

SIEMC

Società Italiana di Ecografia
in Medicina e Chirurgia

II CORSO NAZIONALE E
SEMINARI DI
ECOGRAFIA CLINICA
SIEMC



RIMINI,
4 - 7 OTTOBRE 2015
AQUA HOTEL + ARIA HOTEL

GERARDO TRATTELLI

REFERTAZIONE ED ASPETTI MEDICO-LEGALI

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

”Trentamila denunce e dodicimila processi penali intentati nell’ultimo anno da parte di pazienti a carico dei medici per presunta responsabilità derivante dall’attività professionale ...”

*L’Espresso del 29 maggio 2008
 (“Dottore ... io ti denuncio!”)*

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

(Dati forniti dalla Fesmed)

La Federazione dei Medici Dirigenti (**Fesmed**) stima che ogni anno in Italia vi siano **320.000** pazienti vittime di un errore (diagnostico/terapeutico) durante la degenza ospedaliera o per prestazioni ambulatoriali e che vengano presentate circa **150.000 denunce** per presunta responsabilità del medico delle quali un **10%** porta all'avvio di **cause civili** o **penali**

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

(Dati forniti dal GISDI)

Le compagnie assicuratrici hanno elaborato delle analisi che stimano in circa **trentamila** le azioni giudiziarie intraprese contro i medici per **responsabilità professionale**

E' rilevante il dato che **in oltre il 70% dei casi**, l'azione legale si è conclusa con il riconoscimento della **responsabilità del professionista**

2002 - Azioni giudiziarie giunte a conclusione

Branca specialistica	Iniziate	Concluse con colpa
Chirurgia generale	179	105
Ostetricia e Ginecologia	159	122
Ortopedia e Traumatologia	131	95
Medicina generale	108	46
Anestesia e Rianimazione	104	40
Pronto Soccorso	78	46
Chirurgia cardiaca e vascolare	45	19
Nefro-Urologia	34	13
Radiologia (diagnostica e terapeutica)	33	24
Cardiologia	30	6
Neurochirurgia	30	13
Odontoiatria e Stomatologia	23	20
Chirurgia Plastica	22	17
Oculistica	20	16
Neonatologia	19	12
Otorinolaringoiatria	18	10
Gastroenterologia	15	4
Anatomia ed Istologia patologica	11	9
Oncologia	11	7
Altre	41	18
Totale	1111	642

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

quotidiano**sanità**.it

Il Quotidiano della Sanità italiana

QS Edizioni
anno III • numero 689
29 ottobre 2013

Quotidiano Sanità aderisce alla rete

segui **quotidianosanita.it**



twitter

facebook

feed

newsletter

archivio

Responsabilità professionale. Studio Agenas su gestione sinistri e polizze. Ok solo sette Regioni. A quota 12.000 le denunce di sinistro nel 2012

Il dato nel [focus 2012](#) sui sistemi regionali di gestione sinistri e polizze. Rispetto al 2009 segnalate piccole evoluzioni, ma anche una limitata conoscenza dell'istituto della mediazione e scarsa adozione del glossario dei sinistri. Regioni in ritardo anche sulla gestione dei rapporti con la Corte dei conti. I sinistri nel 2012 sono stati 12.000. Costo medio 40.000 euro.



29 OTT - Responsabilità professionale? Un tema ancora aperto e che fa discutere. Ma prima diamo qualche dato. Il numero delle denunce sinistri nel 2012 è di circa 12.000. Ma è un dato provvisorio che non include i dati di tre regioni e va correlato all'impressionante numero di prestazioni sanitarie fornite: oltre 9 milioni di ricoveri e circa un 1 miliardo di prestazioni specialistiche.

Il costo medio del risarcimento liquidato in caso di danni dovuti a responsabilità medica è di circa 40 mila euro e la grande maggioranza dei sinistri denunciati, circa il 63%, riguarda casi di lesioni personali, mentre i decessi ne rappresentano l'11%. L'importo varia a livello regionale ed è lievemente superiore rispetto a quanto emerge dai dati dell'Ania, l'associazione che riunisce le imprese assicurative, che parla di un importo medio liquidato a livello nazionale pari a 35 mila euro per sinistro. Secondo il rapporto, realizzato in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la

Sicurezza del Paziente di Agenas l'indice di sinistrosità, ovvero la frequenza con cui si verificano malpractice che vengono denunciate, è pari a 13 su 10 mila casi.

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

Responsabilità professionale - Studio Agenas

- 12.000 denunce sinistri nel 2012
- Costo medio del risarcimento liquidato: 40 mila euro
- Casi di lesioni personali 63%
- Casi di decessi 11%
- Indice di sinistrosità (frequenza di malpratiche denunciate): 13 su 10 mila casi
- Oltre 9 milioni di ricoveri
- 1 miliardo di prestazioni specialistiche

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

PRONTO LEGALE
L'Avvocato risponde

Home ▾ Come funziona?
Materie di competenza ▾ Sei un avvocato?
RICIEDI SUBITO UN PARERE! 39,90 €!
CONTATTACI ALLO 0110447030

Twitter Facebook

Malasanità

Visite: 268

SEI VITTIMA DI UN CASO DI MALASANITA'?
HAI SUBITO UNA OPERAZIONE ED E' ANDATA MALE?
E' STATO VIOLATO IL TUO CONSENSO INFORMATO?
IL TUO BAMBINO E' NATO CON UNA MALATTIA DOVUTA A ERRORE MEDICO?

Pronto Legale sa come AIUTARTI. I nostri Avvocati convenzionati potranno assisterti e farti giustizia: l'errore medico e/o dell'equipe medica e paramedica sono infatti ricorrenti nel nostro sistema sanitario.

In questi casi il medico, l'equipe e la struttura sanitaria stessa sono tutti responsabili e rispondono in giudizio sia in sede civile, sia penale.

ESPERTI AVVOCATI nel settore della RESPONSABILITA' MEDICA sono a tua disposizione per difenderti in entrambe le sedi.

COME possiamo aiutarti?

- Recuperando un risarcimento per danni subiti, in tuo favore e dei tuoi familiari (anche solo dei familiari se dall'intervento o dall'errore medico è derivata la morte del paziente);
- Rappresentandoti nel giudizio penale in qualità di parte offesa, danneggiata o vittima del reato;

Pronto Legale è dotata di un team di avvocati esperti in materia di responsabilità medica.

Contattaci al n **011-0447030** e farai un'ottima scelta.

E' CONVENIENTE!!

Oppure contattaci a mezzo del form sottostante. Il tuo avvocato ti chiamerà al numero di telefono che indicherai, il quale ti praticherà le tariffe agevolate.

Responsabilità del professionista: quando fargli causa per il risarcimento del danno

DI REDAZIONE



Le conseguenze

MALASANITÀ, BUFERA SULLO SPOT DELL'AVVOLTOIO: I MEDICI E GLI AVVOCATI CONTRO

di Giuliana Corica | 24/02/2014

Guerra senza indulgenze. "Spot dell'avvoltoio". E si minaccia il "Risarcimento". Pro...

LA STAMPA TV - 24 febbraio 2014

Mercoledì 12 Marzo - agg. 13:12

IL MATTINO.it

HOME PRIMO PIANO ECONOMIA CULTURA SPETTACOLI SOCIETÀ SPORT TECNOLOGIA FOTO WEB TV

Cronaca Politica Quirinale 2013 Esteri Sanità Scuola e Università Dillo al Mattino Vaticano CERCA

Malasanità, spot medici contro gli "avvoltoi". L'ira degli avvocati: «Ritiratelo da web e tv»

PER APPROFONDIRE Spot, malasanità, medici, avvoltoio, bufera, avvocati, guerra, sanità

edizioni locali
NAPOLI AVELLINO BENEVENTO CASERTA SALERNO

Compravendita senatori: il processo resta a Napoli
Resta a Napoli il processo sulla presunta compravendita dei senatori

Napoli. Blitz a San Pietro a Paterno: 12 inquilini denunciati per abusi edilizi e occupazione

SEGUI IL MATTINO [Facebook] [Twitter] [Google+] [RSS]

Sfoggia la prima pagina del giornale e attiva l'abbonamento. Leggi Il Mattino sul tuo pc, tablet e smartphone. 1 mese gratis

00:00

associarsi dal video
e l'Unione delle Camere penali. Sullo
e, alimentato anche da iniziative di

onisti contro. Come era facile
"Medici-Pazienti-Avvolti"
di medici Amami non è piaciuto agli
rno dalla presentazione e dalla

Sole 24 Ore Sanità

sanità

stose e sfruttano la fiducia dei
onarie".

Le conseguenze

quotidianosanità.it

Il Quotidiano della Sanità italiana

QS Edizioni
anno III • numero 881
23 giugno 2014

Quotidiano Sanità aderisce alla rete

Sicurezza dei pazienti. Il 57% degli italiani teme di subire danni durante le cure. Ma solo al 13% è capitato davvero. I RAPPORTI UE

Publicati dalla Commissione Europea una serie di rapporti che evidenziano le criticità, reali o percepite, in materia di sicurezza dei pazienti. In Italia il timore è maggiore che in Europa (57% vs 53%) ma le esperienze reali di danno subito sono inferiori che nel resto dell'Ue (13% vs 27%) le esperienze dirette, 38% vs 46% quelle famigliari). In Ue almeno 37.000 pazienti muoiono ogni anno per infezioni nosocomiali. [TUTTI I DOCUMENTI](#).



23 GIU - Si stima che l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale in Europa subisca un evento avverso, ad esempio una infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25% dei casi). Ogni anno nella Unione Europea circa 4,1 milioni di pazienti hanno una infezione ospedaliera e almeno 37.000 di loro muoiono per le conseguenze. Tuttavia il 20-30% delle infezioni nosocomiali potrebbe essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. Eppure la strada da fare in questa direzione è ancora lunga. Sia in Europa che nel nostro Paese. Quando si tratta di sicurezza delle cure sanitarie, infatti, l'Italia è indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'"empowerment" del cittadino, parziali gli avanzamenti sui programmi e politiche per la sicurezza e sui sistemi di reporting.

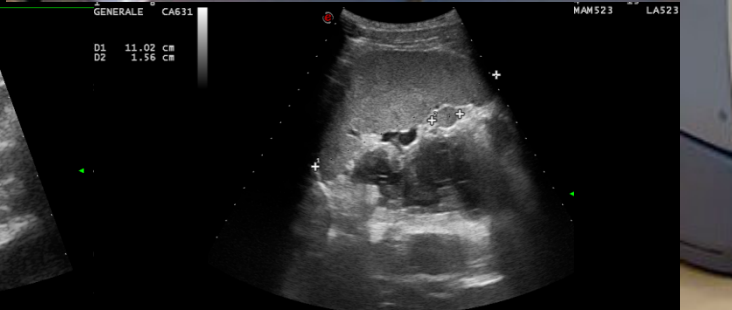
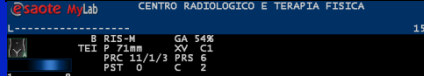
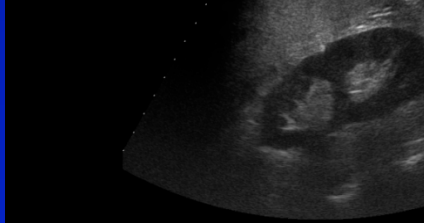
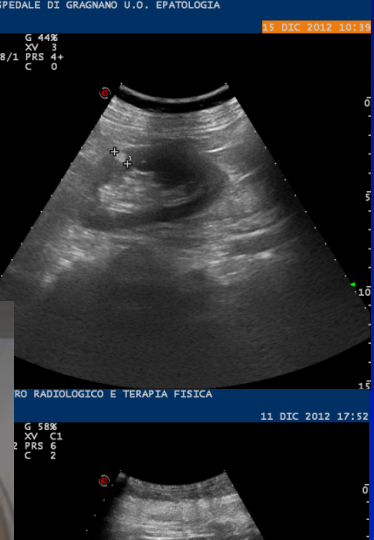
È quanto emerge dai Rapporti della Commissione Europea, freschi di pubblicazione, che presentano i progressi compiuti in materia nei Paesi Ue dal 2009, anno di approvazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01). Il pacchetto di documenti, alla realizzazione dei quali hanno partecipato anche il ministero della Salute italiano e il Centro GRC della Toscana, è composto in particolare da: **1) La relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009, 2) L'indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza, condotta tra il novembre e il dicembre 2013 in tutti i 28 paesi dell'UE; 3) I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014.**

La medicina difensiva

Comportamento della pratica medica volto ad adottare o evitare determinate misure e decisioni diagnostiche e/o terapeutiche, ispirandosi più all'obiettivo di allontanare il **rischio** di sempre più probabili sequele giudiziarie che a quello di assicurare la **salute** e la **guarigione** del paziente

*"Scienziati in Azienda" – I Project Work
Stresa, 26 settembre 2011 – 16 luglio 2012*

La medicina difensiva



La medicina difensiva

Impatto economico

- **Costi diretti**

- ❖ spesa sanitaria conseguente al fenomeno della medicina difensiva in Italia circa **13 miliardi di euro/anno** pari all'**11,8%** della spesa sanitaria totale (pubblica e privata)

- **Costi indiretti**

- ❖ pagamenti e spese che riguardano la tutela assicurativa dei professionisti e delle strutture (oltre **500 milioni di euro/anno**)

La medicina difensiva

Impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria

- ***Medicina difensiva positiva***
 - Rischio di disservizi
 - Allungamento delle liste d'attesa
 - Effetti iatrogeni (radiazioni ionizzanti, procedure invasive, mezzi di contrasto, ecc.)
- ***Medicina difensiva negativa***
 - Ritardo diagnostico
 - Ritardo terapeutico
 - Ostacolo allo sviluppo del progresso scientifico
 - Mancata implementazione di settori di cura notoriamente a "rischio"

La medicina difensiva

Impatto economico

quotidiano**sanità.it**

Il Quotidiano della Sanità italiana

QS Edizioni
anno III • numero 879
20 giugno 2014

Quotidiano Sanità aderisce alla rete

23° Congresso Anaa Assomed. Patto per la Salute, De Filippo: "Subito cabina di regia con professioni per confronto su temi scottanti". Lusenti: "Fondo sanitario 2014 a 109,928 mld"

Ovvero per discutere di responsabilità professionale, contratto e ingresso nel servizio sanitario anche senza specializzazione. Questa l'intenzione del ministero comunicata dal sottosegretario De Filippo nel corso di una tavola rotonda dedicata al Patto per la Salute, svoltasi all'interno del 23 congresso nazionale Anaa, alla quale hanno partecipato, oltre al segretario Anaa Troise, anche gli assessori alla salute Lusenti e Coletto.



20 GIU - Il Patto per la Salute, meglio, la sua chiusura, in queste settimane è al centro dell'attenzione del mondo della sanità. Gli operatori lo aspettano dal 2012, è in dirittura d'arrivo e il 23° Congresso dell'Anaa, in corso di svolgimento ad Abano Terme, non poteva non dedicargli uno spazio apposito con una tavola rotonda dal titolo "Patto per la Salute, finanziamento, professioni, organizzazione". Un confronto al quale hanno partecipato, oltre al **segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise**, gli attori che lo stanno scrivendo ovvero il governo, presente il **sottosegretario alla Salute Vito De Filippo**, e le regioni con **gli assessori alla Salute dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti e del Veneto, Luca Coletto**.

Ma oltre al patto durante il confronto si è parlato anche della riforma della PA, quindi delle norme che riguardano la governance con l'istituzione di un unico albo nazionale per direttori generali, sanitari e amministrativi, e della riforma del Titolo V che, nonostante sia stato modificato nel 2001, ha bisogno di una nuova rilettura.

La medicina difensiva

Impatto economico

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanità.it

Governo e Parlamento

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Lunedì 13 APRILE 2015

QS

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

Cerca

Def 2015. In sanità confermato il taglio di 2,352 miliardi dell'intesa Stato Regioni. Spesa sotto controllo fino al 2020. Le previsioni

*Il taglio al fondo indicato sia per il 2015 che per il 2016. Nella notte di venerdì il varo definitivo in Cdm. Indicate le stime del trend della spesa sanitaria fino al 2060. Si passa da un minimo 6,6 per cento sul Pil del 2020 al 7,6 nel decennio 2050-2060. Nel documento ribaditi gli impegni del Patto per la salute e la sanità si prenota 5 obiettivi nel [Programma nazionale di riforma](#). **IL TESTO***



10 APR - Dopo l'esame preliminare [iniziato lo scorso 7 aprile](#), era atteso per la mattina di venerdì il via definitivo, ma il Governo ha invece deciso di prendersi altre 12 ore di riflessione rimandando alla serata (il Cdm è iniziato attorno alle 20) il varo del Documento di Economia e Finanza per il 2015. In ogni caso, grazie all'anticipazione del testo in discussione da parte del quotidiano *La Stampa*, possiamo già anticipare che per la sanità le uniche misure economiche concrete contemplate nel Def sono quelle della manovra di contenimento della spesa prevista dalla legge di stabilità e recepita dalle regioni ([la nuova intesa ormai definita](#) con il Governo dovrebbe giungere già la prossima settimana) per un importo di 2,352 mln a decorrere dal 2015. Si riduce così il fondo sanitario che passa dai 112,062 miliardi del Patto siglato a luglio scorso ai 109,7 del Def

per il 2015. Ridotto anche quello del 2016 che passa da 115,444 miliardi del Patto ai 113,1 del Def.

