolazione scolastica dai 14 ai 18 anni.

E' evidente che, se attuato, questo screening assorbirebbe tutte le risorse, in termini di uomini, apparecchiature e tempo, destinate alla specialistica angiologica ambulatoriale.

Si è attualmente nell'impossibilità di impostare qualunque indagine che risponda ai requisiti propri di uno studio condotto su vaste coorti di pazienti, ma non si può fare a meno di ritenere congruo un accertamento specialistico angiologico con ecocolordoppler su soggetti tra i 14 e i 18 anni anche in assenza di segni clinici patologici specifici per il varicocele.

### **FOLLOW-UP**





## **RAMI VISCERALI**

- Insufficienza celiaco – mesenterica      Visita

## **VARICOCELE**

- Varicocele sintomatico      Visita urologica

## P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

## **CEREBRO - VASCOLARE**

- Paziente Asintomatico      Ecocolordoppler
- Follow-up Chirurgico medico      Ecocolordoppler

## **ARTI SUPERIORI**

- Ischemia cronica      Ecocolordoppler
- Sindrome dello stretto toracico superiore      Ecocolordoppler
- Trombosi venosa acuta succlavio ascellare (Esiti)      Ecocolordoppler

## **ARTI INFERIORI**

- AOCP I e II stadio      Visita angiologica
- Trombosi venosa profonda (Fase cronica)      Ecocolordoppler
- Tromboflebite superficiale (Esiti)      Ecocolordoppler

## **AORTA ADDOMINALE**

- |                                       |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| - Aneurisma Asintomatico *            | Ecocolordoppler |
| - Aneurisma < 4,5 cm<br>(follow-up) ? | Ecocolordoppler |
| - Aneurisma > 4,5 cm<br>(follow-up)   | Ecocolordoppler |

### **RAMI VISCERALI**

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| - Ipertensione renale | Visita angiologica |
|-----------------------|--------------------|

### **VARICOCELE**

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| - Varicocele subclinico | Ecocolordoppler |
|-------------------------|-----------------|

### **FOLLOW-UP**

- |   |  |
|---|--|
| - Qualunque patologia<br>(a giudizio dello specialista) | Ecocolordoppler e/o Visita angiologica |
|---|--|

# ***ELETTROMIOGRAFIA***

**GRUPPO DI LAVORO:**

- Dott.ssa Maria Concetta Distefano - Direttore Distretto di Vittoria – Coordinatore del Gruppo;
- Dott. Emanuele Caggia – Dirigente Medico - O.M.P.A. Azienda Ospedaliera di Ragusa;
- Dott. Giuseppe Muraglie – Dirigente Medico – Ospedale Maggiore di Modica;
- Dott. Gabriele D’Asta - Dirigente Medico – Ospedale Guzzardi di Vittoria;
- Dott. Vincenzo Di Quattro – M. M. G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Gerardo Melodia – M. M. G. – Distretto di Vittoria;
- Dott. Massimo Garretto – M. M. G. Distretto di Vittoria;
- Dott. Giuseppe Liuzzo – M. M. G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Bartolomeo Arrabito – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Guido Marescalco – Specialista Ambulatoriale – Distretto di Modica;
- Dott. Bartolo Giaquinta – M. M. G. – Distretto di Ragusa.

## **DEFINIZIONI E RACCOMANDAZIONI**

L’ Elettromiografia é una metodica diagnostica invasiva che comprende l’analisi mediante ago-elettrodo dell’attività elettrica muscolare a riposo e durante attivazione volontaria (EMG propriamente detta) e lo studio della conduzione

nervosa(Elettroencefalografia o ENG) motoria(VCM) e sensitiva(VCS) che misura la capacità dei tronchi nervosi di trasmettere impulsi elettrici ai vari muscoli.

