

La Radiologia Medica - Radiol Med 86: 771-776, 1993
Edizioni Minerva Medica - Torino

«Malpractice» nella senologia

Malpractice in breast imaging

Luigi PESCARINI

Introduzione

Molti sono i motivi che inducono in questo momento di particolare complessità dell'attività radiologica a considerazioni e a riflessioni sulla condotta professionale del radiologo nella senologia e sugli eventuali risvolti medico-legali.

Innanzitutto la mammografia si è diffusa nel nostro paese quale tecnica di base nello studio della mammella, svolgendo un ruolo diagnostico fondamentale nello screening del cancro e nella senologia clinica, essendo altresì un supporto insostituibile nella stadiazione e nel follow-up delle neoplasie.

La tecnica è quindi entrata nella giusta considerazione dei medici curanti e, anche grazie all'informazione dei mezzi di comunicazione, costituisce un «esame» in cui sono riposte la fiducia e le aspettative di una grande parte del mondo femminile.

Il valore diagnostico per l'effettiva capacità di rivelare neoplasie infracliniche è invero indiscutibile tanto che la mammografia è raccomandata quale test preventivo programmato nelle donne asintomatiche, già prima dei 40 anni di età, dalle più importanti società scientifiche, prima fra tutte l'American Cancer Society, sin dal 1983 [1].

Dopo questa breve premessa appare quasi superfluo sottolineare che l'attività del radiologo nella senologia si è notevolmente ampliata e con essa i rischi di implicazioni medico-legali, come già segnalato da alcuni anni nella letteratura anglosassone [3, 11, 18]. In questo contesto lo scopo principale dell'elaborato è rivolto alla ricerca dei molteplici aspetti della responsabilità nell'ambito delle diverse condizioni operative.

Malpractice e legislazione

Il termine «malpractice» indica errata condotta professionale, che si concretizzi in azioni o omissioni che violino la norma giuridica. Ad essa corrisponde la «respon-

sabilità legale», che si configura in quelle situazioni in cui il medico è chiamato in giudizio per un danno al paziente.

La responsabilità legale, a seconda del tipo di danno arrecato e dei rapporti che intercorrono tra medico e paziente, si distingue in civile e penale.

In particolare alcune norme del codice civile (CC) evidenziano quali siano le modalità di comportamento nell'espletamento della prestazione professionale e le conseguenze della «malpractice»:

— il comportamento del prestatore d'opera è fonte di responsabilità qualora sia contrario alla «diligenza del buon padre di famiglia», con riguardo alla natura dell'attività esercitata (CC 1176);

— a una prestazione professionale non esatta deve corrispondere un risarcimento (CC 1018), che è obbligatorio (CC 2043) secondo le modalità stabilite dall'art. 1223 CC; solo se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in casi di dolo o colpa grave (CC 2236).

La responsabilità penale nel campo medico si verifica generalmente per reati colposi: sono contemplati l'omicidio colposo (CP 589), le lesioni personali (CP 590), conseguenti a comportamento negligente, imprudente od imperito, ovvero inosservante di leggi, regolamenti, ordine o discipline nell'espletamento della prestazione professionale (CP 43). L'individuazione del comportamento negligente, imprudente o imperito è soggetto a valutazione secondo criteri di giudizio in uso nella normale giurisprudenza [2].

«Il criterio della regola tecnica» stabilisce l'errore del medico in riferimento a standard qualitativi: la prestazione risulta incongrua quando si allontani da direttive teorico-pratiche collaudate e raccomandate.

«Il criterio della media preparazione» riconosce l'errore del medico quando egli sia venuto meno a uno standard professionale, ovvero alla preparazione «media» dei medici che possiedono le nozioni indispensabili per l'esercizio professionale.

Istituto di Radiologia dell'Università di Padova.

Pervenuto alla Redazione il 14.7.1993; revisionato il 5.8.1993; accettato per la pubblicazione il 10.8.1993.

Indirizzo per la richiesta di estratti: Prof. L. Pescarini - Istituto di Radiologia dell'Università - Via Giustiniani 2 - 35128 Padova PD - Tel. 049/8212356 - Fax 049/8754144.

Lezione di Aggiornamento presentata al XXXV Congresso Nazionale SIRM (Genova, 8-12 novembre 1992).