La medicina difensiva Impatto economico



Il periodico di
approfondimento sui

Sanità informazione

informativa sulla sanità



Il periodico di
approfondimento sui
temi della sanità e
della salute

Sanità informazione

informativa sulla sanità

12 Maggio 2015

Anno III - Numero 19

GIANNINI EBOLA MINISTERO MILILLO CORBELLINI SIF CONSIGLIA FEDERFARMA ASSICURAZIONI

«Dottore, ascoltami due minuti e io non ti denuncio»

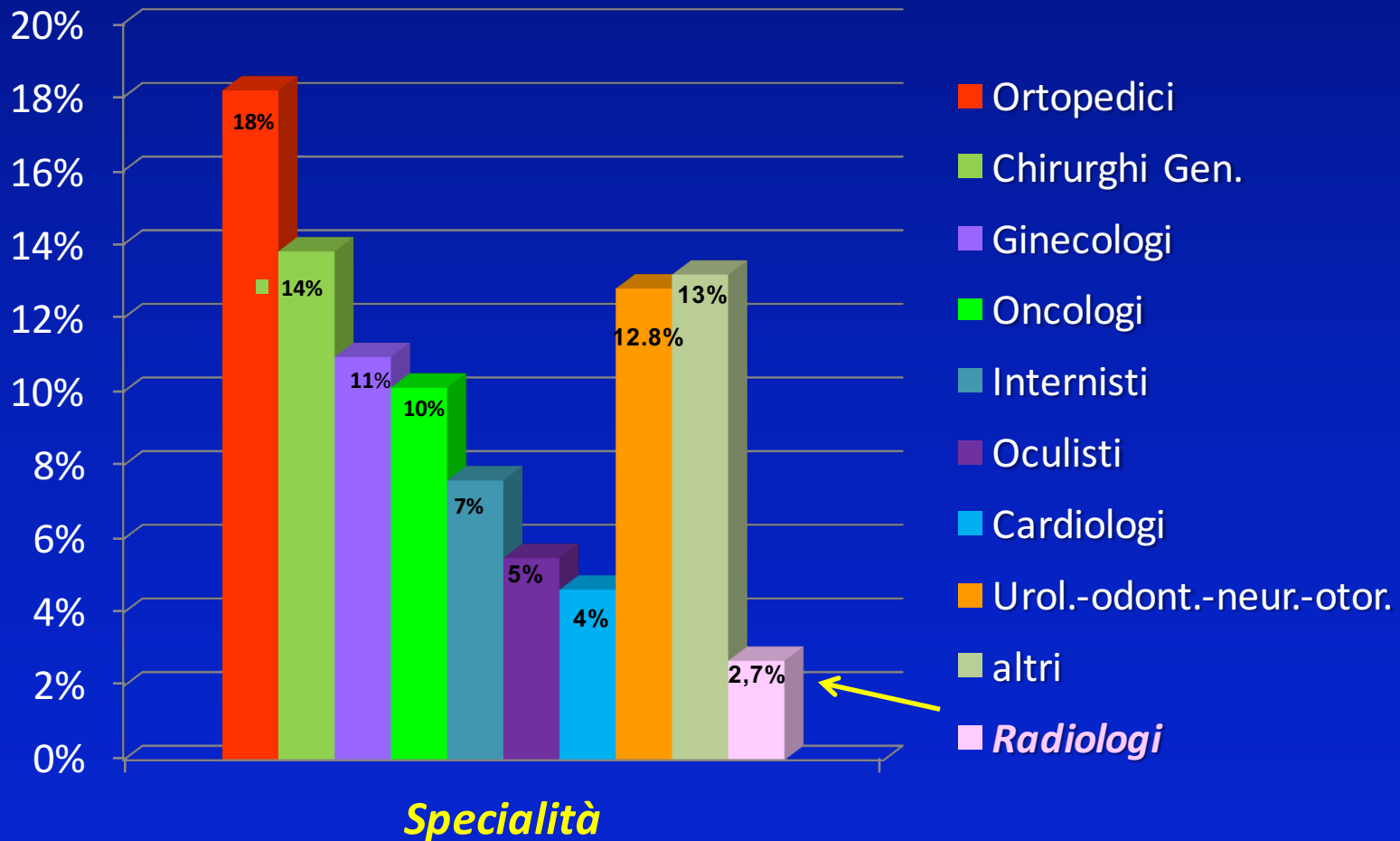
Intervista al Professor Gilberto Corbellini: «La comunicazione medico-paziente riduce insoddisfazione, esami inutili e le querele calano del 30%».

Un convegno a Bologna: l'importanza della formazione su questi temi per i camici

intrinseco inevitabile, e in cui le decisioni cruciali vanno spesso prese in una manciata di secondi. "Non tutte le prestazioni mediche danno garanzia di risultato, e se qualcosa va storto non

Azioni giudiziarie: entità del fenomeno

(Dati forniti dalla Fesmed)

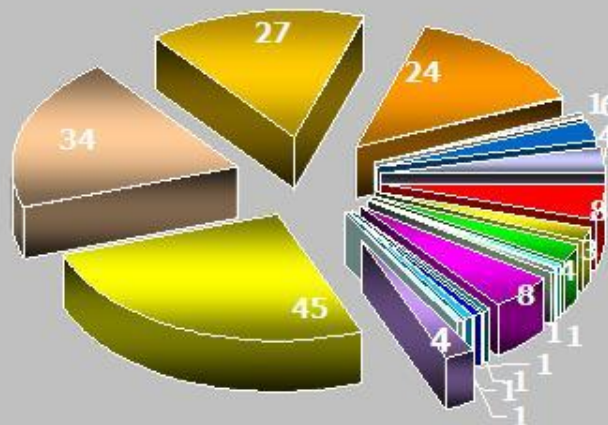


Gruppo Interdisciplinare di Studio Danno Iatrogeno



G.I.S.D.I.
Gruppo Interdisciplinare di Studio Danno Iatrogeno

doglianze per colpa professionale



Totale casi n. 174

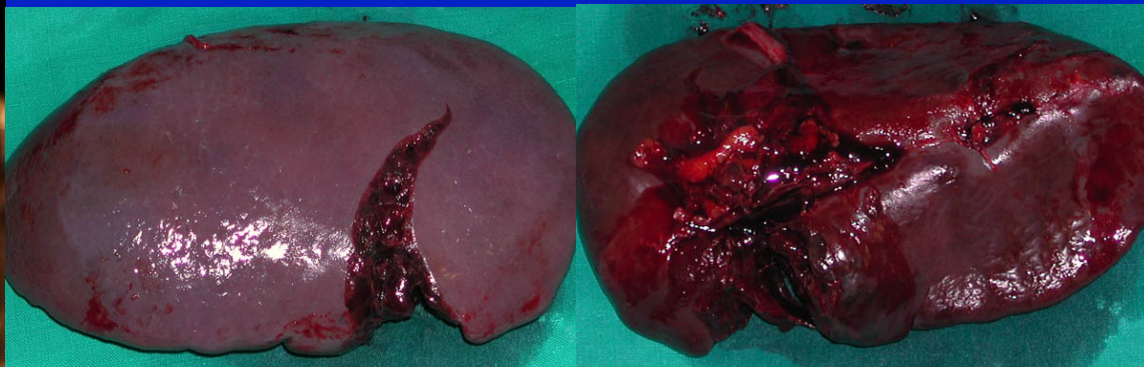
- oncologia 2%
- chirurgia generale 25%
- ostetricia e ginecologia 19%
- ortopedia 16%
- odontoiatria 13%
- ematologia 1%
- neurochirurgia 2%
- oftalmologia 3%
- diagnostica per immagini 5%
- pediatria 2%
- anestesia e rianimazione 2%
- medicina 1%
- guardia medica 1%
- pronto soccorso 5%
- anatomia patologica 1%
- diagnostica di laboratorio 1%
- psichiatria 1%
- otorinolaringoiatria 1%

Denunce in ambito radiologico

(Dati forniti dalla SIRM)

L'analisi dei dati forniti della **Società Italiana di Radiologia Medica** evidenzia un basso numero di **denunce per esami ecografici** in ambito radiologico

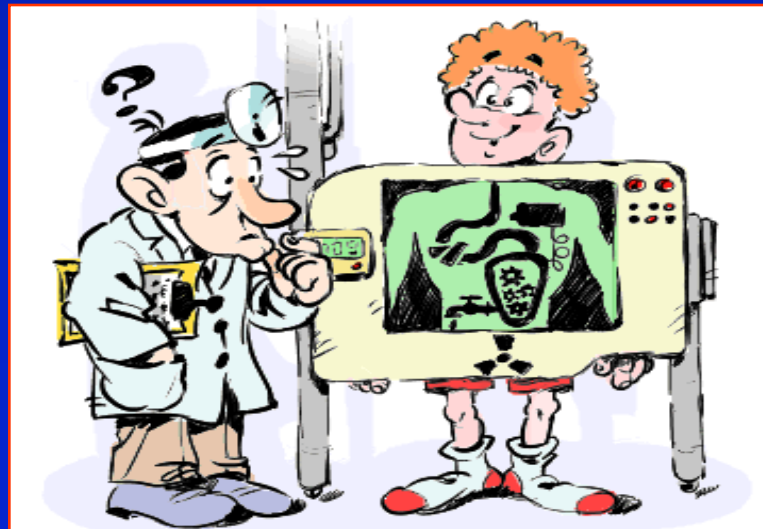
La maggior parte delle istanze di risarcimento si verificano in **ambito ostetrico-ginecologico** (ETG morfologica fetale) ed in **urgenza**, ove l'esame è in genere considerato conclusivo



Denunce in ambito radiologico

(Dati forniti dalla SIRM)

Comunque, esiste una notevole dispersione dei dati in quanto l'ecografia, come metodica diagnostica, può essere effettuata da qualsiasi medico e solo i **2/5 degli esami** vengono eseguiti in *radiologia*



L'errore in ecografia

In genere una contestazione giudiziaria o una richiesta di risarcimento danni arriva all'ecografista in seguito ad un presunto **errore** o **ritardo diagnostico**



Di conseguenza spetta poi al medico (**onere della prova**) dimostrare che questo non derivi da **imperizia**, **imprudenza** o **negligenza** (responsabilità contrattuale)

L'errore in ecografia

Per non incorrere in *errori diagnostici* ed in possibili contestazioni giudiziarie è necessario, quindi, perseguire l'obiettivo di:

- adottare un comportamento diligente
- conseguire un elevato livello di professionalità
- eseguire dei buoni esami ecografici



Una buona ecografia

Una buona ecografia poggia su *tre pilastri* che devono sempre emergere dal referto:

1. Preparazione dell'ecografista
2. Standard di esecuzione dell'esame
3. Circostanze dell'esame



Preparazione dell'ecografista

La **giurisprudenza** richiede che questa corrisponda “*almeno*” alla competenza dell’**ecografista medio**, cioè capace di svolgere correttamente la comune pratica ecografica

- **Acquisizione di nozioni teoriche**: corsi di formazione, diplomi, ecc.
- **Raggiungimento di una buona manualità**: verificata e mantenuta con una pratica costante (alcune società indicano un numero minimo di esami da effettuare per raggiungere un livello adeguato di esperienza e per mantenere la competenza, anche con l’istituzione di un “*Albo Nazionale*” di garanzia)
- **Aggiornamento costante**: attività scientifica, congressi, corsi specialistici, ECM

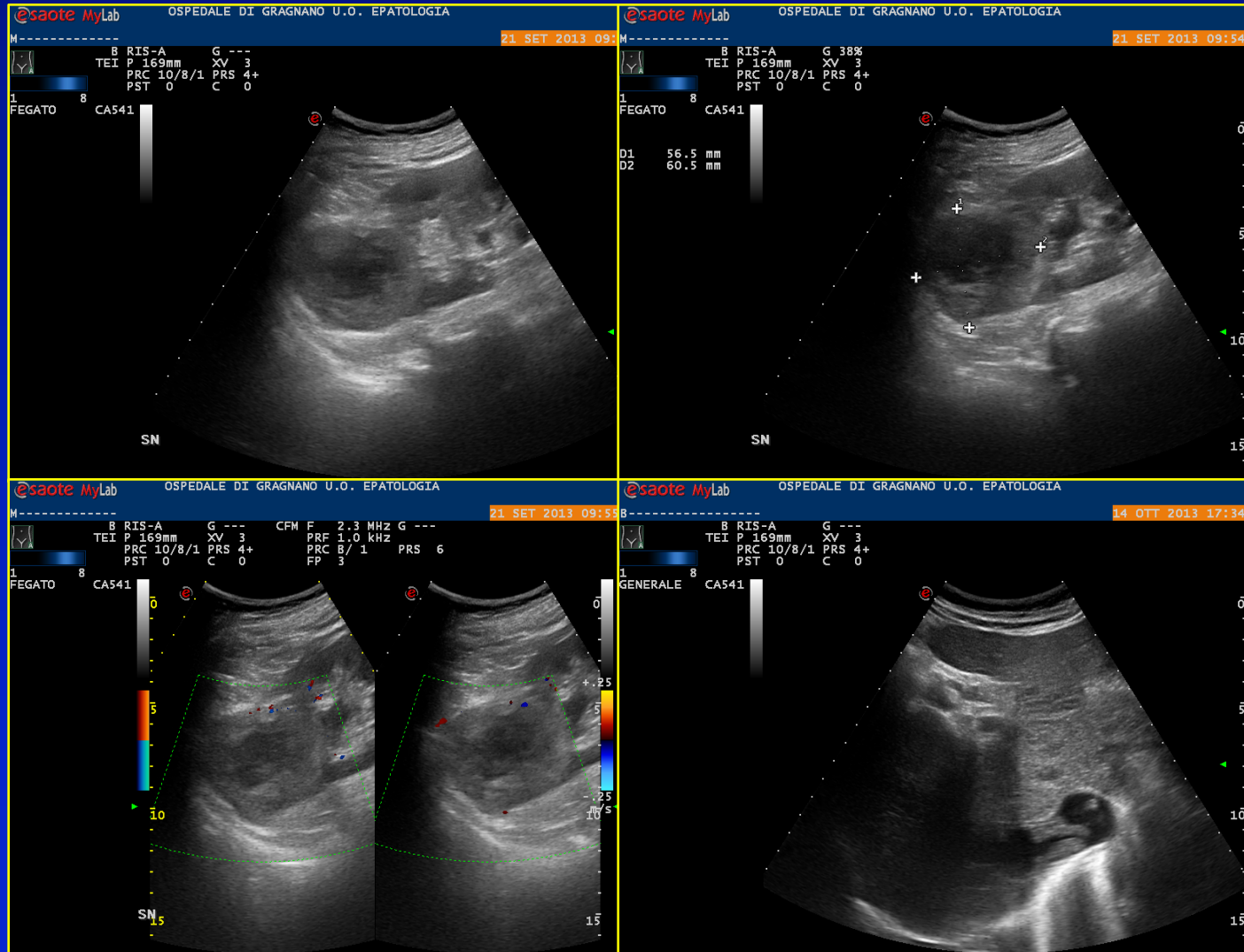
Preparazione dell'ecografista

Si trova quel che si cerca ...

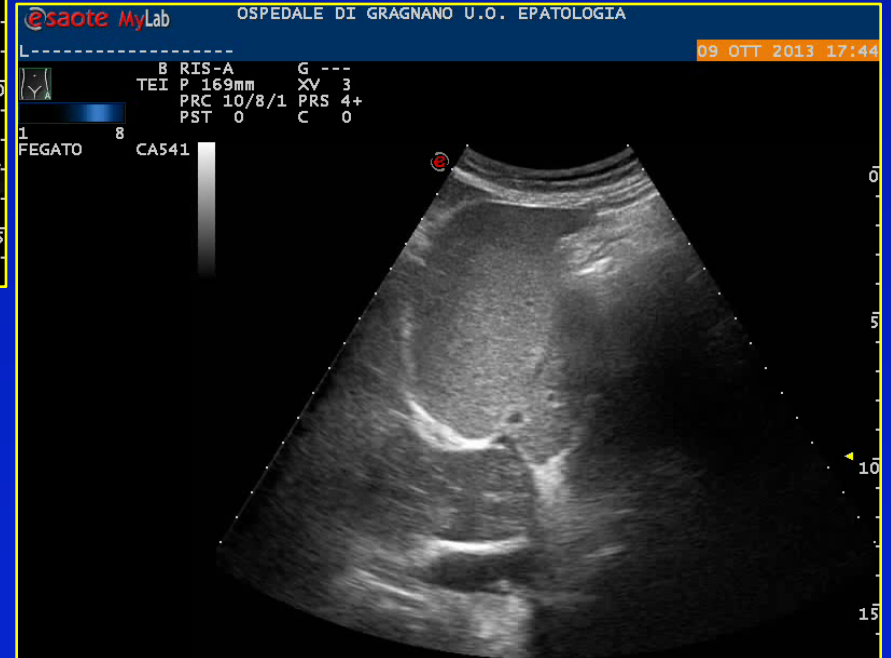
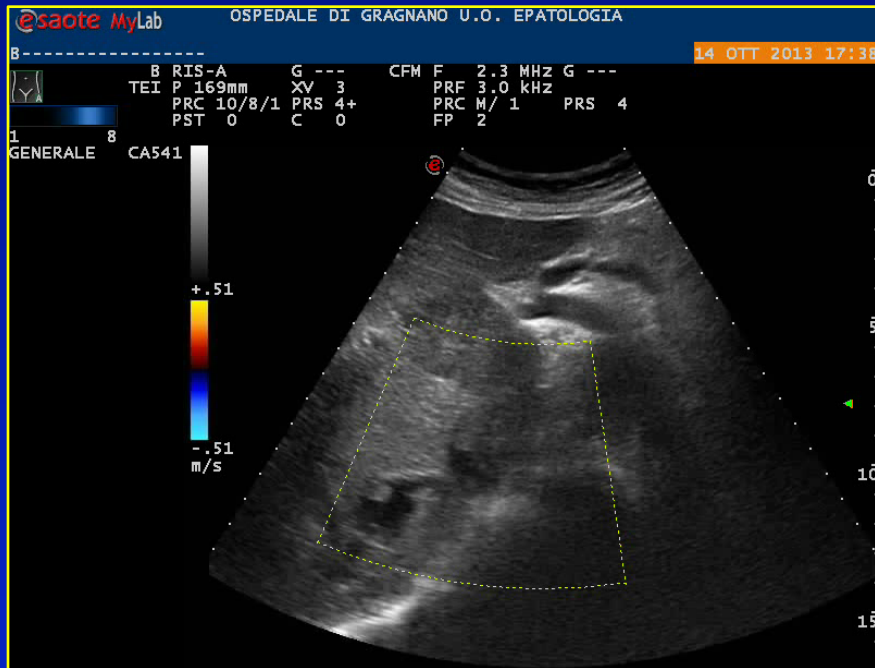
... ma si cerca quel che si conosce

(Y. Ardaens, B. Guérin du Masgenet, Ph. Coquel)