Le due tecniche neurofisiologiche (EMG p.d. e ENG) si eseguono spesso in successione e sono complementari per la diagnosi in quanto consentono di studiare il sistema nervoso periferico (SNP) da un punto di vista funzionale. Permettono infatti di:

1) identificare la sede dell'anomalia (nervi, radici nervose, muscoli e/o giunzioni neuromuscolari);

2) caratterizzare il deficit (di che tipo di deficit si tratta) permettendo di distinguere altresì l'interessamento prevalente del rivestimento mielinico (neuropatie demielinizzanti) dalla sofferenza delle fibre nervose (neuropatie assonali);

3) quantificare il deficit (di che entità è il problema);

4) monitorare il decorso di molte patologie del Sistema Nervoso Periferico al fine di fornire una prognosi e di valutare l'efficacia delle terapie adottate. L'EMG rappresenta quindi un valido (ma non l'unico) ausilio diagnostico per la diagnosi di molte patologie neurologiche.

Prima di eseguire un esame emg è necessario avvertire l'esaminatore circa l'assunzione da parte del paziente di farmaci anticoagulanti, della presenza di pacemakers cardiaci o di stimolatori elettrici, nonché della presenza di malattie della coagulazione e/o malattie infettive a trasmissione ematica.

E' quindi auspicabile che le suddette avvertenze siano comunicate a tutti gli utenti in sede di prenotazione.

### **Modalità di prescrizione della richiesta di EMG**

Secondo la Circolare del 21/Giugno/2005 n°1170 dell'Assessorato alla Sanità Regione Sicilia riguardante la corretta applicazione del nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni specialistiche di emg, la richiesta di esame emg da parte del medico prescrittore ossia il medico di medicina generale, deve contenere semplicemente l'indicazione generica di "Esame Elettromiografico" specificando soltanto il distretto da analizzare (per es: arti superiori o arti inferiori) oltre alla indicazione del relativo sospetto diagnostico.

Cio' in considerazione del fatto che l'esame emg non puo' essere predeterminato nel numero e nel tipo di segmenti da analizzare da parte del mmg ma sara' compito poi dello specialista che, operando secondo scienza e coscienza stabilirà il numero ed i tipi di segmenti (nervi o muscoli) che a suo giudizio sarà necessario esaminare al fine di giungere ad una corretta diagnosi. Sarà inoltre compito dello specialista che esegue la

prestazione segnare sulla stessa richiesta del mmg il numero ed il tipo di segmenti analizzati, allegando alla stessa relativa documentazione al fine di consentire all'autorità competente (AUSL di appartenenza) di potere effettuare i necessari controlli sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Resta tuttavia fermo che a prescindere da quanti segmenti verranno analizzati, il numero massimo di segmenti che verrà remunerato dal SSR per singola richiesta non potrà essere superiore ad otto e che, come già detto, la stessa richiesta non può contenere contestualmente l'esame per più di un singolo distretto (emg del volto o degli arti superiori o degli arti inferiori)

### U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA

### B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI:

Per l'esame EMG non si ravvisa l'esigenza dell'applicazione dei **codici U e B** (prestazione da effettuarsi rispettivamente nell'arco della giornata stessa o entro 10 giorni) da parte del medico prescrittore in quanto le patologie neurologiche gravi sono di pertinenza ospedaliera. Purtuttavia in caso di sospetto di patologia grave o urgente (S. di Guillain-Barre', Botulismo, Tetano, Miastenia), ove non si ravvisi la necessità di ricovero ospedaliero, è consigliabile redigere richiesta di “Visita Neurologica” con codice B. Sarà poi compito dello specialista valutare l'esigenza di eseguire un esame emg a completamento dell'iter diagnostico.

### D: DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

**CODICE D:** Il **codice D** (prestazione da effettuarsi entro 30-60 giorni) si applica alla maggior parte degli esami emg richiesti per la prima volta dal mmg. I segni di denervazione infatti si manifestano in genere dopo 20-30 giorni dalla insorgenza della patologia ed inoltre l'emg non fornisce informazioni circa l'eziologia della malattia ma può essere utile soprattutto per una diagnosi di sede per cui è da considerare un complemento dell'esame clinico.

Patologie più frequenti per le quali il mmg può richiedere una emg:

- 1) Ernia discale.

2) Neuropatie focali (Sindrome del Tunnel Carpale, Ulnare al gomito, Peroneo al Capitulo, Femorale, Sindrome del Tunnel Tarsale etc..).

3) Mono e/o polineuropatie.

4) Radicolopatie cervicali e/o lombosacrali.

5) Radicoloneuropatie.