TABELLA I. — Attività del radiologo in senologia.
The radiologist's activity in mammography.

Aree operative	Soggetto dell'indagine mammografica
1) Screening	— Popolazione femminile su chiamata
2) Mammografia clinica	— Donne sintomatiche su richiesta
	— Donne asintomatiche su richiesta
	— Presentazione spontanea

«Il criterio delle circostanze soggettive e oggettive» prevede che l'operato del medico sia da valutarsi tenendo conto dei parametri relativi alle persone, ad esempio qualifica, e alle circostanze in cui si verifica la prestazione professionale.

Anche l'errore diagnostico è inquadrabile distinguendo:

— errore casuale, vale a dire imprevedibile e ineliminabile;

— errore sistematico: «marginale» per sola imperizia, da confrontare con le conoscenze del professionista di media capacità, o «grossolano», riferibile a grave imperizia, negligenza e imprudenza.

Mentre l'errore casuale è da considerarsi dipendente da molte variabili biologiche e culturali e quindi scusabile, l'errore sistematico assume le caratteristiche della «prestazione incongrua», non scusabile, dalla quale è derivato con nesso di causalità (CP 40-41) un danno al paziente.

Diagnostica senologica e responsabilità

Nella parte introduttiva è già stato rilevato il ruolo centrale della mammografia nel contesto applicativo nella senologia. Vale la pena a questo punto di ricordare i tre obiettivi prioritari della diagnostica senologica:

- individuare immagini che possano rivelare o far sospettare una neoplasia nella fase più precoce possibile;
- formulare la diagnosi;
- tranquillizzare la paziente.

L'ultimo punto indica chiaramente come l'indagine non tenda solo a rivelare o no una malattia organica, ma sia in grado di influire sul benessere psichico della paziente.

Nel perseguire questi obiettivi l'attività del radiologo avviene essenzialmente in due aree operative, lo screening e la mammografia clinica, rivolgendosi a donne sintomatiche o asintomatiche, da esaminare a seconda dei casi su richiesta del curante o «su chiamata» nell'ambito di un'attività preventiva o su presentazione spontanea (tab. I).

In ogni evenienza lo schema della pratica senologica non si discosta da quello generale dell'attività radiologica; ha inizio con l'indicazione, che si pone sulla scorta dei dati clinico-anamnestici o nell'ambito di un piano preventivo collettivo o personale, prosegue con la fase tecnico-metodologica, da cui deriva la documentazione, poi con il momento percettivo-interpretativo, che si estrinseca nel referto, e si conclude con la comunicazione al medico curante, alla paziente o a entrambi (fig. 1).

A qualsiasi livello dello schema proposto possono emergere elementi di responsabilità.

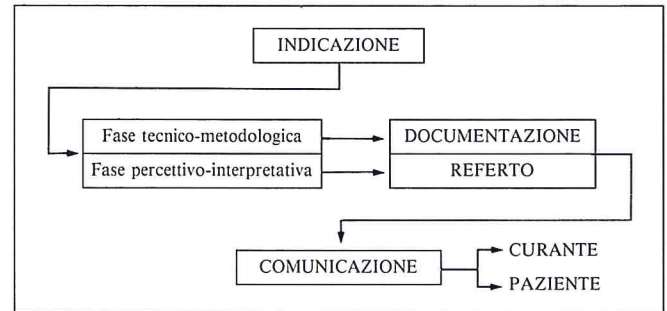


Fig. 1. — Schema della pratica senologica.
Phases of breast imaging.

Indicazione all'esame mammografico

Nella prassi comune il medico curante è il sanitario preposto all'indicazione dell'esame mammografico. Con riferimento all'art. 26 del codice deontologico egli ha il compito di affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicando alla paziente il tempo necessario a un sereno colloquio e a un corretto esame obiettivo, avvalendosi delle indagini collaterali appropriate e necessarie. In quest'ultimo punto rientrano ovviamente gli aspetti di prevenzione secondaria che sono universalmente riconosciuti alla mammografia a iniziare dal quinto decennio di vita (40-50 anni). Quindi elementi di responsabilità si possono configurare per il medico curante nella mancata prescrizione della mammografia, tanto per la sottovalutazione della sintomatologia clinica quanto per l'incongruo programma di prevenzione, ad esempio nell'occasione di un check-up. Analogamente la non adesione a uno screening mammografico, in cui sia stata espressamente richiesta la collaborazione del medico curante, può comportare ritardi diagnostici difficilmente giustificabili, anche in relazione ai doveri etico-morali di cui il medico deve sentire soprattutto in quest'epoca l'imperativo richiamo [19].