Preparazione dell'ecografista

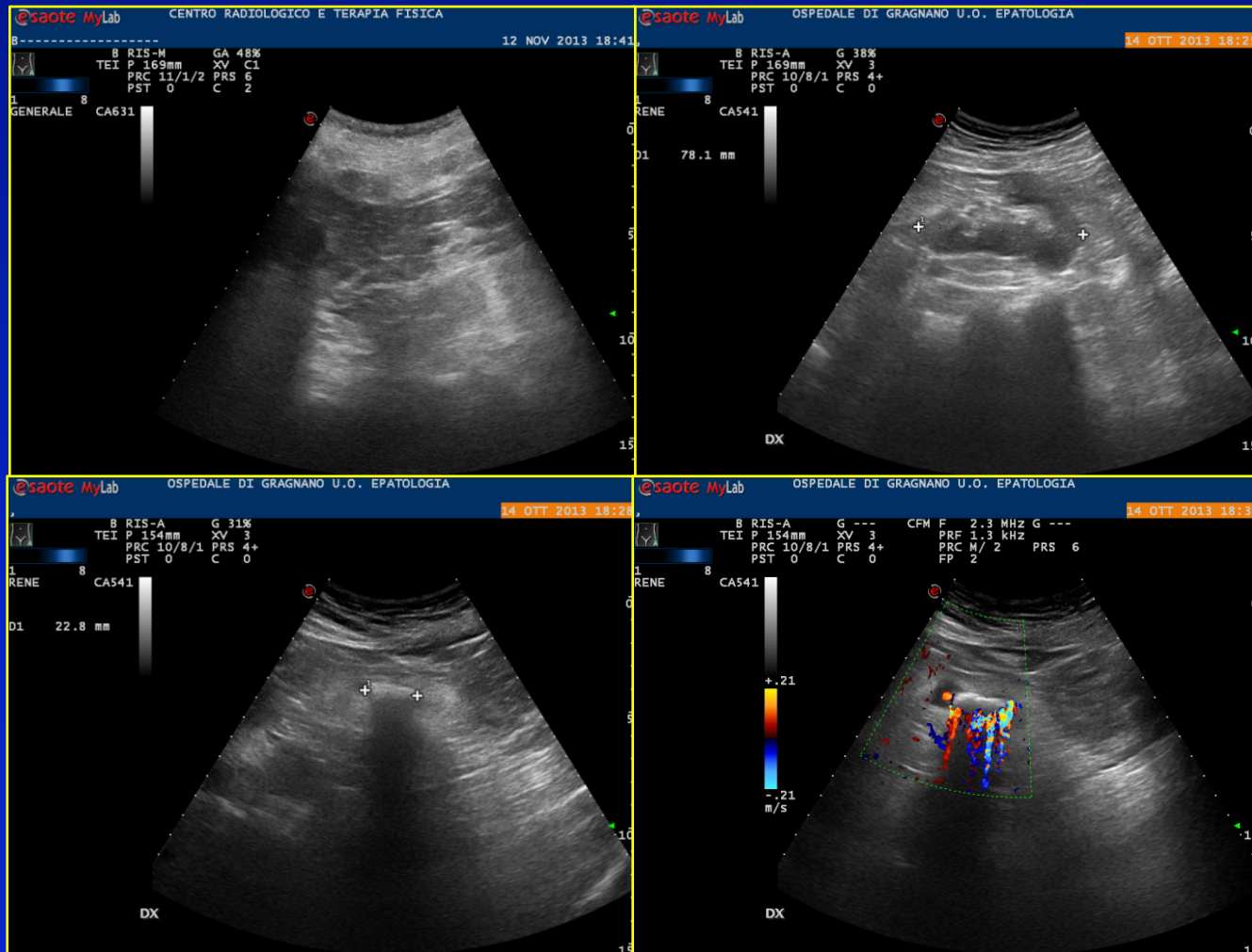


Preparazione dell'ecografista



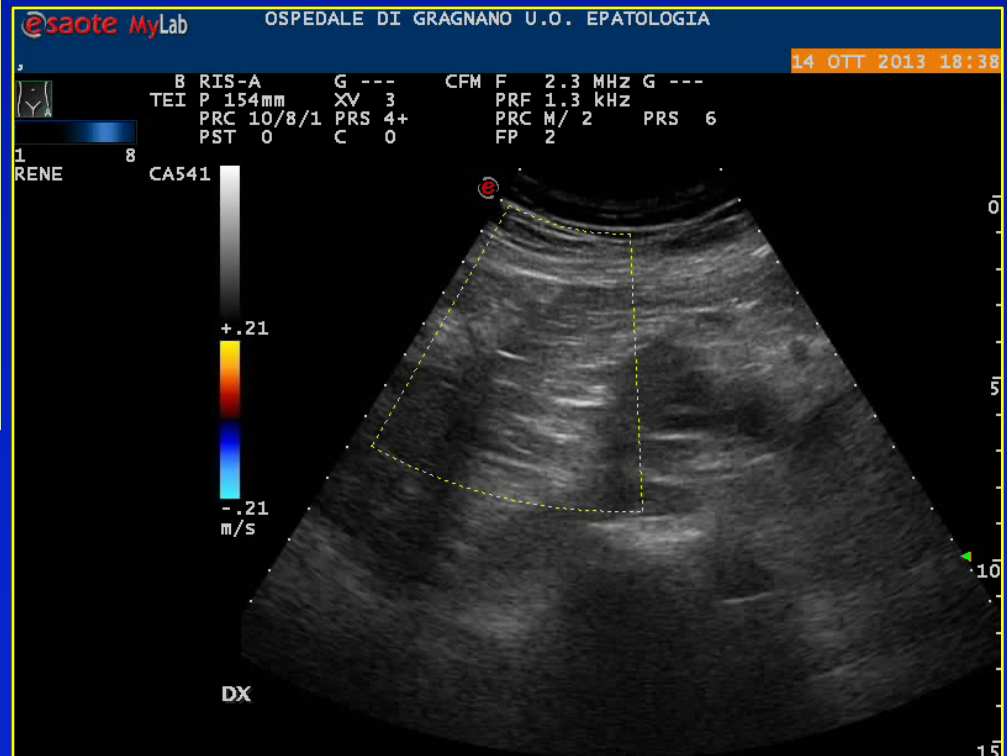
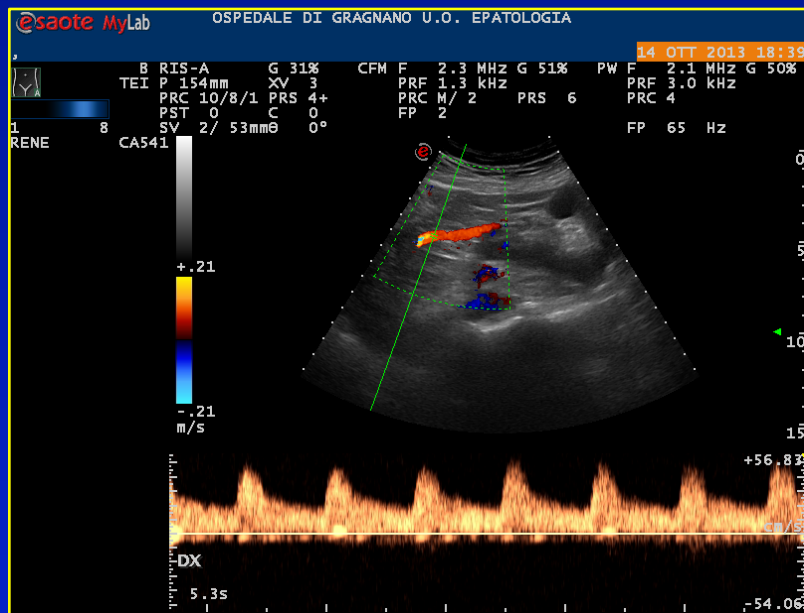
Preparazione dell'ecografista

Si cerca quel ... che non si trova



Preparazione dell'ecografista

Si cerca quel ... che non si trova



Standard di esecuzione dell'esame

E' necessario che l'esame ecografico sia eseguito secondo uno **standard** codificato e riconosciuto

Le principali Società Scientifiche hanno elaborato *raccomandazioni* che permettono di uniformare i modi di effettuazione dell'esame ed hanno identificato delle *linee guida* a cui debbono attenersi chiunque utilizzi la metodica



Standard di esecuzione dell'esame

Le **“Linee Guida”** stabiliscono:

- le **indicazioni** dell'esame
- i requisiti minimi delle **apparecchiature**
- le sonde indicate e le modalità (**scansioni**) di esecuzione
- l'eventuale **preparazione** del paziente
- le **manovre** da eseguire durante l'esame

Esse conducono all'effettuazione di un esame di ottimo livello qualitativo e forniscono anche garanzie, pur non essendo tassative, in **sede giuridica**

Standard di esecuzione dell'esame

La **SIRM** (Società Italiana di Radiologia Medica) nell'ottobre 2012 ha editato un documento su *"L'atto Medico Ecografico dello Specialista in Radiodiagnostica"* che si articola in una serie di fasi con aspetti operativi e decisionali, ufficialmente approvato dal Consiglio Direttivo della **SIMLA** (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni)





Linee Guida



The image shows the cover of the 'Journal of Ultrasound' special issue for 2009. The cover has a dark blue background with a large, faint, circular ultrasound waveform pattern. The title 'Journal of Ultrasound' is prominently displayed in a light blue, serif font. Below the title, the text 'Official Journal of the Italian Society of Ultrasonology in Medicine and Biology' is written in a smaller, white, sans-serif font. In the top left corner, there is the Elsevier logo and the text 'Formerly "Giornale Italiano di Ecografia"'. In the top right corner, there is information about the 'XXI CONGRESSO NAZIONALE SIUMB' and 'XXIV Giornate Internazionali di Ultrasonologia' held from November 14-18, 2009, at the Cavalieri Hilton in Rome. In the bottom right corner, the text 'SPECIALE 2009' and 'Standard per una corretta esecuzione dell'esame ecografico' is written in white. A small SIUMB logo is located in the bottom left corner.

 ELSEVIER

Formerly "Giornale Italiano di Ecografia"

XXI CONGRESSO NAZIONALE SIUMB
XXIV Giornate Internazionali di Ultrasonologia
14-18 Novembre 2009
Cavalieri Hilton, Roma

Journal of Ultrasound

Official Journal of the Italian Society of Ultrasonology in Medicine and Biology

SPECIALE 2009
**Standard per una corretta esecuzione
dell'esame ecografico**



Linee Guida



SOCIETA' ITALIANA DI ULTRASONOLOGIA IN MEDICINA E BIOLOGIA

Standard per una corretta esecuzione dell'esame ecografico

LA COMMISSIONE RICERCA E LINEE-GUIDA

Antonio Aliotta, Giovanna Ferraioli, Tito Livraghi

Esperti

Antonio Aliotta (addome superiore), Giuseppe Balconi (apparato muscolo-scheletrico, anca neonatale),
Libero Barozzi (apparato genitale maschile), Adriana Bonifacino (mammella), Teresa Cammarota (cute),
Daniele Del Fabbro (ecografia intraoperatoria), Vincenzo Migaletto (Doppler vascolare),
Paola Mirk (apparato genitale femminile), Pietro Pavlica (apparato urinario),
Leopoldo Rubaltelli (linfonodi, ghiandole salivari), Mario Scuderi (emergenza-urgenza),
Luigi Solbiati (tiroide, paratiroide), Marco Sperandio (torace)

Linee Guida

Indice

Introduzione	5	Ghiandole salivari	28
Addome superiore	7	Linfonodi	29
Fegato e Sistema Biliare	7	Apparato muscolo scheletrico	30
Milza	8	Anca neonatale	32
Pancreas	10	Torace	33
Apparato urinario	12	Cute	36
Rene.....	12	Doppler vascolare	38
Surrene	13	Urgenze emergenze	41
Vescica	14	Ecografia Intraoperatoria	44
Apparato genitale maschile	16	APPENDICE	46
Prostata.....	16	La CEUS: approccio pratico all'esecuzione di esame ecografico addominale con mezzo di contrasto	46
Scroto	18		
Pene.....	19		
Apparato genitale femminile	21		
Mammella	24		
Tiroide e paratiroidi	25		

Linee Guida

Raccomandazioni

1. Strumentazione
2. Preparazione del paziente
3. Refertazione
4. Biometria
5. Conduzione dell'esame
6. Quadri patologici
7. Iconografia
8. Note e considerazioni

Linee Guida: iconografia

E' consigliabile allegare al referto le *immagini* delle scansioni principali eseguite e dell' eventuale patologia riscontrata, per dimostrare che l'esame è stato condotto in maniera appropriata e tecnicamente corretta



Linee Guida

Strumentazione

Sonda: tipo convex, frequenze in un range tra 3,5 e 5 MHz.

Preparazione

Digiuno nelle otto ore precedenti l'esecuzione dell'esame.

Refertazione

È necessario fornire informazioni su dimensioni, profilo, ecostruttura del fegato ed eventuale presenza di lesioni focali nonché sullo stato delle vie biliari, sulla distensione e sulle pareti della colecisti e sul suo contenuto.

Utile un'informazione sulla vena porta.

Esempio di referto normale. Fegato non debordante dall'arcata costale, con profilo regolare, a ecostruttura omogenea, esente da immagini di tipo focale. Non dilatate le vie biliari intra- ed extraepatiche; colecisti normalmente distesa, con pareti sottili, altissima. Normale il calibro della vena porta all'ilo.

Biometria

Per quanto concerne la volumetria epatica, la rilevazione dei diametri epatici appare inutile in quanto non standardizzata, poco riproducibile, con grandissima variabilità intra- e interoperatore e di scarsissima, se non nulla, ricaduta clinica. Per quanto grossolana, una valutazione che faccia riferimento semplicemente al rapporto del margine epatico inferiore con l'arcata costale, in respirazione normale, risente assai meno di detta variabilità.

Va ricordato, inoltre, un principio generale per cui il tentativo di riportare, nel referto, misure apparentemente accurate e minuziose (i decimi di millimetro) può significare il rilievo di misure differenti in un esame successivo anche senza effettive modifiche delle dimensioni reali e questo può (comprendibilmente) ingenerare, nei colleghi committenti l'esame, l'idea (spesso in realtà infondata) che ci siano state delle variazioni meritevoli di approfondimento diagnostico o di modifiche della terapia. Obbligatorio riportare nel referto il calibro della via biliare principale e il diametro trasverso della colecisti quando questi valori siano superiori alla norma essendo tali misurazioni codificate e riproducibili e configurandosi, in tali casi, quadri patologici.

Conduzione dell'esame

L'esame deve essere eseguito con paziente in decubito sia supino sia laterale sinistro e talora completato con una valutazione per via intercostale e/o in ortostatismo, soprattutto quando sussistano un meteorismo pregiudizievole o comunque delle condizioni che limitino la visibilità delle strutture da esplorare. Al paziente verrà chiesto di collaborare mantenendo, quando richiesta, un'apnea inspiratoria. L'indagine andrà estesa al pancreas in caso di dilatazione delle vie biliari extraepatiche e sarà completata, nell'eventualità di epatopatia cronica, con uno studio della milza e dell'asse portale (anche con eco-Doppler), valutando, per quest'ultimo, il calibro, la reattività agli atti respiratori, la velocità e la direzione del flusso nonché la presenza di materiale endoluminale; si ricercheranno anche circoli collaterali, linfonodi parailiaci ingranditi e un possibile versamento libero endoaddominale; in caso di riscontro di trombosi della vena porta o dei suoi rami principali sarà opportuno l'uso del color-Doppler, per visualizzare, all'interno del trombo, segnali di flusso non ipotizzabili sulla base dell'esame bidimensionale, e del Doppler pulsato per definire la natura, venosa o arteriosa (da neoangiogenesi neoplastica), di tali segnali.

In casi selezionati (necessità di studiare il profilo epatico o di meglio definire una sospetta lesione focale superficiale) si può ricorrere ad una irritante valutazione con sonda per tessuti superficiali.

Quadri patologici

Le alterazioni diffuse del fegato possono riguardare volume, il profilo, l'ecostruttura e l'ecogenicità e vanno segnalate nel referto, unitamente agli artefatti che ne possono derivare (per esempio, l'attenuazione dell'intensità del fascio ultrasonoro sui piani posteriori). In caso di lesione focale bisognerà indicare: a) la sede, specificando il segmento; b) la forma; c) l'ecogenicità; d) la presenza di aree di diversa ecogenicità di anecogenicità nel contesto della medesima lesione; e) la presenza e il tipo di eventuali calcificazioni; f) la presenza o l'assenza di alone ipoecogeno; g) diametro massimo. Talora utile, ma raramente decisiva, una valutazione con color-, power- e PW-Doppler. Ove possibile, può essere avanzata un'ipotesi diagnostica (cisti semplice, piccolo aneurisma tipico in paziente senza storia o sospetto di neoplasia). Nelle

altre situazioni, soprattutto nel caso di lesione ipoecogena o disomogenea, è necessario che l'ecografista richieda l'approfondimento diagnostico.

È obbligatorio riferire la dilatazione delle vie biliari e l'esito della ricerca della sede e della natura dell'ostruzione. Allo stesso modo è obbligatorio menzionare nel referto una sovraddistensione o un ispessimento parietale, circoscritto o diffuso, della colecisti e, qualora si rilevi un'immagine ecogena endocolecistica, sarà opportuno indicarne l'eventuale mobilità con le variazioni del decubito e/o la capacità di generare cono d'ombra; ciò per giustificare l'interpretazione (aggregato litiasico, formazione di parete) che si darà del reperto.

Nel caso di epatopatia cronica bisognerà anche riportare dati sul circolo portale (eventuale dilatazione dell'asse venoso, responsività del calibro agli atti respiratori, caratteri del flusso, presenza di materiale endovasale, presenza di circoli collaterali).

Iconografia

È raccomandato di allegare al referto alcune immagini che, in caso di quadro normale, raffigurino piani di scansioni standard (il piano delle vene epatiche, il piano della biforcazione portale, una scansione del lobo sinistro, una scansione del lobo destro che compari i parenchimi epatico e renale, l'ilo, la colecisti). Tali immagini sono in grado solo parzialmente di comprovare l'assenza di patologia, ma possono almeno parzialmente dimostrare che l'ecografista ha comunque esplorato determinati territori e che ha comunque valutato alcuni aspetti; andrà documentato ogni reperto anomalo (dalla lesione focale alla coledolite alla dilatazione delle vie biliari); utile, in situazioni particolari, la documentazione di strutture specificamente significative (per esempio, il legamento rotondo nelle epatopatie croniche).

Note

L'ecografia epatobiliare è in grado di rilevare alterazioni macroanatomiche del fegato, delle vie biliari e

della colecisti; nel dettaglio, è possibile individuare (con diversi gradi di sensibilità) significative variazioni del volume del fegato, alterazioni del profilo e dell'ecostruttura epatobiliare, lesioni focali, dilatazione delle vie biliari intra- ed extraepatiche, depositi di colesterina o presenza di gas nelle vie biliari stesse, la presenza di materiale nella via biliare principale, lo stato di distensione della colecisti e la condizione delle sue pareti, la presenza di immagini parietali, di gas e di coledolite al suo interno, il calibro della vena porta, la sua reattività alle variazioni pressorie indotte dal ciclo respiratorio, la presenza di materiale nel suo lume e la velocità del flusso mediante eco-Doppler; si può inoltre fornire un giudizio sullo stato delle vene epatiche e sulla ricanalizzazione del plesso delle vene paraombelicali; sono rilevabili linfonodi ingranditi parailiaci. Va, peraltro, ricordato che **la metodica risente di alcuni limiti, talora intrinseci** (impossibilità di rilevare alterazioni della struttura parenchimale anche, a volte, in pazienti cirrotici; limiti dimensionali per le lesioni focali; perdita di alcune focalità in caso di disomogeneità marcata del parenchima; difficoltà nell'individuare materiale nella via biliare principale), **talora legati al paziente** (meteorismo intenso, incapacità di mantenere opportunamente l'apnea inspiratoria, estese cicatrici chirurgiche, inadeguata valutabilità dei piani profondi in casi di steatosi marcata; mancato rispetto della preparazione prescritta; tali limitazioni vanno segnalate nel referto). Le indicazioni all'esame ecografico del fegato e delle vie biliari sono molteplici. L'indagine va richiesta in tutti i casi in cui si ipotizzi una variazione significativa del volume o dell'ecostruttura del fegato, quando debbano essere ricercate lesioni focali, quando si sospetti una stasi biliare o una coledolite; un dolore addominale "alto" rappresenta comunque un'indicazione all'esame, al pari delle alterazioni degli indici sierologici di funzionalità epatica, alle quali si associa spesso un quadro ecografico normale ma che possono rappresentare la prima manifestazione di condizioni patologiche spesso inattese.

