

Competenze, autonomia e responsabilità dell'ecografista

A. Fusco - Dirigente Medico U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Presidio Ospedaliero di Capua - A.S.L. Ce 2

Sino a qualche anno fa, nei congressi di ecografia ci si preoccupava soprattutto dei possibili effetti biologici degli ultrasuoni e molto poco delle competenze e della responsabilità dell'ecografista. Con il passare degli anni la metodica si è affinata, le apparecchiature sono diventate sempre più sofisticate e tutti noi, oggi, rischiamo di essere colpiti dal ritorno del boomerang delle false aspettative che molti, spesso mediante i mass media e non solo mediante la stampa specializzata, hanno inculcato nelle pazienti anche perché non è stato chiarito una volta per tutte che la diagnosi di malformazione fetale non è sempre possibile. Infatti, la letteratura mondiale si è arricchita di diagnosi ecografiche di anomalie fetali maggiori o minori (spesso frutto di "case reports") senza chiarire che il riconoscimento di un singolo caso clinico non indica che lo stesso possa essere sempre evidenziato e ripetuto.

Pensate che un'ecografia ostetrica è il risultato finale dell'interazione tra l'operatore, l'apparecchiatura ecografica, l'addome materno, la parete uterina, il liquido amniotico ed il feto e quindi il risultato finale potrebbe non essere sempre riproducibile.

Intanto questa cattiva informazione medica ha determinato un incremento di eventi considerati "errori diagnostici in ecografia ostetrica", facendo lievitare il numero di contenziosi di colpa professionale per diagnosi non corretta.



In realtà, solo un esiguo numero di tali contenziosi avrebbe ragione di esistere, perché una buona parte degli "errori diagnostici" era difficilmente evitabile.

Quali sono le competenze di un ecografista nella diagnostica ostetrica?

Premesso che non esiste un titolo di specializzazione in ecografia ostetrico-ginecologica ma che questa materia è oggetto di insegnamento nel corso di specializzazione, esistono degli ostetrici-ginecologi esperti nella tecnica ecografica.

L'operatore deve possedere un'adeguata conoscenza della morfogenesi e dell'anatomia fetale oltre che ovviamente di quella materna e della fisiopatologia ostetrica e deve essere dotato di buona esperienza, con conoscenza delle linee guida e della letteratura più aggiornata in tema di malformazioni fetali, deve possedere una buona abilità tecnica, associata ad una adeguata capacità interpretativa del dato ecografico.

<p>Finalità dell'esame ecografico nel primo trimestre (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> Visualizzazione dell'impianto in sede uterina della camera ovulare (o sacco gestazionale) ed il loro numero. Visualizzazione della presenza dell'embrione o del feto (**), del loro numero e dell'attività cardiaca. Datazione della gravidanza. <p>(*) Per primo trimestre si intende il periodo di età gestazionale fino a 13 settimane e 6 giorni. (**) 15 dell'ecografia "sentinella" il prodotto del concepimento fino a 10 settimane complete (pari a 10 settimane e 6 giorni di età gestazionale), al dell'ecografia "feto" da 10 settimane e 1 giorno in poi.</p> <p><small>Linee Guida SIEOG Ed. ESTEAM - dicembre 2002</small></p>
--

Tab 1

<p>Finalità dell'esame ecografico nel secondo trimestre (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinazione del numero dei feti. Datazione della gravidanza (se non eseguita nel 1° trimestre) Valutazione dell'anatomia fetale. <p>(*) Per secondo trimestre si intende il periodo di età gestazionale compreso tra 14 settimane complete (pari a 14 settimane e 6 giorni) e 26 settimane complete (pari a 26 settimane e 6 giorni).</p> <p><small>Linee Guida SIEOG Ed. ESTEAM - dicembre 2002</small></p>
--

Tab 2

<p>Finalità dell'esame ecografico nel terzo trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> Valutazione della crescita fetale. Valutazione della quantità di liquido amniotico e dell'inserzione placentare. <p><small>Linee Guida SIEOG Ed. ESTEAM - dicembre 2002</small></p>

Tab 3

Le Linee Guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

Il compito dell'ecografista nel corso di un'ecografia ostetrica è dunque mutevole in relazione all'epoca di gravidanza in cui l'esame viene eseguito nel senso che le finalità dell'ecografia (codificate dalle linee guida emanate dalla SIEOG) variano a seconda dell'epoca di gravidanza.

Ed infatti vediamo (tab. 1 - 2 - 3) che le finalità dell'esame ecografico nel primo trimestre sono differenti da quelle del secondo e da quelle del terzo trimestre di gravidanza.

Nel corso del primo trimestre è necessario visualizzare l'impianto della camera gestazionale in sede uterina ed il loro numero, visualizzazione della presenza dell'embrione/feto, del loro numero e dell'attività cardiaca ed infine effettuare una datazione della gravidanza.

Nel corso del secondo trimestre bisogna determinare il numero dei feti, effettuare una datazione della gravidanza (se non effettuata nel 1° trimestre) ma soprattutto effettuare una corretta valutazione dell'anatomia fetale.