6) Plessopatie cervico-brachiali e/o lombosacrali.

Per le seguenti patologie è invece consigliabile far precedere l'esame emg da una visita specialistica (non necessariamente o esclusivamente neurologica) con codice D. Sarà poi il medico specialista che a sua discrezione farà eseguire o meno l'esame emg al paziente a corredo dell'iter diagnostico:

1) Miopatie.

2) Miastenia Gravis.

3) SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica).

4) Patologie dei Nervi Cranici.

#### P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

**CODICE P:** Il codice P (prestazione da effettuarsi entro 180 giorni) si applica generalmente per controlli emg programmati (follow-up) di patologie già note onde valutare l'andamento di una malattia cronica in corso di trattamento. Trattasi delle patologie eredo-degenerative e delle complicanze neurologiche di patologie sistemiche endocrine ed autoimmuni (es: neuropatia diabetica, uremica, alcolica, radicolopatie compressive etc..)

# ***OCULISTICA***

## **GRUPPO DI LAVORO:**

- Dott.ssa Maria Rendo – Responsabile Ufficio Coordinamento Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Dott.ssa Maria Luisa Occhione – Specialista Ambulatoriale Interno – Vittoria
- Dott.ssa Giorgetta Avola – Specialista Ambulatoriale Interno – Modica
- Dott. Pietro Occhipinti – Medico di Medicina Generale – Ragusa
- Dott. Vincenzo Ottaviano – Medico di Medicina Generale – Ragusa
- Dott. Salvatore Schirmo – Medico di Medicina Generale – Vittoria
- Dott. Franco Motta – Medico di Medicina Generale – Vittoria
- Dott. Mario Puccia – Medico di Medicina Generale – Modica
- Dott. Rosario Morello – Medico di Medicina Generale – Modica
- Dott. Giuseppe Spina – Dirigente Medico Ospedale Guzzardi – Vittoria
- Dott.ssa Valeria Trovato – Specialista Ambulatoriale Interno – Ragusa
- Dott.ssa Giuseppina Verde – Dirigente Medico Ospedale Maggiore – Modica
- Dott. Antonio Fede – Dirigente Medico Azienda Ospedaliera Civile-OMPA - Ragusa

## **RACCOMANDAZIONI**

**A) rispetto dei limiti dell'esenzione:** le esenzioni per patologia -013-031 ecc, di cui al D.M. 329/99 prevedono solo esami strumentali (es. fundus, ecc) e quindi la visita oculistica non puo' essere prescritta in esenzione;

**B) utilizzo del ricettario personale – bianco** – da parte del MMG per le richieste di visita oculistica, finalizzate all'ottenimento di un beneficio personale del paziente, quali il rilascio di certificazione a fini medico-legali, patente, commissioni d'invalidità, ecc., e relativo pagamento della prestazione poiché a totale carico del cittadino, anche esente;

**C) presa in carico da parte dello specialista del soggetto per un follow up o se affetto da glaucoma cronico** sino alla definizione della diagnosi e la relativa personalizzazione della terapia, con prenotazione del paziente direttamente al CUP;

**D) la prescrizione che richieda l'esecuzione di esami strumentali di 2° livello**, fluoroangiografia, laser, ecc. con biffatura della priorità **urgente** o **breve**, sarà a cura dello specialista; i MMG potranno prescrivere **esami strumentali di 2° livello**, suggeriti da specialisti privati o preaccreditati con la biffatura di "S" e di "D";

**E) lo specialista prenoterà al CUP con un modulario interno i soggetti cronici per i piani terapeutici o per monitorare l'evoluzione di una cataratta o di un glaucoma**; il modulario con la proposta del periodo del successivo controllo, sarà portato al MMG per la prescrizione della ricetta;

**F) la presa visione dei referti degli esami ematochimici o specialistici, ad es. fluoroangiografia, tonometria**, poiché è propedeutico per la corretta formulazione della diagnosi va effettuato dallo specialista, senza ricetta alcuna da parte del MMG e senza riprenotazione presso il CUP;

### U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA

- Traumi, corpi estranei
- Glaucoma acuto (dolore acuto oculare)

- Improvvisi cali visivi od amaurosi improvvisa
- Diplopia improvvisa
- Iridociclite, occhio rosso