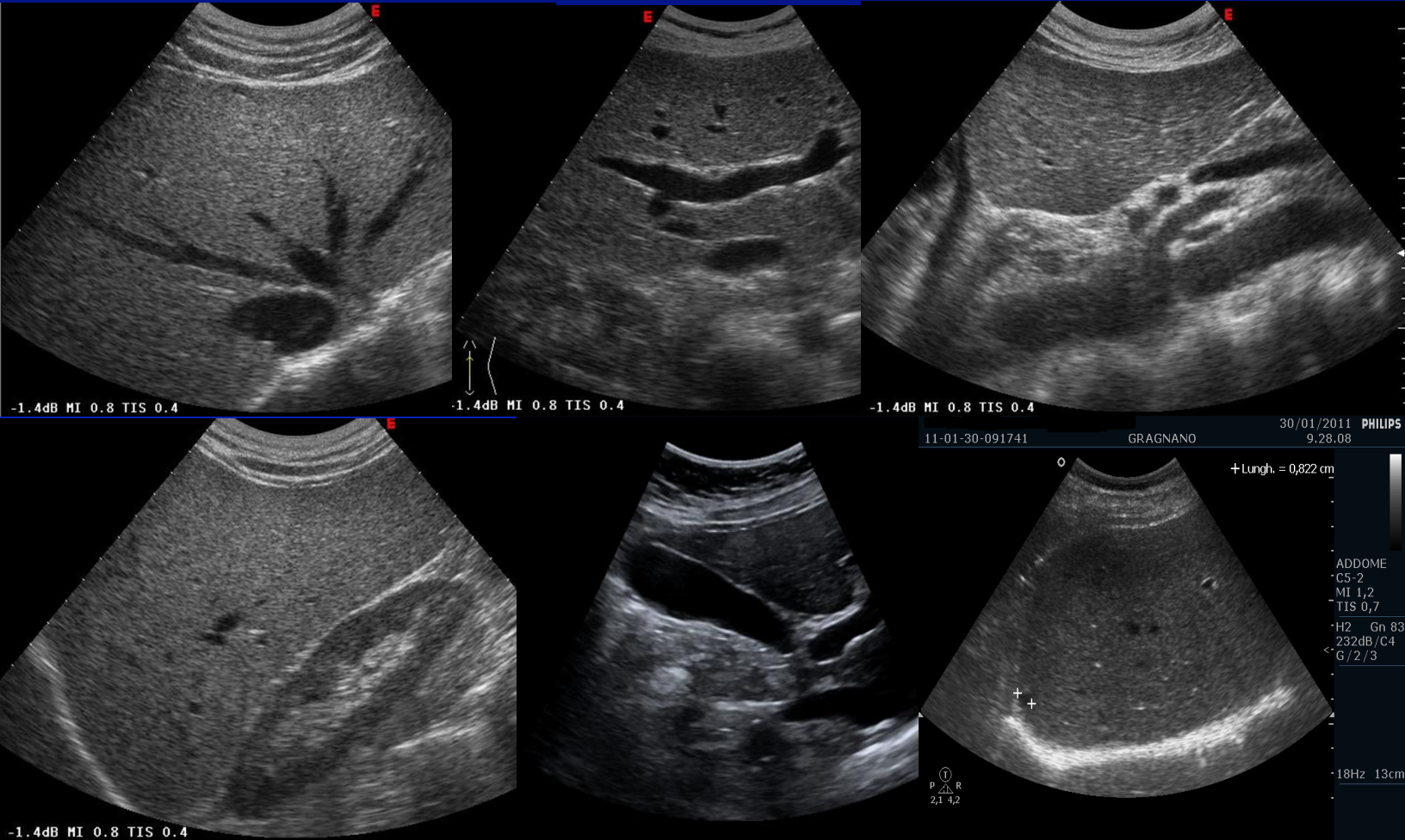
Linee Guida

Addome superiore (fegato)

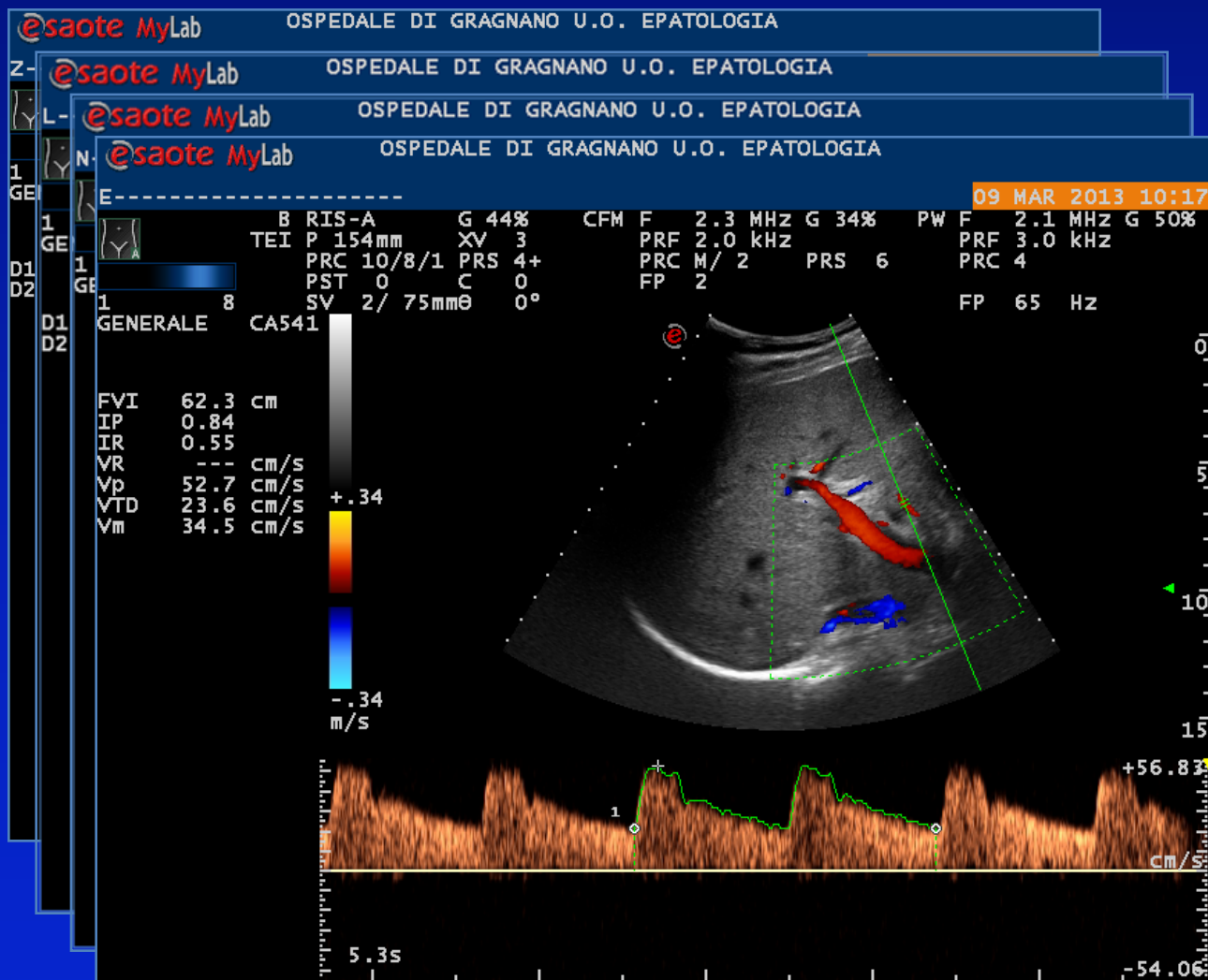
Piani di scansione standard

- a. Vene sovraepatiche
- b. Biforcazione portale
- c. Lobo sinistro
- d. Lobo destro (con parenchima epatico e renale)
- e. Ilo e colecisti
- f. Ogni reperto anomalo

Linee Guida: iconografia



Linee Guida: iconografia



Linee Guida

Strumentazione

Vengono utilizzate generalmente sonde convex da 3,5 MHz o preferibilmente sonde multifrequenza 5-2 MHz. Frequenze più elevate vengono impiegate per lo studio dei soggetti magri o dei bambini. Quando disponibile sull'apparecchio si impiega routinariamente l'armonica tissutale per ridurre gli artefatti da riverberazione e avere un migliore dettaglio.

Preparazione

Non è necessaria alcuna preparazione in quanto non esistono evidenze dimostrate che il digiuno possa favorire la visibilità dei reni. Anche la somministrazione di sostanze gas-assorbenti non si è dimostrata efficace.

Refertazione

Indicare sempre eventuali difficoltà incontrate nell'eseguire l'esame (paziente non collaborante, abnormemente meteorico) sottolineando i limiti dell'esame e quindi il valore diagnostico. Il referto ecografico deve fornire informazioni riguardanti la sede, le dimensioni, lo spessore del parenchima, i profili e l'ecostruttura del rene e lo stato delle vie escretrici. Occorre fornire informazioni circa la presenza di lesioni espansive o di calcoli.

Esempio di referto normale. L'esame ecografico dimostra che i reni sono in sede, regolari per dimensioni, morfologia e profilo. Il parenchima è normale per spessore ed ecogenicità. Vie escretrici non dilatate. Non immagini riferibili a calcoli.

Biometria

Da un punto di vista puramente teorico, la determinazione del volume renale sarebbe sicuramente il parametro più importante (calcolato con la formula dell'ellissoide), ma è stato dimostrato statisticamente che la variabilità inter- e intra-osservatore è molto elevata per cui la sua determinazione risulta poco valida nella pratica clinica. Al contrario si è visto che il diametro longitudinale presenta una migliore riproducibilità intra e inter-osservatore, per cui viene comunemente proposto per la definizione delle dimensioni del rene e per la valutazione delle sue variazioni nel tempo.

Per la misurazione dello spessore del parenchima si

sceglie una scansione tecnicamente corretta e si effettua a livello del terzo medio del rene, misurando la distanza che va dalla capsula renale al profilo di separazione con il tessuto adiposo del seno renale. La misurazione non deve essere fatta a livello delle colonne del Bertin.

Quando le papille sono ben riconoscibili, soprattutto nei soggetti giovani, si può misurare lo spessore della corticale che si calcola dal profilo renale alla base della papilla corrispondente.

Conduzione dell'esame

L'esame viene normalmente eseguito in piano o obliquo sollevando il fianco del paziente. In presenza di meteorismo delle flessioni addominali è necessario un approccio postero-laterale posizionato a livello della linea ascellare o ancora più dorsalmente. In questi casi la scansione sottocostale non è possibile e lo studio deve essere fatto utilizzando la finestra di scansione costale, che però non consentono una valutazione di tutto il rene su un'unica scansione. Nei soggetti magri può essere utile la scansione cubito prono, dato lo spessore ridotto del parenchima dorsali paravertebrali.

Quando uno o entrambi i reni non sono ben visualizzati nella loro sede normale, bisogna eseguire l'esame a tutto il bacino, per la ricerca di lesioni o/e dismorfici (ectopia presacrale; rene ectopico; vallo; ectopia crociata).

Per la determinazione del diametro longitudinale del rene è necessario trovare, muovendo la sonda in real-time, il piano di scansione migliore in modo che i due poli siano ben rappresentati e lo spessore del parenchima sia uguale.

Quadri patologici

In presenza di lesioni renali bilaterali e diffuse, non focali, con alterazione o meno dell'ecogenicità del parenchima e irregolarità dei profili, risulta in genere difficile un giudizio diagnostico preciso, se non quello generico di "nefropatia medica". Parlare di patologia glomerulare, interstiziale o tubulare è da evitare per la sovrapposizione dei quadri ecografici puramente morfologici.

Quando vengono riscontrate lesioni focali bisogna

APPARATO URINARIO

13

specificare: a) sede; b) modalità di sviluppo (esorenale, verso il seno renale); c) dimensioni (in mm o cm); d) numero (quando le cisti sono multiple e bilaterali basta indicare le dimensioni delle due o quattro più voluminose); e) ecogenicità e struttura interna; f) la presenza di calcificazioni interne o periferiche e il loro aspetto (puntiformi, lamellari, voluminose); g) il color-Doppler in genere risulta di scarsa utilità, se non nei casi di pseudomasse o displasie del parenchima che possono simulare una lesione espansiva. In tutti i casi di lesioni focali dubbie è necessario chiedere ulteriori esami integrativi, poiché l'ecografia non può risolvere tutti i casi clinici. In caso di patologia litiasica è necessario riportare sede e dimensioni delle formazioni e lo stato delle vie escrettrici. In caso di dilatazione delle vie escrettrici è opportuno estendere l'esame alla vescica.

Iconografia

È consigliabile allegare al referto le immagini delle scansioni principali eseguite e della patologia riscontrata, per dimostrare che l'esame è stato condotto in maniera appropriata e tecnicamente corretta, e che la lesione è stata evidenziata.

Note

Bisogna tener presente che lo studio dei reni è molto più agevole nei soggetti corpulenti, con pannicolo adiposo ben rappresentato, rispetto ai soggetti troppo magri. L'assunzione di scansioni in stazione eretta non è utile in quanto non esiste una patologia certa legata a una abnorme mobilità renale, come ritenuto in passato.

Linee Guida: referto standard

Rene

- Sede
- Dimensioni
- Spessore parenchimale
- Profili
- Ecostruttura
- Stato delle vie escretrici
- Eventuali lesioni focali
 - (sede, dimensioni, numero, ecogenicità e struttura interna)