Per l'estremo cefalico è necessario ricercare e/o misurare le seguenti strutture :

- misura del DBP e della CC (foto 1)
- misura dell'ampiezza del trigono ventricolare (o ventricoli cerebrali)
- misura del diametro trasverso del cervelletto (foto 1)
- visualizzazione delle orbite (foto 2)



Foto 1



Foto 2

Della colonna vertebrale va effettuata una scansione longitudinale (foto 3) mentre del torace vanno visualizzati :

- i polmoni (foto 4)
- il situs cardiaco (solitus o inversus) (foto 4)
- la scansione "4 camere" cardiache (foto 4)

Dell'addome va fatta

- una misurazione della circonferenza addominale (foto 5)
- una visualizzazione dello stomaco e del profilo della parete addominale anteriore (foto 5)
- la visualizzazione della vescica e possibilmente dei reni fetali (foto 6)

Degli arti va effettuata :

- una visualizzazione delle ossa lunghe e dei segmenti ossei
- visualizzazione (in termini di presenza/assenza delle estremità (mani e piedi) senza obbligo di visualizzazione delle dita (foto 6 e 7);
- misurazione della lunghezza di un femore (foto 7).



Foto 3

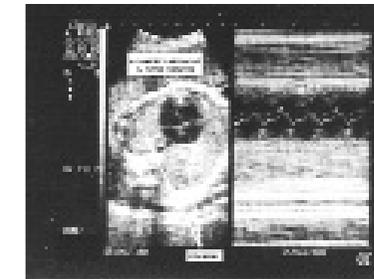


Foto 4

Va infine effettuata una valutazione anche soggettiva della quantità e delle caratteristiche del liquido amniotico mentre della placenta va descritta la localizzazione (foto 8).



Foto 5



Foto 6

Nel corso del terzo trimestre è necessario effettuare una valutazione della crescita fetale e la valutazione della quantità di liquido amniotico e dell'inserzione placentare.

La stima del peso fetale, a termine di gravidanza, può divenire altro motivo di contenzioso che può coinvolgere l'ecografista (frequente è quello per la distocia di spalla). A questo proposito, è necessario ribadire che le attuali procedure di stima ecografica del peso fetale non sono sufficientemente accurate per essere efficaci nel riconoscere la macrosomia in quanto sono gravate da un errore che è uguale o superiore a

+/- 10% e, pertanto, non è raccomandata!

Il referto ecografico deve comprendere:

una dettagliata relazione che si attenga come minimo alle linee guida e che specifichi anche gli eventuali fattori limitanti lo studio ecografico (da conservare in copia possibilmente in archivio informatico) (tab.4);

iconografia (da conservare in copia possibilmente in archivio informatico) a questo proposito è opportuno precisare che, a mio avviso, le foto indispensabili da consegnare alla paziente sono quelle indicate nella tab.5;

ampia e dettagliata informativa; a questo proposito



Foto 7



Foto 8

nel sito info@dimed.com è possibile reperire un'utile ed ampia informativa (pubblicata anche dall'AOGOI) da sottoporre alla paziente. Come già detto in precedenza, non sempre è possibile rilevare con l'ecografia anomalie fetali maggiori e la possibilità di rilevare un'anomalia maggiore dipende dalla sua entità, dalla posizione del feto in utero, dalla quantità di liquido amniotico e dallo spessore della parete addominale materna; perciò è possibile che talune anomalie fetali possano non essere rilevate all'esame ecografico. Inoltre alcune malformazioni si manifestano tardivamente (al 7°- 9° mese) e perciò non sono visualizzabili in esami precoci.

L'esperienza finora acquisita suggerisce che un esame ecografico routinario, non mirato, consente di identificare dal 30 al 70% delle malformazioni maggiori e che, pertanto, per i limiti intrinseci della metodica, è possibile che alcune anomalie anche importanti non vengano rilevate con l'ecografia.

È infine indispensabile ribadire che non è compito dell'ecografia la rilevazione delle cosiddette anomalie minori.

Per quanto riguarda la responsabilità dell'ecografista, il concetto generale di "colpa" civile e penale, consiste in condotte che si connotano per negligenza, imprudenza, imperizia ed inosservanza di leggi e regolamenti.

In sede civile, sia la dottrina che la giurisprudenza fanno riferimento all'"obbligazione" del professionista, che tradizionalmente viene definita come "obbligazione di mezzi" ma non di "risultati"

Dal punto di vista della responsabilità civile e/o penale, i cardini del contenzioso, per il medico ecografista, sono fondamentalmente rappresen-

tati, a mio avviso, dagli articoli artt. 4 e 6 della legge. 22.5.1978 n. 194. (tab.6 e 7)

Se l'ecografista non ha evidenziato la o le malformazioni oggetto del contenzioso medico-legale, può essergli addebitata come conseguenza una nascita indesiderata (quella che nella legislatura anglosassone viene etichettata, in tema di malpractice, come "wrongful birth".

Ma talvolta anche la tardiva diagnosi di una malformazione può determinare un contenzioso anche se la paziente anziché ricorrere all'art.4 della legge 194 deve affrontare l'art.6 della stessa legge.

Secondo la mia opinione il problema fondamentale è la necessità di poter "scremare" l'enorme numero di contenziosi prima che questi possano avviarsi, sottoponendo gli stessi al vaglio di una commissione di esperti (sotto l'egida dell'Ordine Professionale) che possano valutare se vi siano le reali condizioni per cui l'ecografista possa essere accusato di malpractice ed esprimere un parere "pro veritate" perché solo in questo modo può essere impedito l'enorme numero (peraltro destinato a crescere) di contenziosi a scopo speculativo.

Infine, un deterrente nei confronti di questi contenziosi a scopo speculativo potrebbe essere l'introduzione di un automatico procedimento di risarcimento del Sanitario accusato senza colpa.