**B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI**

- Congiuntiviti
- Calazio acuto
- Flemmone del sacco (dacriocistite)

**D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI**

**PRESTAZIONI DIFFERIBILI E CONTRASSEGNALE CON LA LETTERA D**  
( prime visite da effettuare entro 30 giorni per: )

- mosche volanti, cefalee
- ambliopia, deficit visivo dei bambini (su richiesta della medicina scolastica)
- diabete e/o ipertensione di nuova insorgenza
- esame fundus per soggetti diabetici e/o ipertesi

**PRESTAZIONI DIFFERIBILI E CONTRASSEGNALE CON LA LETTERA D**  
(da effettuare entro 60 giorni se trattasi di prestazioni strumentali o visite non incluse nei LEA)

- fluoroangiografia, campo visivo
- visita per rinnovo patente
- visita per certificazione d'invalidità, concorsi, indennità, ecc. ecc. o comunque prestazioni finalizzate all'ottenimento di benefici e/o provvidenze individuali
- visita oculistica per rottura di occhiali (N.B. la rottura di occhiali non è urgenza)

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

- esame complessivo dell'occhio ed esame parziale dell'occhio per qualsiasi esigenza non contemplata nelle precedenti prestazioni
- i controlli per monitoraggio evoluzione cataratta e glaucoma e le visite per piani terapeutici e per i follow up
- tonometria per paziente glaucomatoso

***FISIATRIA***  
***E***

# ***MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE***

## **GRUPPO DI LAVORO:**

- Dott.ssa Maria Concetta Distefano – Direttore Distretto di Vittoria A.U.S.L.N° 7 - Coordinatore del Gruppo;
- Dott. Orazio Sallemi – Direttore di Struttura Complessa Presidio Ospedaliero Maggiore Modica;
- Dott. Vincenzo Schininà – Specialista Ambulatoriale – Distretto di Modica e Ragusa;
- Dott.ssa Maria Concetta Iuvara – Dirigente medico Azienda Ospedaliera Civile – OMPA di Ragusa;
- Dott. Salvatore Di Pasquale – M. M. G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Mario Tumino – M..M. G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Giuseppe Ferro – M. M. G. –Distretto di Vittoria;
- Dott. Elio Scollo – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Giorgio Ruta –M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Carmelo Guccione – Specialista Ambulatoriale – Distretto di Modica e Vittoria;
- Dott.ssa Sara Lanza – Dirigente Medico Ospedale Guzzardi di Vittoria;
- Dott. Nunzio Sallemi – M. M. G. – Distretto di Vittoria.

U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA

NON SI VERIFICANO IN MEDICINA RIABILITATIVA SITUAZIONI CLINICHE PER LE QUALI E' OPPORTUNA UNA VISITA FISIATRICA NELL'ARCO DELLA GIORNATA : URGENTE " U "

B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI

- ESITI DI TRAUMA IMMOBILIZZATO IN GESSO
- ESITI DI INTERVENTO CHIRURGICO
- PARESI NEUROLOGICA PERIFERICA
- INFORTUNI SUL LAVORO
- ESITI DI DIST. CERVICALE ALL'INIZIO DELLO SVEZZAMENTO DAL COLLARE
- PRIMA PRESCRIZIONE PROTESI AD AMPUTATI

D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

VENGONO IDENTIFICATE COME DIFFERIBILI " D " ( CIOE' CON TEMPI DI ATTESA TRA GLI **11 E I 30 GIORNI** ) LE SEGUENTI EVENIENZE CLINICHE:

- SCOLIOSI RELATIVAMENTE ALLA PRIMA VISITA
- PIEDE PIATTO
- SPALLA DOLOROSA CON LIMITAZIONE FUNZIONALE EVIDENTE
- TENDINOPATIE INSERZIONALI ( RESISTENTI A RIPOSO E TERAPIA MEDICA)
- LOMBALGIA,SCIATALGIA,CERVICALGIA,BRACHIALGIA RESISTENTI A CONGRUA TERAPIA FARMACOLOGICA ( ALMENO 10 GIORNI ) E CON ASSOCIATO DEFICIT FUNZIONALE
- PRESCRIZIONE DI AUSILI ,PROTESI ED ORTESI ( RELATIVAMENTE ALLA PRIMA PRESCRIZIONE ) ( NON RELATIVAMENTE AL RINNOVO )