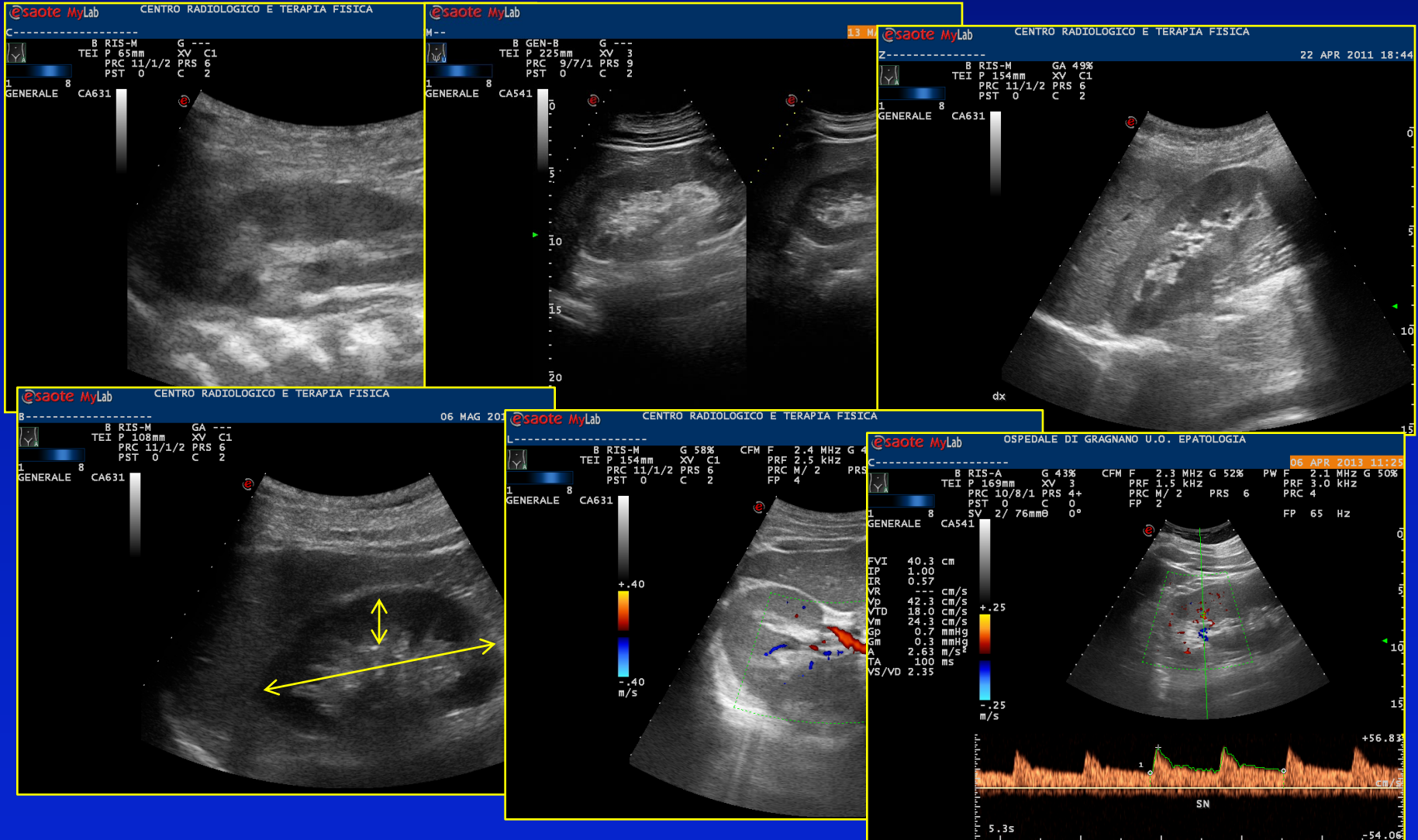
Linee Guida: iconografia

Rene

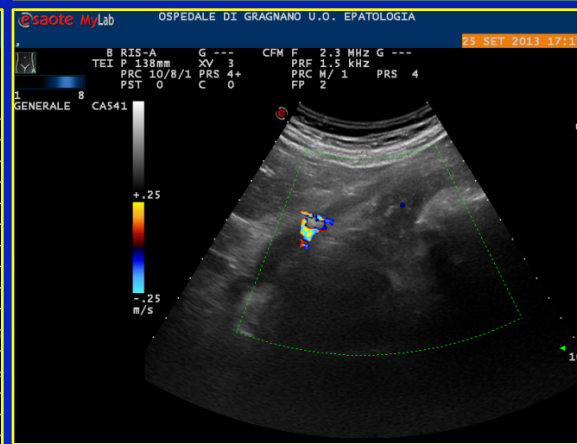
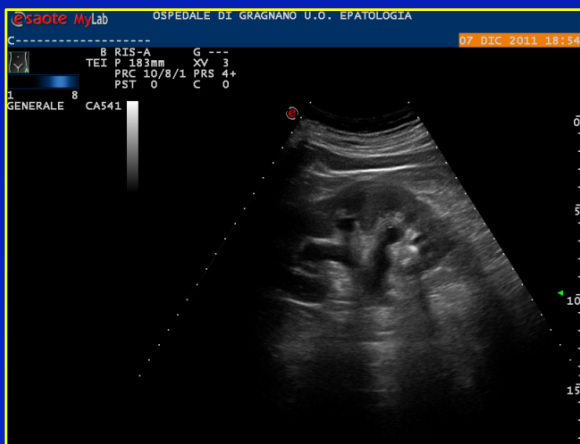
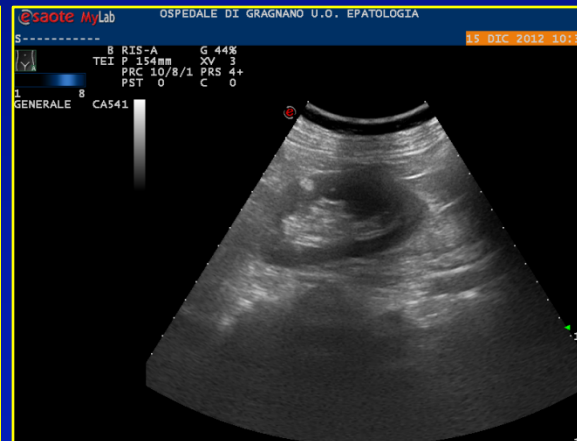
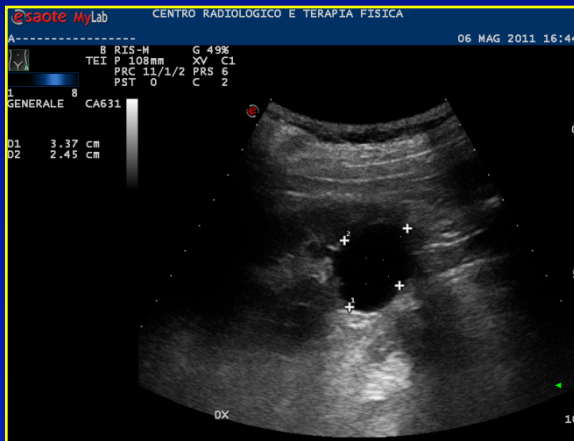
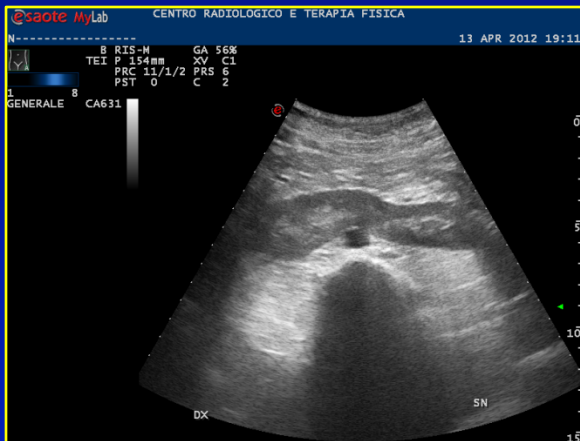
Piani di scansione standard

- a. Approccio dorsale, lombare, addominale
- b. Scansioni longitudinali, trasversali, coronali
- c. Rappresentazione dei poli e dello spessore parenchimale
- d. Ilo e peduncolo vascolare
- e. Ogni reperto anomalo

Linee Guida: iconografia



Linee Guida: iconografia



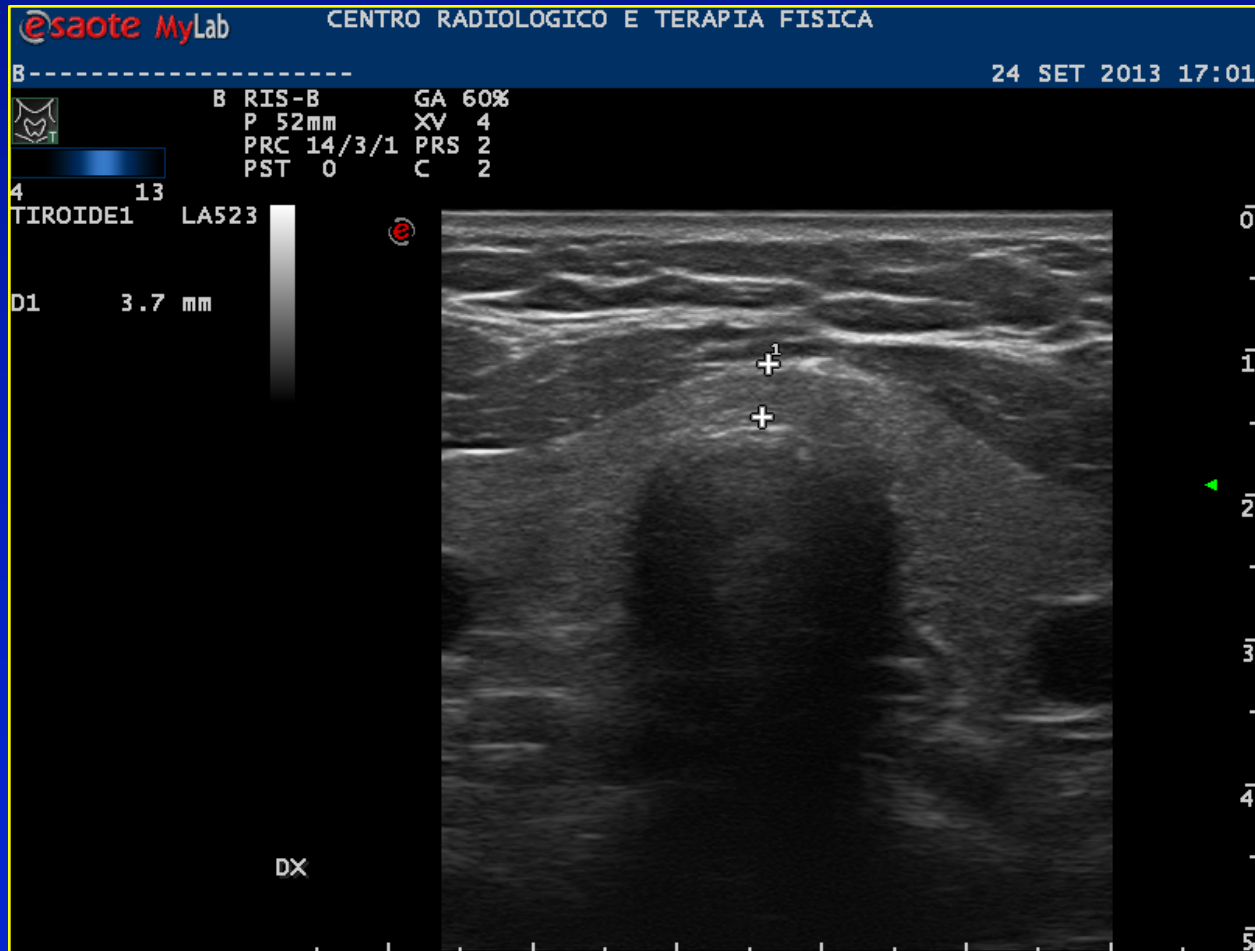
Linee Guida: referto standard

Tiroide

- Anatomia dell'organo
- Dimensioni
- Margini
- Ecostruttura
- Lesioni focali
- Asse tracheale
- Catene linfonodali

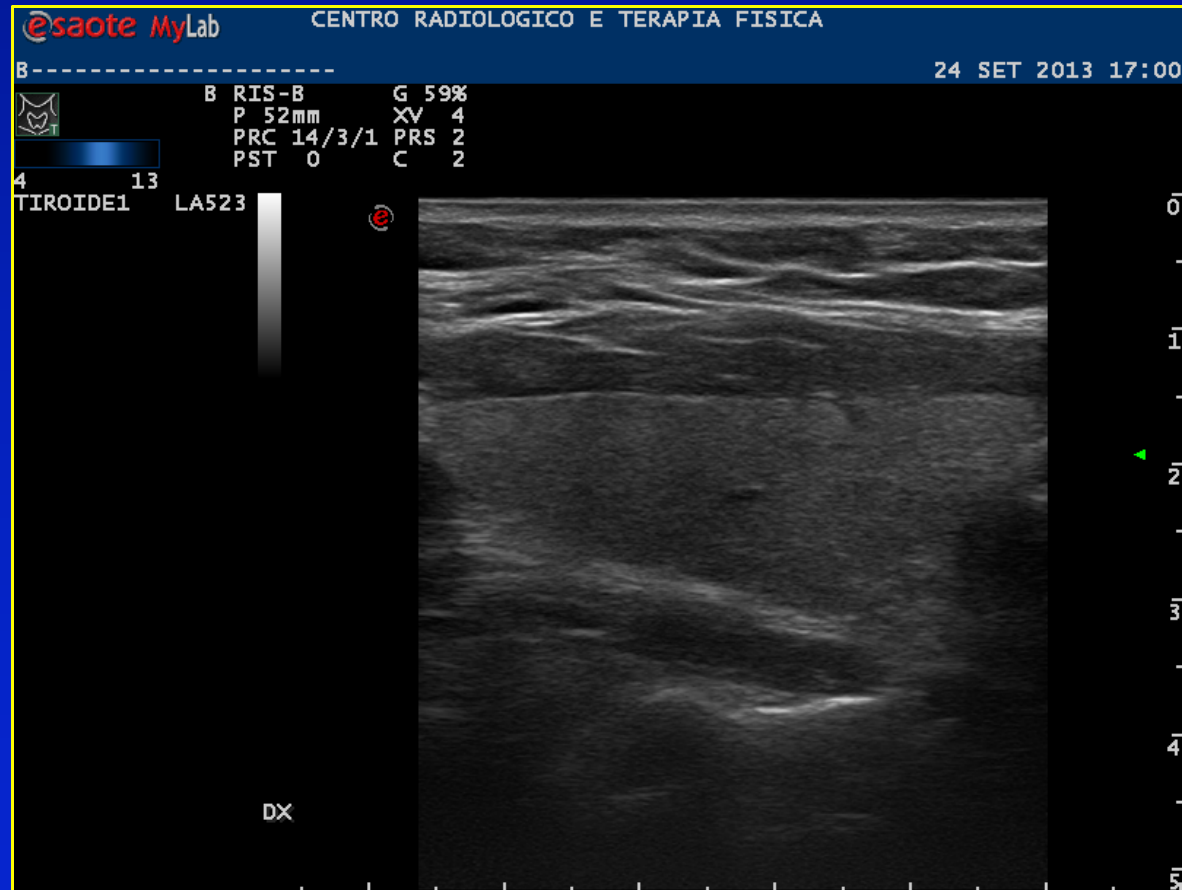
Linee Guida: iconografia

Tiroide



Linee Guida: iconografia

Tiroide



Circostanze dell'esame

La situazione in cui viene praticato l'esame può **non essere favorevole** e condizionarne la **resa diagnostica**

- Paziente obeso e meteorico
- Cattiva preparazione (non a digiuno, vescica vuota)
- Incapacità di mantenere una adeguata apnea inspiratoria
- Soggetto immobilizzato e scarsamente collaborante (ecografie d'urgenza in P.S.)
- Conformazione anatomica (collo corto e tozzo costituzionale)

Circostanze dell'esame



La **bravura dell'ecografista** consiste, in questi casi, nel porre in atto tutti quegli **accorgimenti utili** per giungere ad una **conclusione valida**

Il referto



Il referto

L'**ecografia**, a differenza delle altre tecniche d'imaging, è un esame dinamico che richiede una valutazione diagnostica pressoché immediata, in **tempo reale**, con una documentazione iconografica d'immagini scelte dall'operatore



Di conseguenza la **referto** rappresenta l'interpretazione globale di tutto l'esame ed esprime il
convincimento diagnostico dell'ecografista

Il referto

Il valore documentale dell'**iconografia** in ecografia è spesso molto limitato

E' solo il **referto** ad avere **validità legale** e rappresenta l'unica testimonianza dell'operato del medico che con tale atto si assume la responsabilità diagnostica finale dell'esame



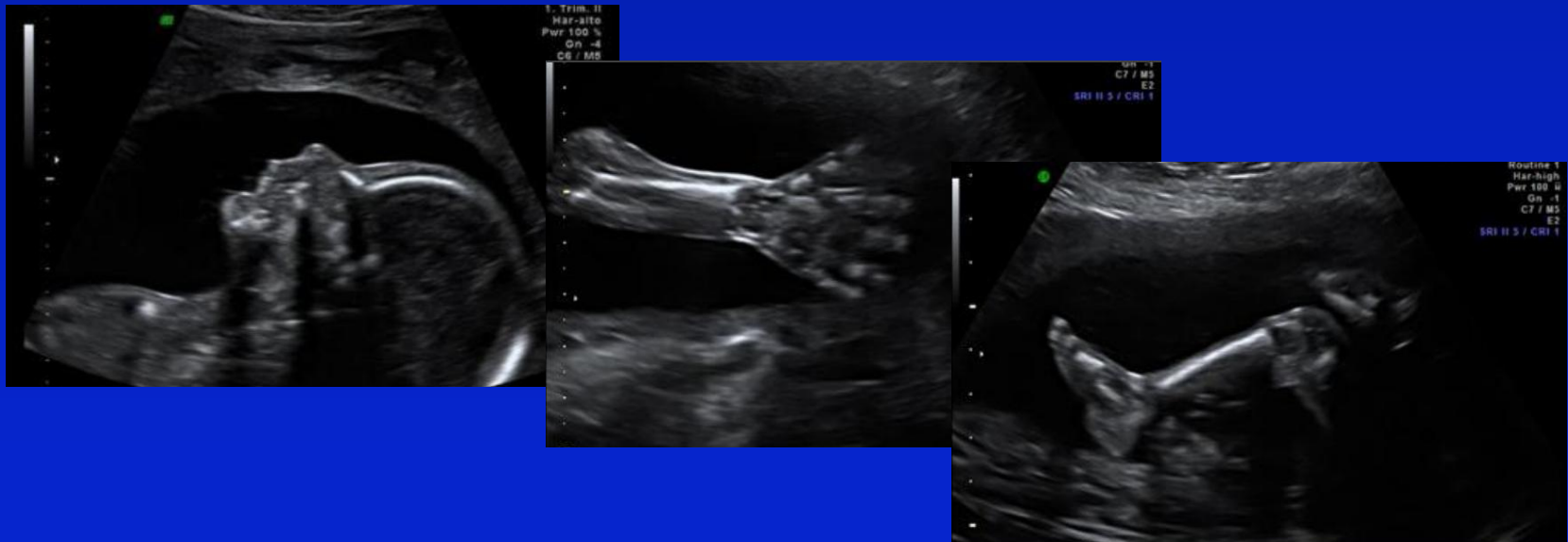
Il referto

Comunque una **corretta refertazione** resta un atto di **esclusiva competenza** e **responsabilità** del **medico operatore** né tantomeno può essere demandata ad altre figure professionali



Il referto

E' auspicabile che indagini ad **alto rischio di contenzioso medico-legale** come l'**ecografia morfologica fetale**, siano *video-registrate* per poter dimostrare che l'eventuale misconoscimento di malformazioni non sia da attribuire ad omissione o errore dell'operatore ma ai **limiti diagnostici propri della metodica**



Tipi di refertazione

La **compilazione** del referto può avvenire ricorrendo a:

- 1. Procedura informatizzata**, immettendo ogni singolo aspetto dello studio ecografico di un organo in un database secondo codici numerici cui corrispondono tutte le variazioni possibili riferibili a quel determinato aspetto (pregio della rapidità)
- 2. Refertazione computerizzata**, mediante immissione preventiva in qualunque programma di scrittura, di files tipo per ogni organo
- 3. Sistema di refertazione scritta a mano o a macchina**, che ha il vantaggio di una maggiore personalizzazione della risposta ma può necessitare di tempi più lunghi
- 4. Refertazione mediante moduli prestampati**, modelli in cui vengono riportati i vari organi ed apparati

Refertazione informatizzata

The screenshot shows a software window titled "Referti predefiniti" (Predefined Reports). At the top, there is a search section labeled "Ricerca del referto" (Search for report) with two dropdown menus: "Codice:" (Code) and "Sigla:" (Sigla). Below this is a table with three columns: "Codice", "Sigla", and "Referto". The table contains four rows of data. At the bottom of the window, there is a field for "Codici riconosciuti:" (Recognized codes) with the value "[B|F|H|K|L|M|R|S|W|Z]. 00.01...99. [- 00.01...99]". A toolbar at the very bottom contains icons for navigation and actions like back, forward, search, and print.

Codice	Sigla	Referto
K03	Eco addome	Epato-spleno-megalia, con rilievo morfologico-strutturale come da epatopatia cronica. Non lesioni focali epatiche. Colecisti e vie biliari regolari
K04	Eco fegato	Fegato di volume ed ecogenità fisiologica, senza lesioni focali.
K06	Eco fegato	Vie biliari e vasi portali regolari.
K07	Eco fegato	Fegato iperecogeno, con assorbimento del fascio in profondità, come da epatopatia steatofibrosica, senza lesioni a focolaio.

Codici riconosciuti: [B|F|H|K|L|M|R|S|W|Z]. 00.01...99. [- 00.01...99]

Refertazione mediante moduli prestampati

ETG EPATOBILIARE e SPLENICA

FEGATO

Dimensioni: normali aumentate
Margini: lisci irregolari
Ecostruttura normoecogena ipercogena omogenea disomogenea
Focalità assenti presenti segmento/i ...
Calibro v. porta normale aumentato flusso ↔ flusso ↓

COLECISTI

Dimensioni normale idropica ablata
Parete normale ispessita vegetazioni
Litiasi assente I tipo II tipo III tipo

VIE BILIARI

VBI normale dilatata emistema dx sn
VBP normale dilatata mm. ...

