

*Corso di Formazione teorico-pratico su Osteoartrosi  
e Terapia Infiltrativa*

*Adeguatezza della richiesta radiologica a  
seconda del sospetto clinico*

*Rimini, 10 novembre 2007*

*E. Cavagna, G. Madia, F. Muratore, R. Meco*

**UU. OO. di Radiologia Medica Diagnostica e Interventistica  
Rimini/Santarcangelo e Riccione/Cattolica**

**Direttore Dr. Enrico Cavagna**

*Caso clinico risalente alle prime esperienze con RM:*

*Paziente di 40 anni inviato a ecografia con quesito generico di dolore e limitazione funzionale spalla*

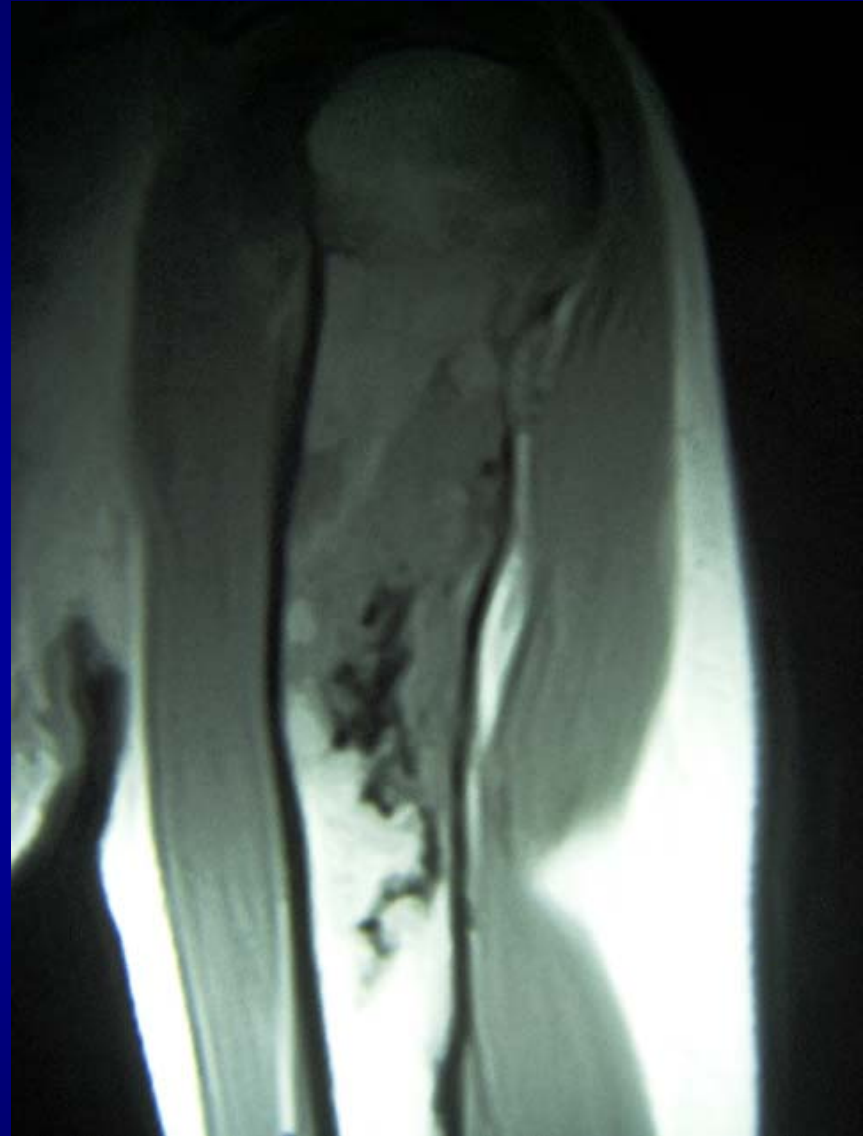
*Il radiologo ecografista fa diagnosi "affrettata" di tendinopatia degenerativa lieve cuffia dei rotatori*

*non esegue a completamente le radiografie, né le consiglia (mancata presa in carico del paziente)*