Per quanto concerne l'indicazione, la circolare 62 del 1984 del Ministero della Sanità, in conformità alle direttive della Comunità Europea, riconosce un ruolo specifico al radiologo: «rientra nelle attribuzioni del medico specialista in radiologia la scelta, nei confronti del singolo quesito clinico, della o delle metodiche diagnostiche più indicate e, nel caso di molteplici indagini proponibili, la successione più vantaggiosa nella loro applicazione».

Nella verifica di pertinenza dell'indicazione, diritto-dovere del radiologo quindi, si potrebbe incorrere in errori di valutazione in ordine all'impiego delle tecniche qualora si escludessero quelle a più elevato valore diagnostico, senza raggiungere per questo motivo la diagnosi importante per la salute della paziente.

Oramai chiarito e acquisito che con le moderne tecniche il rischio di un eventuale danno somatico da radiazioni durante la mammografia è così basso rispetto al beneficio diagnostico da ritenersi trascurabile [7, 16], l'esame non può essere ovviamente rifiutato, anzi «deve» in assoluto essere giudicato prioritario in tutte le donne sintomatiche.

Solo nell'adolescenza o in pazienti molto giovani, al li-

mite ragionevole dei 30 anni, l'impiego di tecniche d'immagine prive di effetti ionizzanti come l'ecografia si prospetta come alternativo, anche se non esclusivo, sia per l'effettiva possibilità di giungere alla diagnosi, sia per le presumibili minori informazioni fornite dalla mammografia in mammelle di solito più ricche di componente ghiandolare, sia per il rispetto delle norme protezionistiche, qualificanti da sempre la professionalità del radiologo. In queste fasi della vita, soprattutto quando si intenda non solo porre la diagnosi della malattia focale in atto, ma anche escludere con ragionevole margine di certezza la presenza di alterazioni subcliniche, di cui le microcalcificazioni sono spesso il segno più frequente, la mammografia è da tenere sempre in considerazione modulando però il suo impiego, ad esempio utilizzando una sola proiezione panoramica.

Il problema dell'indicazione nelle pazienti con presentazione spontanea merita infine trattazione a parte; il fenomeno è infatti così diffuso da richiedere un inquadramento specifico.

Fase tecnico-metodologica

Prima di procedere all'esecuzione dell'esame è necessario il consenso come in ogni atto medico. In linea di massima il consenso è da ritenersi implicito qualora la donna si presenti con indicazione del medico curante [8]. È tuttavia opportuno che il radiologo spieghi le modalità e le finalità della mammografia, ponendo l'accento sull'importanza della corretta procedura, in particolare riguardo la compressione, per ottenere non solo il consenso, ma anche la collaborazione della paziente. Anche i dubbi sull'eventualità del rischio del danno da radiazioni, derivanti spesso da informazioni parziali o antiquate riportate nella letteratura per lo più non radiologica, sono da dissolvere con appropriate esemplificazioni e con linguaggio comprensibile [16].

La mammografia o l'ecografia non comporta atti cruenti o pericolosi, a meno che non sia il supporto tecnico per manovre interventistiche, peraltro semplici, come la citologia mirata o il posizionamento di reperi chirurgici su guida ecografica o radiostereotassica. In queste applicazioni è prudente ottenere il consenso «specifico» o «informato» della paziente dopo un colloquio che illustri le manovre, i tempi, le finalità, i rischi e i benefici dell'indagine [8].

Nell'esecuzione tecnico-metodologica ottenere un'immagine appropriata costituisce l'obiettivo principale del radiologo. Su questo punto non si può assolutamente transigere, essendo la documentazione, sotto il profilo legale, l'indice più evidente dell'obbligazione di mezzi e di diligenza del prestatore d'opera professionale (CC 1176), assoggettabile a perizia.