MILZA

Dimensioni normali aumentate DL cm. ... Area sez. cm.²...
Ecostruttura omogenea disomogenea
Focalità assenti presenti solide cistiche
Varicosità assenti presenti

ASCITE

assente presente

Refertazione computerizzata



CENTRO MEDICO LEGALE POLISPECIALISTICO di NAPOLI

Servizio di Ecotomografia Internistica

Assicurato: Sig.
nato il
Medico richiedente: dott. Sede di
Tipo di documento:
Attività lavorativa svolta:
Questo diagnostico:

Accertamento eseguito il:

Esame Ecotomografico

ADDOME COMPLETO

Fegato in sede, di dimensioni nei limiti. Margine superiore ed inferiore liscio.
Ecostruttura parenchimale regolare, indenne da nette lesioni focali. Ecotessuto fondo nomocogena ed omogenea.
Normale il sistema venoso spleno-portale con vena porta di calibro regolare conservata dinamica respiratoria e flusso epatoportal.
Normale il calibro e decorso del sistema delle vene sovraepatiche.
Colecisti in sede, ben distesa, siltiastica.
Albero biliare non ectasico.
Milza e pancreas nei limiti morfovolumetrici ad ecostruttura regolare.
Reni in sede, nei limiti morfovolumetrici, di conservato spessore parenchimale ecostruttura regolare, buona differenziazione corticomedullare e renale parenchimo-pielico nei limiti.
Non stasi delle vie escretrici urinarie.
Vescica in sede, ben distesa, a pareti regolari e contenuto anecogeno.
Utero e annessi nei limiti morfovolumetrici.
Libero il Douglas.
(Prostata di dimensioni nei limiti ad ecostruttura regolare).

L'ecografista
dott. Gerardo Trattelli

Clinica Stabia S.p.A.

Viale Europa n.77
80053 Castellammare di Stabia (NA)
tel. 0818748111- 0818715518
Codice Fiscale 01321840637
Partita IVA 01236431212

Castellammare di Stabia, il

Sig.ra (cognome e nome)

Esame Ecotomografico

ECOTOMOGRAFIA MAMMELLE

Linea cutanea non ispessita.
Ecostruttura del piano sottocutaneo conservata.
Regolare spessore e decorso delle creste del Duret.
Ecostruttura parenchimo-stromale disomogenea del tipo fibrogliosa senza evidenza di nette lesioni focali.
Assenza di significative ectasie duttali.
Non evidenza di elementi morfologici di sospetto.
Assenza di linfadenopatie ascellari.

L'ecografista
dott. Gerardo Trattelli

CENTRO RADIOLOGICO E TERAPIA FISICA s.r.l.

80046 S. GIORGIO A CREMANO (NA) - Via Salvator Rosa, W-H 42/48 - Tel. 0815742534 - 5746188

sito web: www.crsaangiorgio.it - mail: info@crsaangiorgio.it

C.F. e P. IVA 01381401213

Data:

Esame Ecotomografico

Sig. (cognome e nome)

ECOTOMOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE

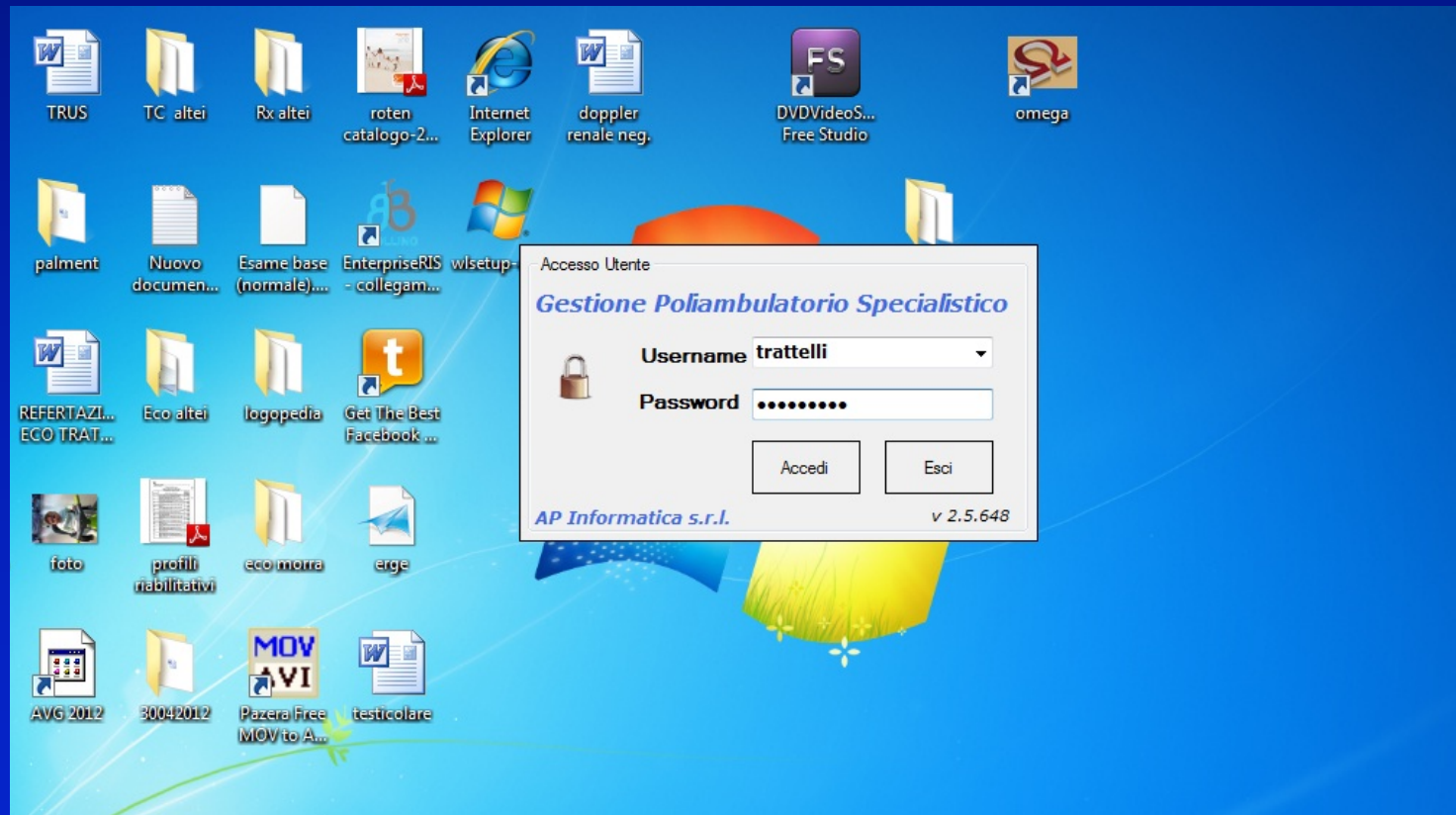
Vescica poco distesa, a pareti finemente ispessite.
Prostata in sede, di forma trilobata a margini arrotondati, di dimensioni aumentate (cm. 5.4x4.8x3.5, peso gr.) ad ecostruttura disomogenea del tipo adenomatoso.
Zona periferica ad ecostruttura lievemente disomogenea ma senza evidenza di nette focalità ipoecogene.
Conservata la limitante ecogena capsulare posteriore.
Calcificazioni periureterali e peridienomatoze, numerose microcisti da ritenzione.
Vescicole seminali nei limiti morfovolumetrici ad ecostruttura conservata.
Normale il clivaggio vescicolo-prostatico.

L'ecografista
Dott. Gerardo Trattelli

Refertazione informatizzata personalizzata



Refertazione informatizzata “centralizzata”



Il referto

In ogni caso è sempre consigliabile l'**archiviazione** degli esiti e, preferibilmente, anche delle immagini per:

- ✓ **confronto con eventuali controlli successivi**
- ✓ **Prevenire eventuali problemi di tipo medico-legale** non del tutto infrequenti con l'impiego di una tecnica diagnostica come l'ecografia che spesso ha un **elevato valore decisionale** ed è molto **soggettiva**



Il referto

Il referto è, a tutti gli effetti, un **certificato**:

“attestazione scritta di un fatto di natura tecnica, destinato a provare la verità”

Art. 480 del codice penale

“Falsità ideologica commessa da **pubblico ufficiale** in certificati o in autorizzazioni amministrative”

Art. 481 del codice penale

“Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un **servizio di pubblica necessità**”

Perché sussista il delitto previsto dagli articoli 480 e 481 cp occorre che sia provato il **dolo** del certificato

Tutela dei dati personali

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Art. 1 (comma 1 d)

Ai fini del presente codice si intende per "*dati sensibili*":

i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo

stato di salute e la vita sessuale



DATI IPERSENSIBILI

Tutela dei dati personali

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Art. 15 (comma 1)

Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'**articolo 2050 del codice civile**



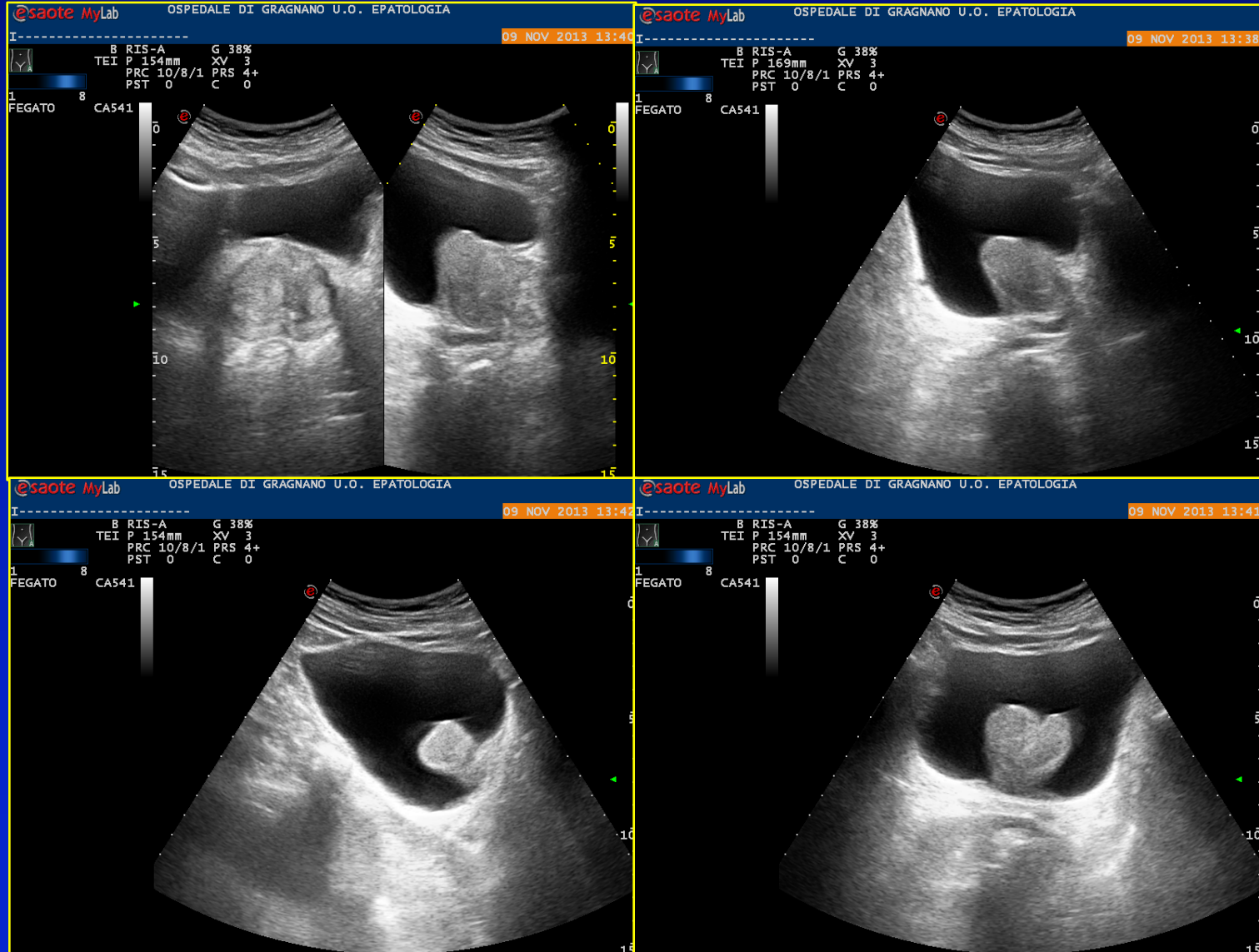
responsabilità per l'esercizio di *attività pericolose*

Il referto

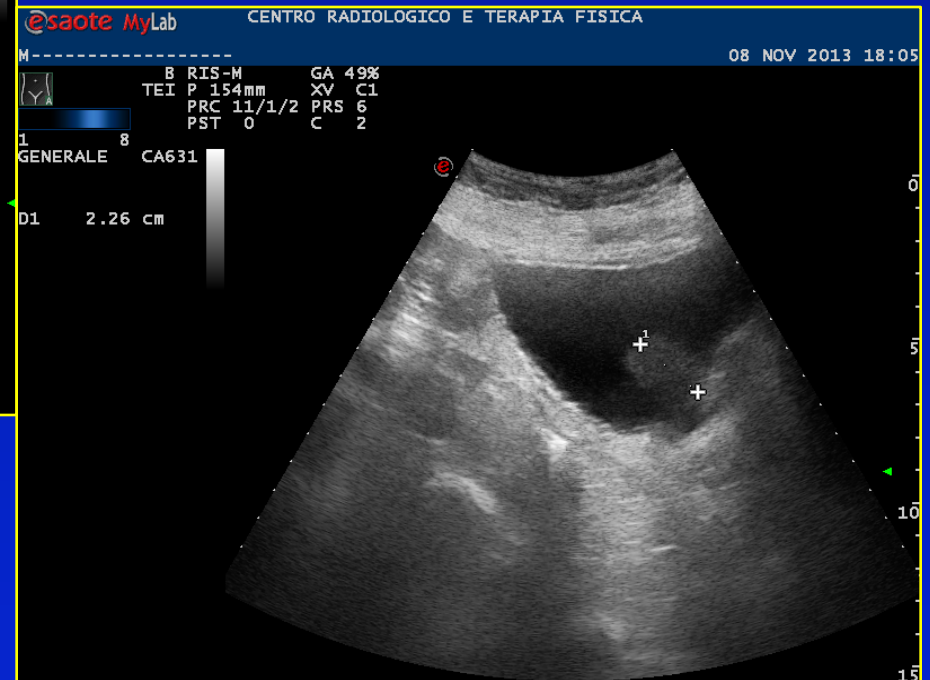
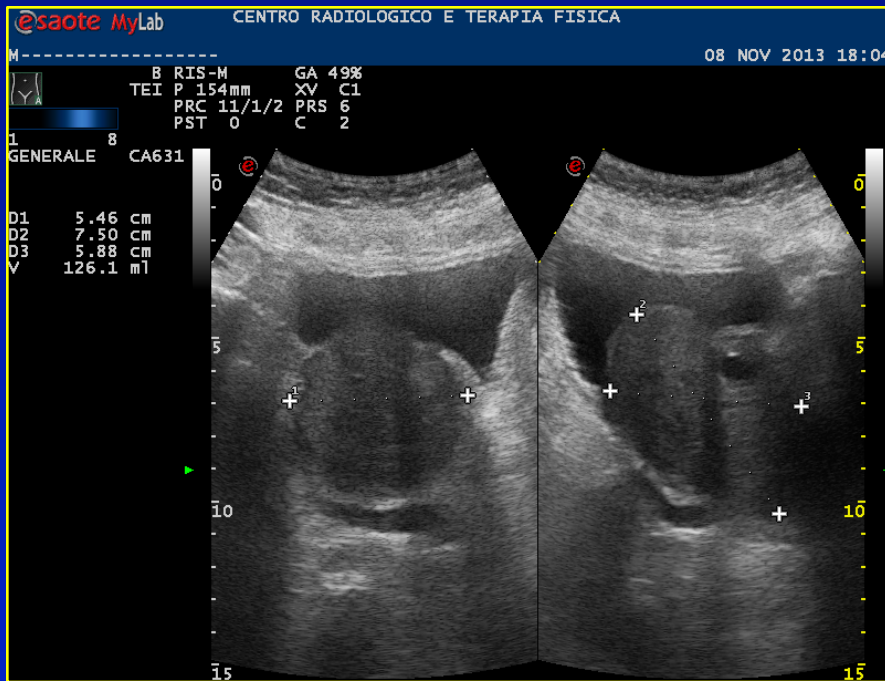
Deve:

- dimostrare che l'esame è stato condotto secondo gli **standard minimi** stabiliti dalle società ecografiche in quanto a tecnologia e procedura
- evidenziare eventuali **difficoltà** incontrate e gli accorgimenti attuati per superarle
- segnalare se la metodica utilizzata può essere ritenuta il "**gold standard**" diagnostico per il caso di specie (TRUS per lo studio della prostata; TV per l'endometrio)