*Perdurando il dolore, viene richiesta RM:*

*Tendini della cuffia normali, ma...*

*Patologia ossea di non  
chiara interpretazione alla  
RM*

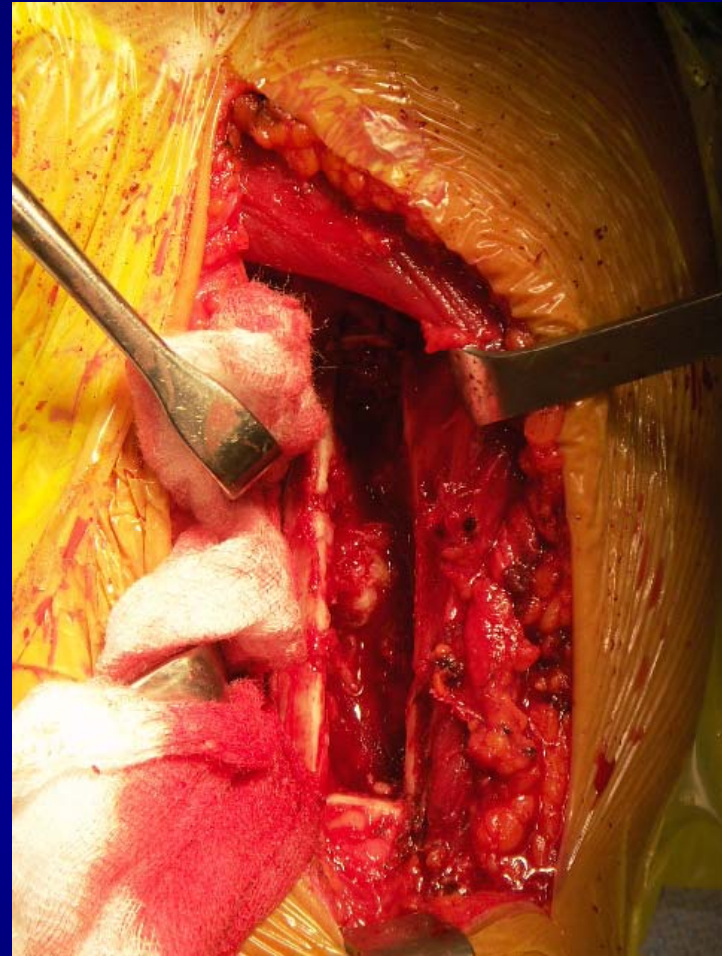


*Finalmente si decide di completare con RADIOGRAFIE*

*Estesa area osteolitica con  
depositi calcificici  
endomidollari, erosioni della  
corticale a colpo d'unghia  
(reperti suggestivi per  
condrosarcoma )*



*Diagnosi istologica:  
condroma con aree di  
degenerazione  
sarcomatosa*



*Percorso sbagliato*

*Ecografia inutile*

*Radiografie necessarie, sufficienti per la diagnosi*

*RM utile per conferma diagnosi, ma soprattutto pre-operatoria (bilancio estensione)*

*ITER corretto nella patologia osteo-articolare:*

*IN PRIMIS sempre RADIOGRAFIE : spesso raccontano molto, a guardarle bene*

*A seconda del sospetto, ev. prosecuzione con Ecografia , TC o RM (evitare richieste ridondanti: difficilmente servono tutte le metodiche)*

*RM vede molto, di solito "troppo" : dettagli non influenti sull'iter terapeutico*

*Su cosa dobbiamo lavorare (TUTTI) insieme:*

*Decidere quale esame strumentale è adeguato per quel tipo di sospetto clinico (appropriatezza della prescrizione)*

*Creare insieme percorsi di priorità condivisi assegnando ai principali quadri di patologia il tempo ideale di attesa entro il quale va effettuato l'esame strumentale (assegnare codici di priorità).*

***appropriatezza***

***priorità***



*Su cosa dobbiamo lavorare (MMG):*

*Eliminare la dizione generica di URGENZA (quanto urgente?)*

*Utilizzare nella ricetta i codici di priorità U, B, D, P  
(linee guida per classi di priorità)*

*U = urgente, entro 24 ore*

*B = breve, entro 7 -10 giorni*

*D = differibile, tra 7 e 60 giorni (30 per visite)*

*P = programmabile, tra 60 e 180 giorni*

*Su cosa dobbiamo lavorare (noi Radiologi):*

*Assicurare il rispetto della priorità concordata:*

*esempio se abbiamo concordato con MMG e altri specialisti che l'ecografia per sospetta rottura del tendine di Achille è "U", dobbiamo impegnarci a eseguirla entro 24 ore.*

*Prendere in carico il paziente:*

*Se riteniamo che il caso meriti approfondimenti di nostra pertinenza (es. RX, TC o RM), eseguirli subito o almeno prenotarli direttamente avendo cura di segnalarli nel referto*

*Su cosa dobbiamo lavorare (MMG):*

*Specificare tipologia dell'esame richiesto (consultarsi con il radiologo se dubbi)*

*Segnalare quesito diagnostico, indicazioni cliniche, anamnesi, ev. precedenti esami e/o visite specialistiche*

*Perché?*

*Tutto questo aiuta il Radiologo a contestualizzare l'esame, a farlo meglio e con maggior partecipazione*

*Su cosa dobbiamo lavorare (specialisti Ortopedici, Fisiatri, Neurochirurghi, Radiologi):*

### ***PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE***

*Sollevarre quest'ultimo (e il MMG) dalla prenotazione oggetto del percorso diagnostico-terapeutico, cui deve provvedere lo specialista titolare del percorso*

*Lo Specialista Ospedaliero DOVREBBE:*

*Prescrivere sul ricettario rosso del SSN le visite di controllo e le ev. prestazioni aggiuntive utili a completare l'iter diagnostico*

*Prenotare direttamente le visite e prestazioni di controllo afferenti alla sua branca specialistica*

*Dulcis in fundo: compilare i moduli di consenso (MDC, RM)*

*Grazie per l'attenzione!*