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

- PATOLOGIA ARTROSICO – DEGENERATIVA
- LOMBALGIA E CERVICALGIA CRONICA
- FIBROMIALGIE DIFFUSE CON COMPONENTE PSICOSOMATICA
- VISITE PER PARAMORFISMI E DISMORFISMI SUCCESSIVE ALLA PRIMA VISITA
- VISITE PER RINNOVO AUSILI, PROTESI, ORTESI USURATE

# ***CARDIOLOGIA***

**GRUPPO DI LAVORO:**

- Dott.ssa Paola Sgarlata – Direttore Servizio Assistenza Sanitaria Base A.U.S.L.N° 7 Coordinatore del Gruppo;
- Dott. Raffaele Ferrante - Direttore U.O.C. Azienda Ospedaliera Civile – OMPA Ragusa;
- Dott. Vincenzo Bulla – Direttore Struttura Complessa Presidio Ospedaliero Maggiore - Modica;
- Dott. Rosolino Iurato – M. M. G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Giuseppe Colandonio – M. M. G. – Distretto di Vittoria;
- Dott. Giovanni Dezio – M. M. G. – Distretto di Vittoria;
- Dott. Ercole Giorgio Mavilla – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Pierantonio Rogasi – M. M. G. – Distretto di Modica;
- Dott. Giovanni Campailla – Dirigente medico - Presidio Ospedaliero Maggiore – Modica;
- Dott. Vladimiro Lettica - Direttore Struttura Complessa Presidio Ospedaliero Guzzardi - Vittoria;
- Dott. Vincenzo Spadola - Direttore U.O.C. Azienda Ospedaliera Civile – OMPA Ragusa;
- Dott. Francesco Tidona – M. M. G. – Distretto di Ragusa;
- Dott. Salvatore Molino – Direttore Struttura Complessa – Presidio Ospedaliero Regina Margherita - Comiso.

**U: URGENTE - ESAME DA ESEGUIRE IN GIORNATA**

- Dolore toracico con caratteristiche di urgenza (ma non di emergenza)                      Visita Cardiologica + ECG
- Turbe del ritmo iper o ipocinetiche acute di nuova insorgenza (tranne che per quelle emodinamicamente instabili)                      Visita Cardiologica + ECG

- Sincope Visita Cardiologica + ECG
- Dispnea recente Visita Cardiologica + ECG

### B: BREVE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 10 GIORNI

- Dolore toracico
  - a) Atipico (dolore di non pertinenza cardiologia) Visita Cardiologica + ECG
  - b) Tipico (angina da sforzo o angina da Cardiopatia ischemica già in trattamento) Visita Cardiologica + ECG
- Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente a breve termine Visita Cardiologica + ECG
- Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenzadi sospetta natura cardiologia Visita Cardiologica + ECG
- Ipertensione arteriosa sisto e/o diastolica già in trattamento politerapico e non responder Visita Cardiologica + ECG
- Gravidanza a termine ECG con o senza Visita Cardiologica
- Indagine diagnostiche con mezzo di contrasto ECG con o senza Visita Cardiologica
- Neoplasie in trattamento chemioterapico ECG con o senza Visita Cardiologica

### D:DIFFERIBILE – ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 60 GIORNI

- Sospetta Cardiopatia (Valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica Cardiomiopatia) non “U”, non “B” Visita Cardiologia (1^ visita)+ ECG
- Sospetta Cardiopatia

(Valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica  
Cardiomiopatia) che non rientra nelle Prestazioni Diagnostiche di 2° Livello  
Priorità “urgente” (U) o “Breve” (B) (Eco, Holter, Ergometria, ecc....)

P: PROGRAMMABILE - ESAME DA ESEGUIRE ENTRO 180 GIORNI

- Follow-up di tutti i pazienti cardiologici o a rischio di patologie cardiache (Diabetici, Dislipidemic, Ipertesi, Tireopatici, ecc...) Visita e/o prest. diagnostiche di 1° e 2° livello (Eco, Holter, Ergometria.)