Il referto



Il referto



Il referto

@saote MyLab CENTRO RADIOLOGICO E TERAPIA FISICA

C--- **@saote MyLab** OSPEDALE DI GRAGNANO U.O. EPATOLOGIA

S--- **@saote MyLab** OSPEDALE DI GRAGNANO U.O. EPATOLOGIA

29 MAG 2013 19:31

3
GENERALE

3
GENERALE

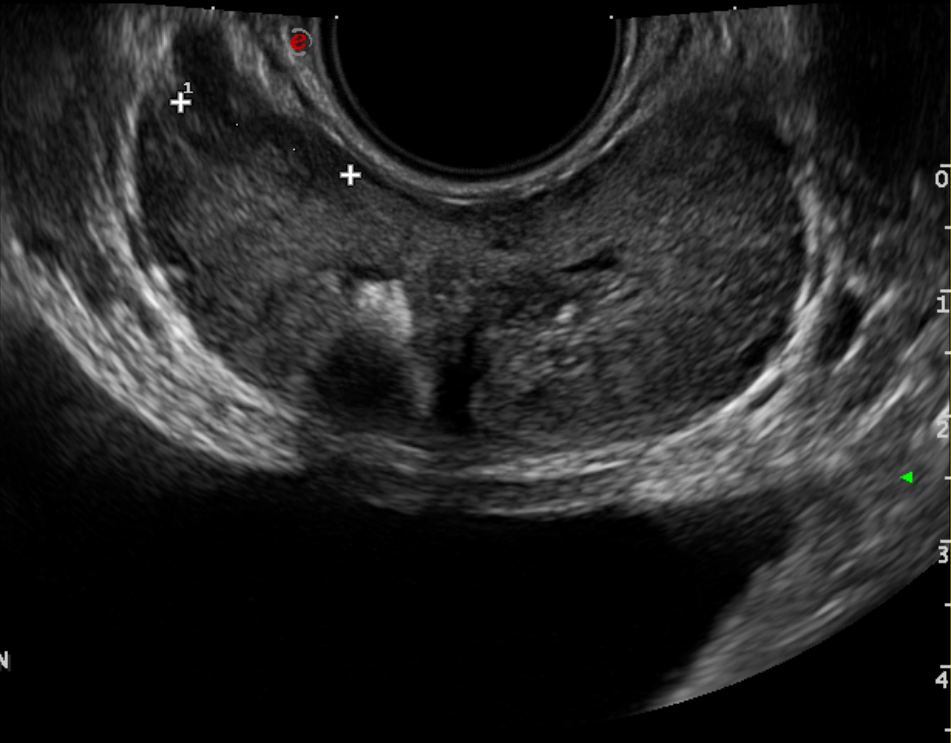
3
GENERALE EC1123

D1

D1
D2

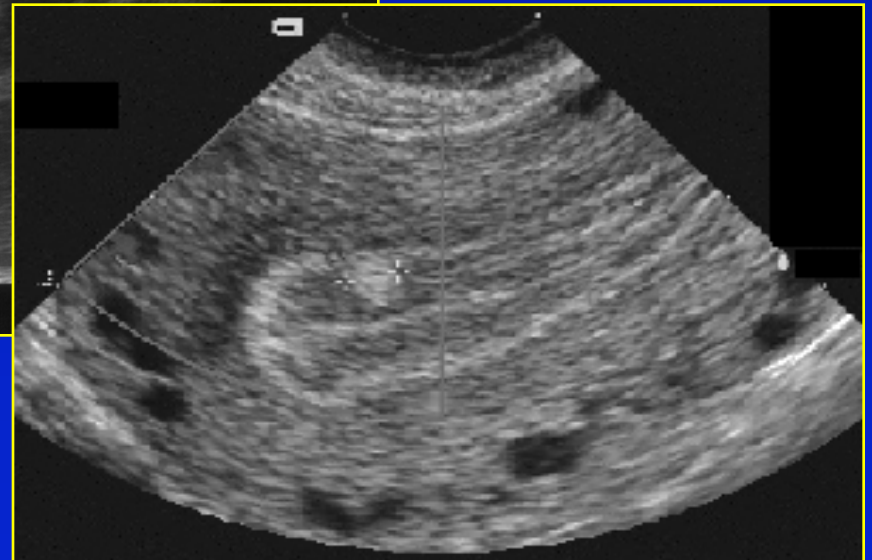
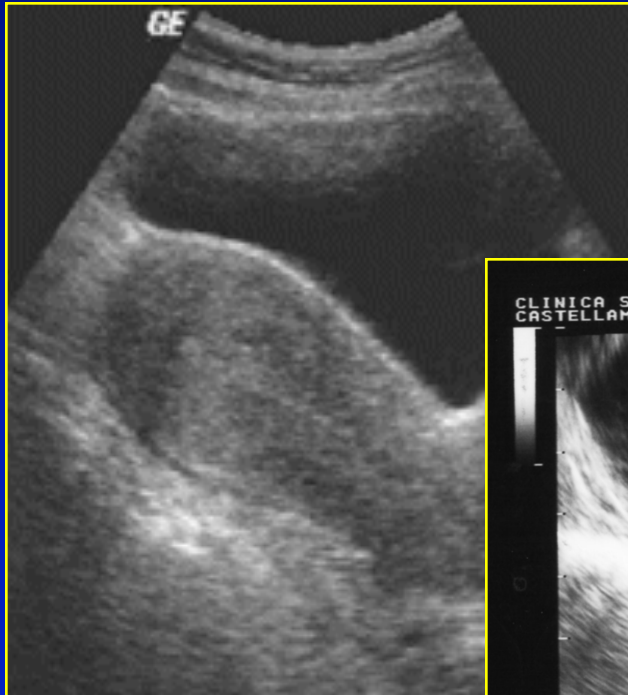
D1 1.47 cm

B	RIS-A	G	65%
P	45mm	XV	5
PRC	11/1/2	PRS	8
PST	0	C	2



SN

Il referto



Il referto

Deve:

essere **facilmente comprensibile** (è rivolto non solo al medico che ha richiesto l'esame ma anche al paziente) e con terminologia tecnica spiegata

Homo eiusdem condicionis atque professionis

Il referto

Deve:

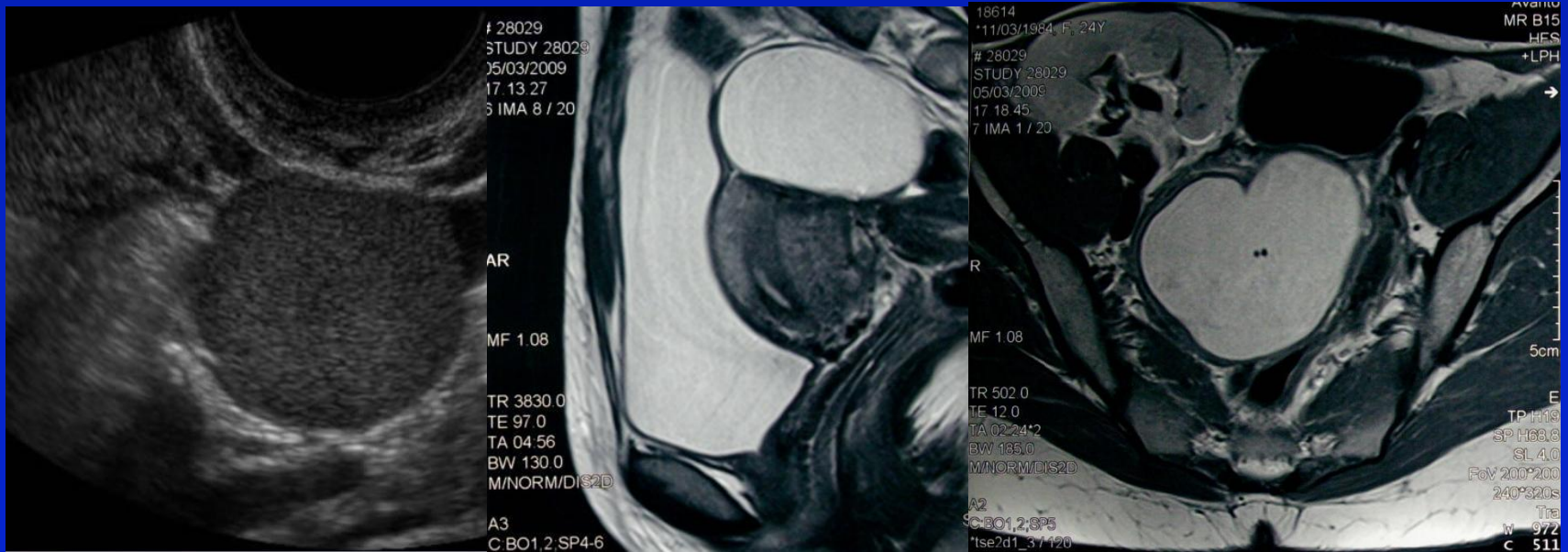
- riportare il **quesito clinico**, trarre delle **considerazioni diagnostiche** e far emergere il proprio giudizio sulle stesse
- essere nello stesso tempo il più possibile

conciso, preciso e deciso

Il referto

Deve:

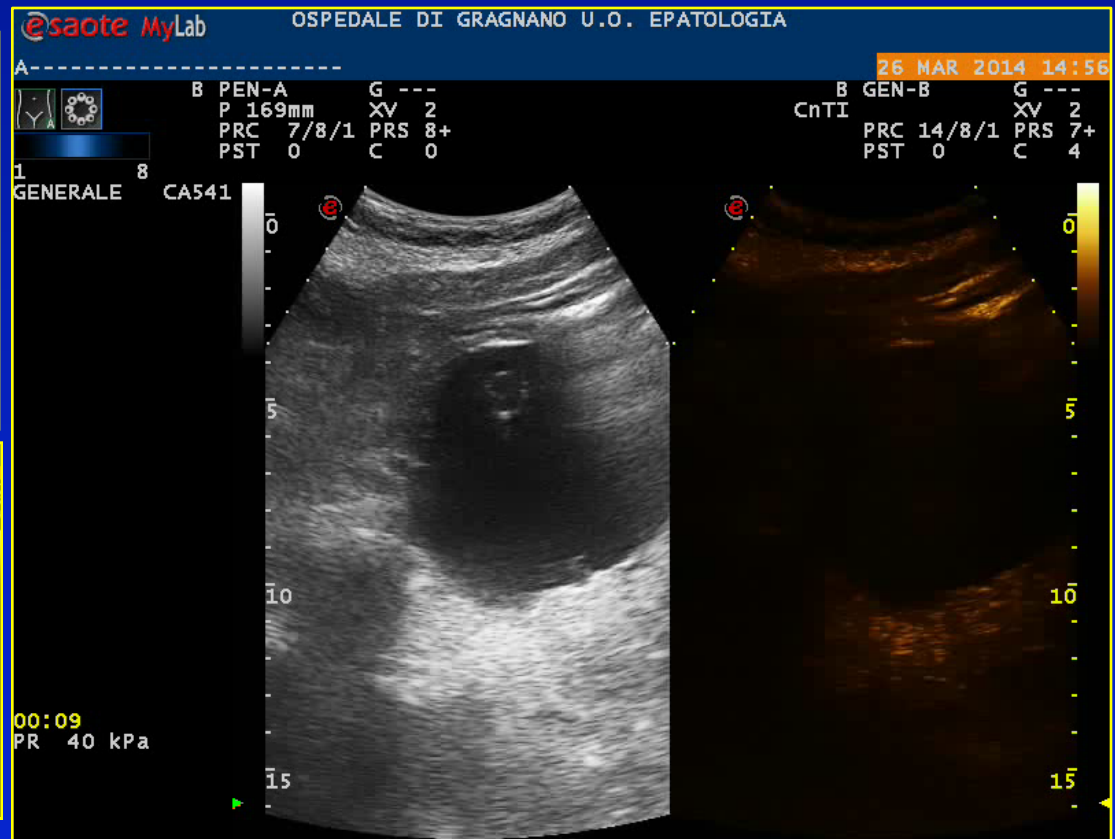
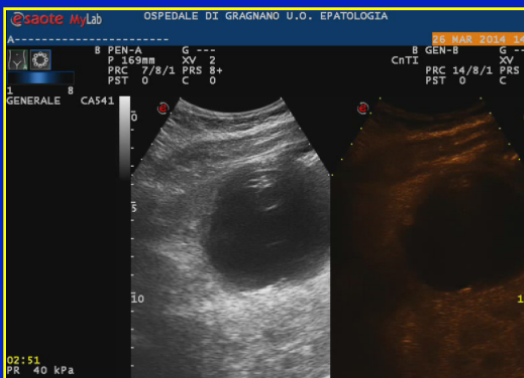
Consigliare, quando il caso lo richiede, un ulteriore **approfondimento diagnostico** con altre metodiche



Il referto

Approfondimento diagnostico

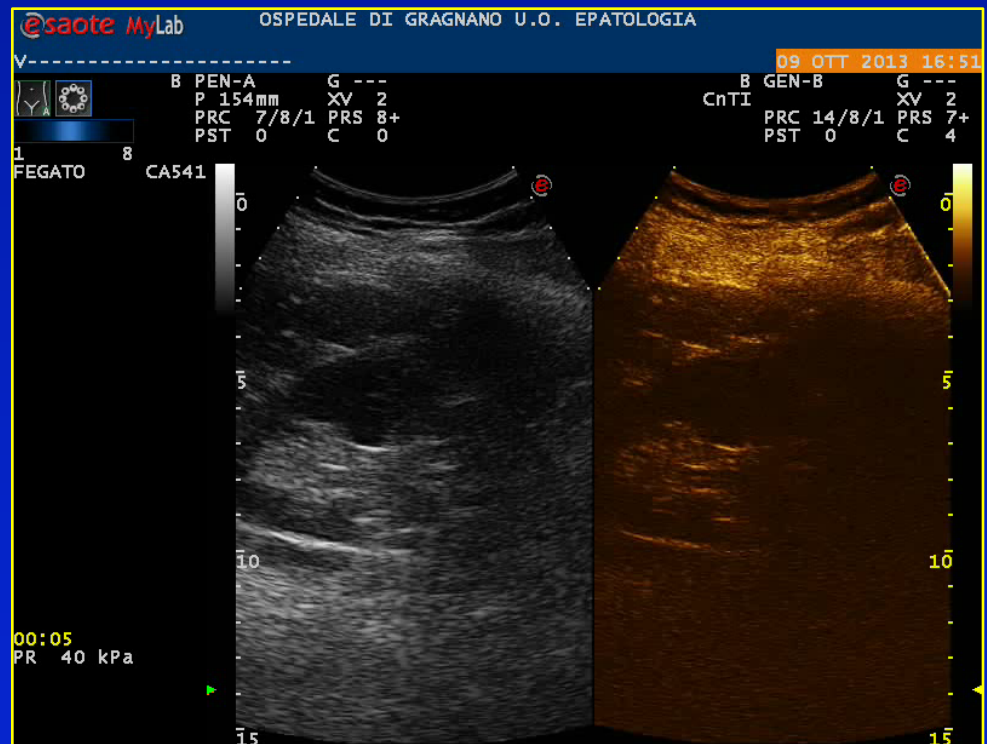
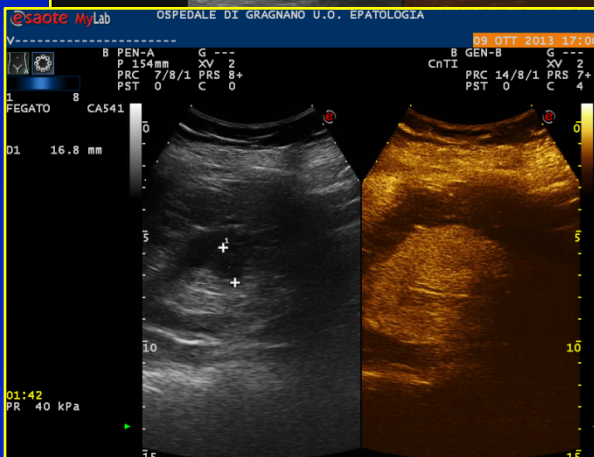
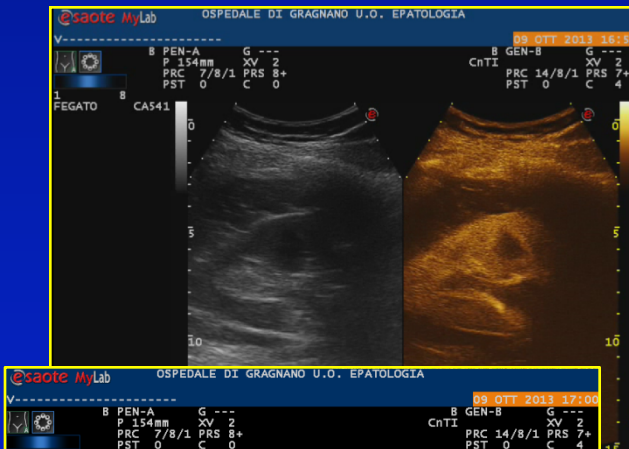
CEUS



Il referto

Approfondimento diagnostico

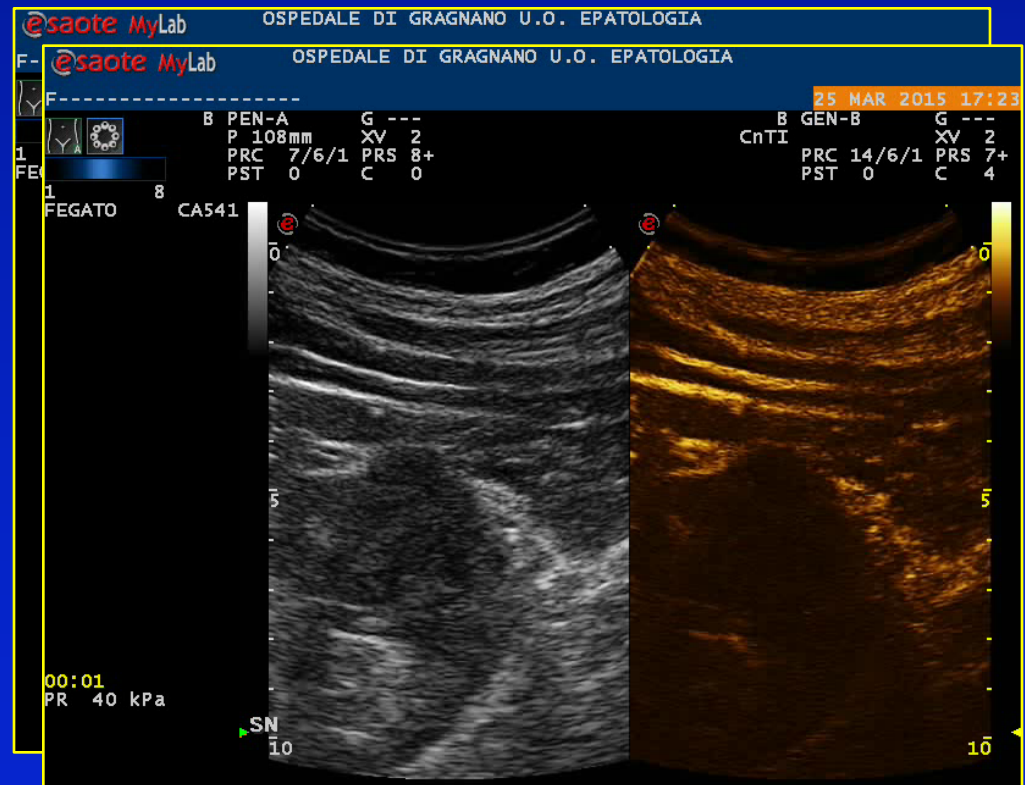
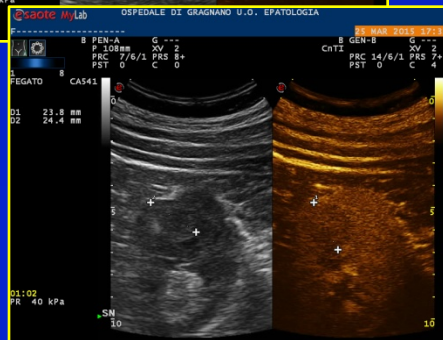
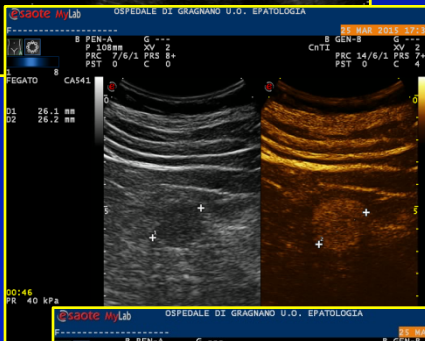
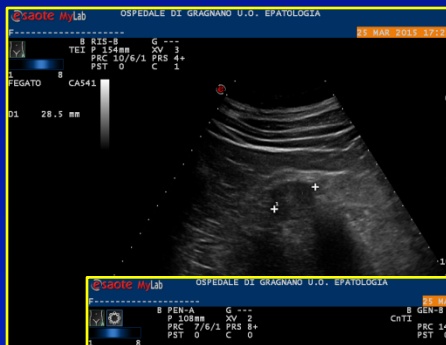
CEUS