Indicazioni precise sulle necessità del controllo di qualità nella mammografia provengono e da normative CEE [12] e, in Italia, da programmi concreti dell'associazione dei radiologi (SIRM) come il DQM (Dose e Qualità in Mammografia). È da sottolineare come tutte le linee-guida muovano sul binario parallelo che alla buona qualità dell'immagine corrisponda anche il contenimento della dose, obiettivi che come è noto si contrappongono per ragioni

fisiche e per ottenere i quali bisogna arrivare al giusto compromesso.

Tutte le iniziative, che uniformano i criteri qualitativi a livello operativo non hanno il carattere della novità, ma proseguono sulla linea della tradizione senologica europea, che ha il suo caposaldo nell'aforisma di Gros «La mammografia non soffre la mediocrità, altrimenti è dannosa» [9].

Negli Stati Uniti d'America gli standard di qualità sono definiti dal 1987 dall'ACR (American College of Radiology) anche nell'attuazione dei controlli [4]: vi è l'obbligo per i centri periferici pubblici e privati di far riferimento a vicine strutture universitarie qualificate, con indubbi vantaggi di collaborazione nelle scelte tecniche e nell'addestramento del personale.

Sul piano pratico è infine da sottolineare la diversa ampiezza d'impiego della mammografia nell'area dello screening e della senologia clinica [4, 7], con riflessi differenti nella responsabilità in dipendenza del «criterio delle circostanze soggettive e oggettive» sopra citato.

Nello screening il rilevamento, soprattutto in ordine all'applicazione della tecnica, appare più ristretto [4] in conformità al tipo di progetto in cui si è tenuto conto dei benefici, dei costi e di numerosi altri parametri al fine di individuare «alterazioni» della ghiandola nell'ambito di una quota di popolazione femminile presunta sana. L'approccio, necessariamente standardizzato, in alcuni progetti con un'unica proiezione, non prevede in prima battuta le varianti tecnico-metodologiche caratteristiche della mammografia clinica [4, 17]. Questa, ponendosi l'obiettivo della diagnosi, prevede l'impiego di almeno due proiezioni, di radiogrammi mirati e, a seconda delle disponibilità, dell'ingrandimento radiologico diretto, degli apporti integrativi di altre tecniche d'immagine e, di regola, delle correlazioni con l'esame clinico.

Fase percettivo-interpretativa

La fase percettivo-interpretativa è sintetizzata nel referto dal quale sostanzialmente possono emergere due tipi di errore:

- errore per mancato riconoscimento di un segno;
- errore per interpretazione non corretta.

Sotto il profilo legale è da ribadire quanto affermato chiaramente dal De Ferrari [6] «La responsabilità professionale del medico (quindi anche del radiologo) può sussistere soltanto quando l'eventuale errore possiede i caratteri della colpa (sotto il profilo penalistico e/o civilistico) e inoltre determina una conseguenza sfavorevole per il paziente ricollegabile appunto con tale colpa

Diversamente l'errore commesso potrà essere censurabile dal punto di vista deontologico o etico, ma non avrà nessuna conseguenza per il medicoperché vengono a mancare i requisiti della colpa professionale».

Nella valutazione dell'errore poi non si può non essere d'accordo con l'affermazione di Brenner che sottolinea il limite e il valore della formulazione diagnostica, che è basata su un «procedimento razionale caratterizzato dalla

correttezza, non dalla certezza» [4]. Ciò vale naturalmente anche nell'impiego della mammografia che, come numerosi altri test, non consente indici di accuratezza assoluta, variando le percentuali di errore con tassi mai inferiori a 10%.

In linea di principio quindi nessun errore di rilevamento o di interpretazione può essere considerato colpevole solo in base al riconoscimento o a un nuovo giudizio postumo su un segno. Di conseguenza assumono rilevanza il «tipo» e la «magnitudo» dell'errore [17], per l'individuazione dei quali si adottano i criteri di giudizio esposti sopra nelle norme giurisprudenziali.

L'errore per mancato riconoscimento di un segno risulta sicuramente più grave quando sia conseguenza di carenze negli standard tecnico-metodologici, essendo il radiologo venuto meno a quei requisiti di diligenza specificati nell'art. 1176 CC; non sembra invece censurabile qualora esistano limiti al rilevamento quali l'eccessiva densità ghiandolare, la nodularità di base, le protesi, lo stato congestizio, la sede sfavorevole della lesione o lievi asimmetrie della distribuzione parenchimale.