Il referto

Approfondimento diagnostico

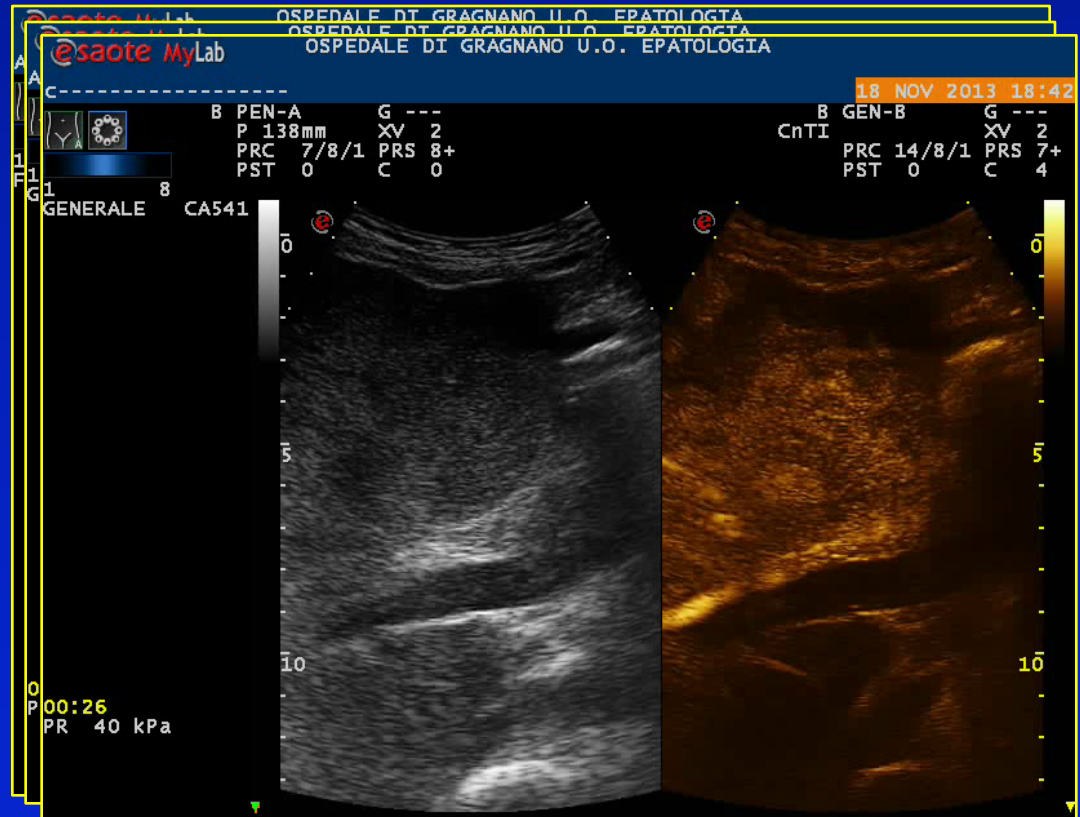
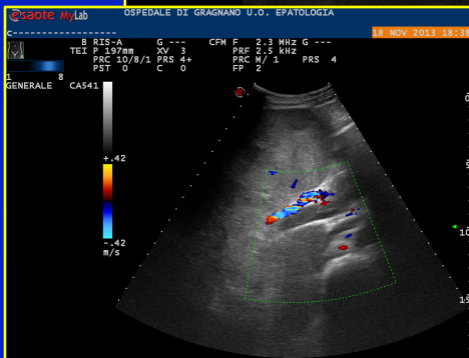
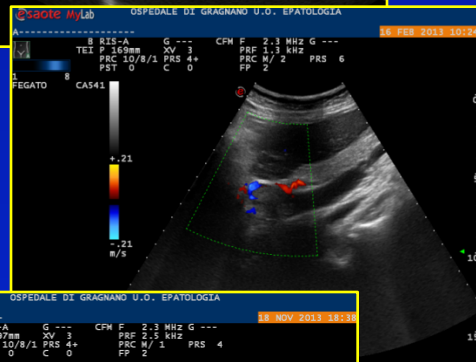
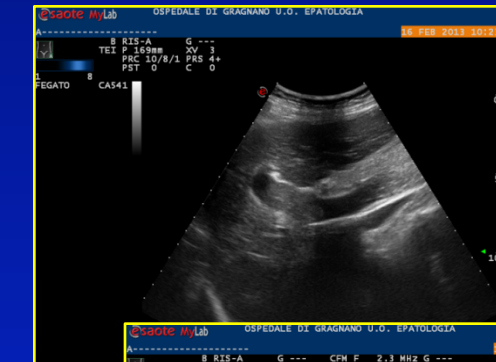
CEUS



Il referto

Approfondimento diagnostico

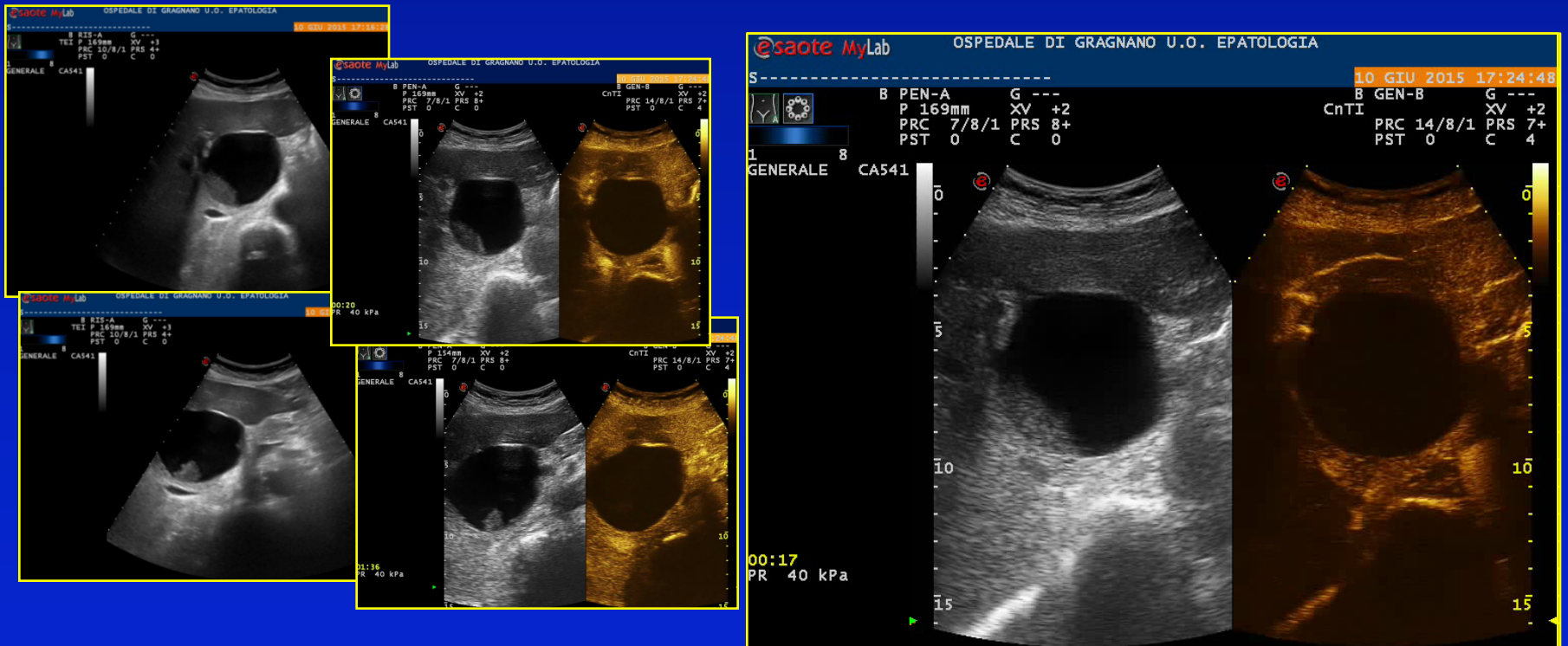
CEUS



Il referto

Approfondimento diagnostico

CEUS



Il referto

Deve:

- contenere le **generalità** con la **firma** dell'esaminatore, la **qualifica** dello stesso, **data** e **sede** dell'esame
- essere corredato da appropriata **documentazione iconografica** (che, comunque, non può in alcun modo sostituire il testo)

Il referto

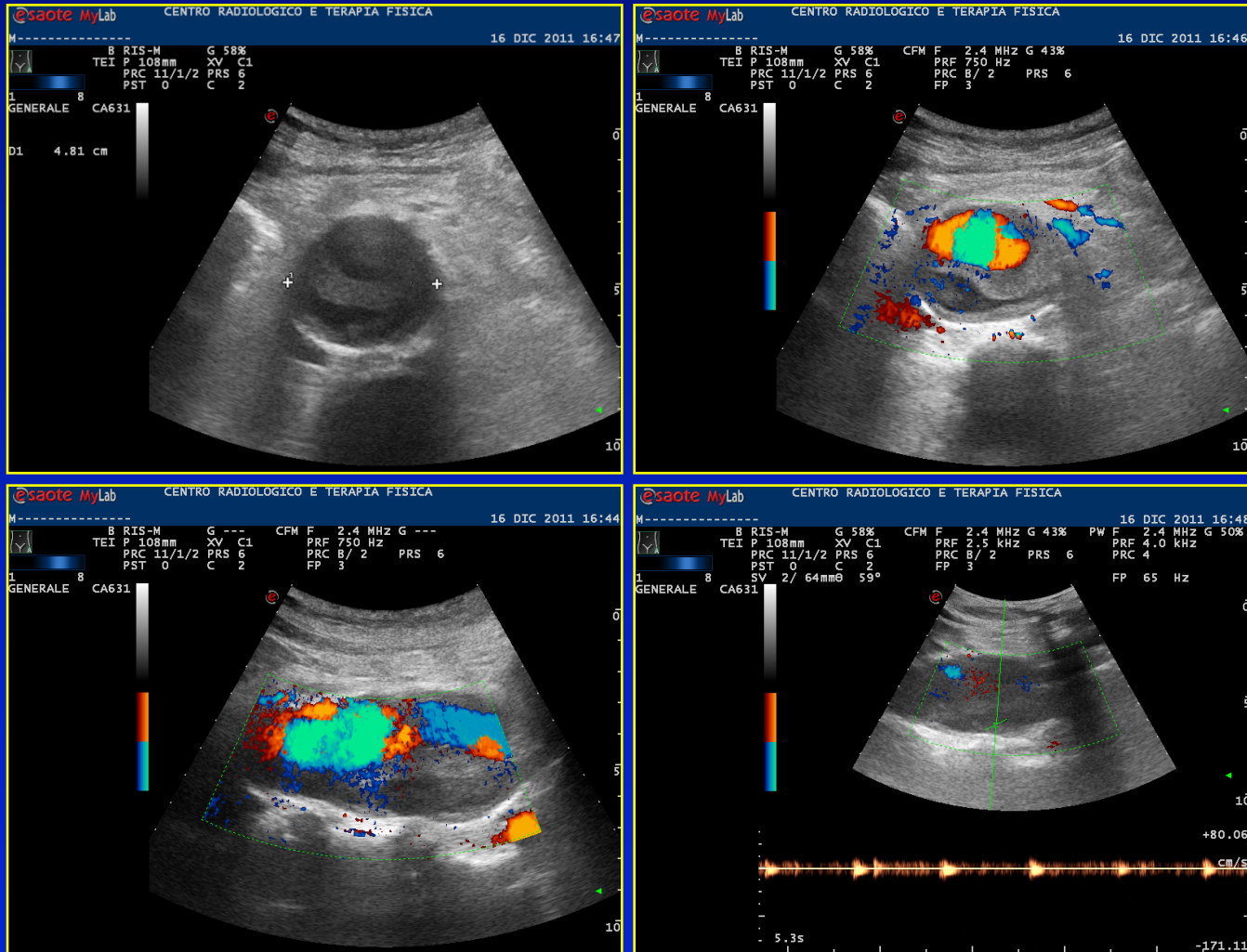
- ◆ Soprattutto in caso di patologia grave è buona norma comunicare, al **paziente e curante**, quanto osservato nell'esame ecografico
- ◆ Ad una non adeguata informazione del paziente (e, se necessario, del curante) sulla patologia riscontrata e sulle potenziali gravi complicanze possono derivarne possibili **conseguenze medico-legali**
 - a. per l'**ecografista** (negligenza)
 - b. per **medico curante** (imperizia o imprudenza)

inaccettabile ritardo diagnostico

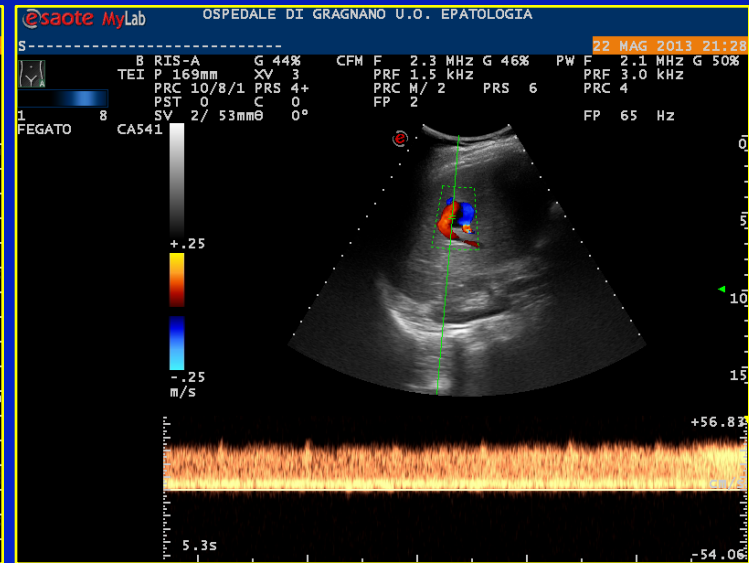
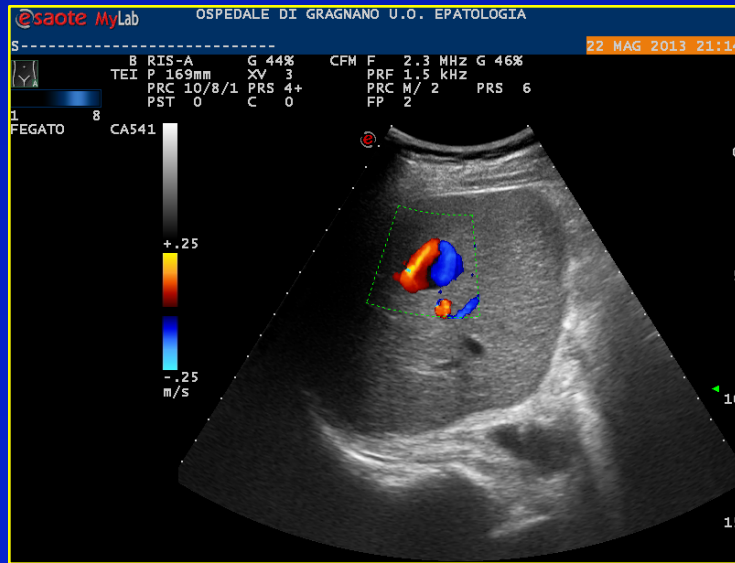
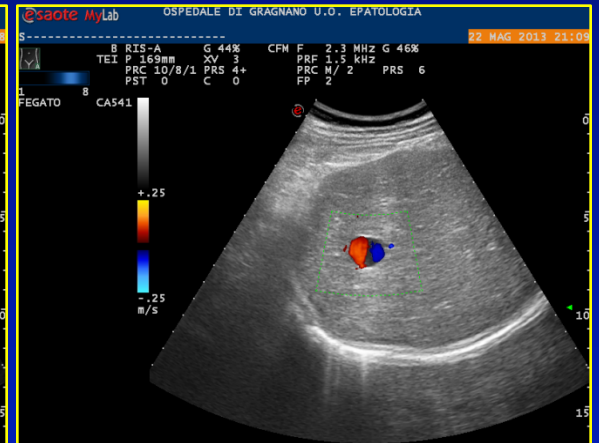
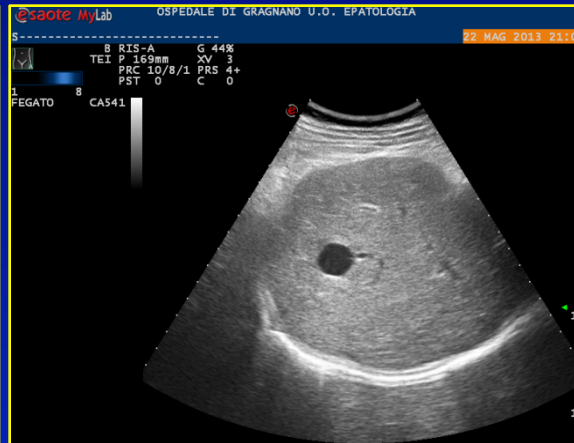
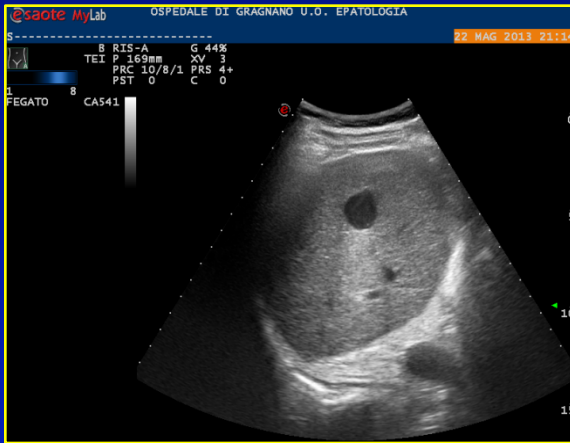
Il referto



Il referto



Il referto



Il referto



Il referto

Nel caso di **patologia grave**, o in **possibile rapida evoluzione**, non è sufficiente refertare l'esame e metterlo in consegna nelle forme consuete dell'attività ambulatoriale, ma è necessario attivarsi per avere la **certezza** che tale referto sia effettivamente **consegnato** al medico prescrittore per i provvedimenti del caso o al paziente

In caso di danno per **mancata celere comunicazione** il medico ecografista potrà essere ritenuto **responsabile** di **omissione** in quanto, di fronte ad una patologia suscettibile di provvedimenti terapeutici, non è sufficiente ottemperare alla sola semplice refertazione senza assicurarsi che il referto sia stato **consegnato** e **compreso**