Nell'ambito delle aree operative, le diverse conduzione e programmazione degli esami sono elementi che influenzano sulla valutazione dell'errore. Nello screening ad esempio la diligenza del radiologo appare strettamente connessa alla capacità di cogliere alterazioni, anche minime, in base al confronto di controlli programmati più che a un approccio mirato alla condizione della paziente come di solito avviene nella mammografia clinica.

L'errore per scorretta interpretazione comporta a seconda dei casi due situazioni opposte: all'errore di sottostima consegue il ritardo diagnostico, a quello di sovrastima una biopsia inutile o eccessiva frequenza dei controlli con riflessi sullo stato psicologico della paziente (ansia). L'errore d'interpretazione emergente dal referto, che è il risultato di una serie di passaggi logici, caratteristici della personalità globale di quel radiologo, è certamente di difficile valutazione; ciò non significa certamente mettere in dubbio il metodo diagnostico mammografico le cui oggettività e efficacia sono state dimostrate con test di accuratezza e riproducibilità mediante letture in doppio cieco [15]. Peraltro la mammografia, come già detto, anche in mani molto esperte prevede almeno il 10% di falsi negativi. Le risposte spesso non sono univoche: positività o negatività per neoplasia. Esiste un'ampia fascia di alterazioni che possiedono, a seconda della morfologia, probabilità più o meno grandi di essere benigne o maligne [15]. Nella loro interpretazione giocano ruoli diversi, a seconda dei casi, molti fattori, non ultimi le conoscenze e l'esperienza del radiologo. Già Leborgne [13] ad esempio nelle prime formulazioni diagnostiche, ricorreva alla «dissociazione clinico radiologica» delle dimensioni del nodo quale segno probante per una neoplasia, introducendo un criterio straordinariamente efficace, derivato dall'esperienza personale, prototipo delle integrazioni tuttora necessarie nella diagnostica senologica. Più recentemente Moskowitz [14] ha chiaramente dimostrato come nei casi di microcalcificazioni con medesima morfologia, non orientativa per la benignità o la malignità, sia determinante il fattore età per innalzare di molto il valore predittivo positivo.

Se si fa riferimento agli errori di sottostima, a meno di palesi incongruenze nella stesura del referto, sembra arduo nel nostro paese entrare nel merito delle «capacità del radiologo». Diversa è la situazione negli Stati Uniti dove le prestazioni di ciascun radiologo sono soggette a rilevamenti statistici [17]: curve ROC, valore predittivo positivo relativo alle diagnosi di neoplasia mammaria, rapporto biopsie proposte/neoplasie riscontrate.

Anche l'errore di sovrastima non può che essere valutato con la massima prudenza per le implicazioni pratiche connesse all'uso della biopsia: l'esame istologico è spesso l'ultima tappa dell'atto diagnostico, l'accertamento indispensabile alla definizione della malattia. Per contro la biopsia può trovare eccessiva indicazione per timore dell'errore di sottostima e costituire una scappatoia di comodo al problema, che può anche essere assillante se si considera la non trascurabile presenza di neoplasie mammarie, in aree di apparente benignità strumentale. Non vi è dubbio che l'indicazione alla biopsia è una decisione delicata, che richiede equilibrio tenendo in considerazione procedure alternative: attesa con controllo a breve termine, integrazioni strumentali, in particolare ecografia, citologia su guida palpatoria o strumentale a seconda del tipo di lesione. Il ricorso all'atto cruento non può che essere validamente giustificato.

Nel caso singolo, noti i limiti della tecnica, sono la conoscenza del valore predittivo positivo del segno e l'esperienza del radiologo i parametri che guidano alla proposta della biopsia, ma non sono da escludere altri elementi di giudizio, non ultimo l'eventuale riflesso negativo sulla psiche della donna con induzione di ansia.

È bene ricordare che di fronte a pazienti che accettano con serenità l'atto chirurgico, ve ne sono altre che lo intendono quale «passaggio certo» alla mastectomia o comunque alla mutilazione. Nei sottili equilibri di questo rapporto, che può acuirsi nel caso di lesioni infracliniche quando la paziente non percepisce direttamente la presenza di un'alterazione, solo le procedure diagnostiche bene integrate (mammografia, ecografia, citologia mirata) possono giungere alla caratterizzazione di gran parte dei casi dubbi, eliminando gli errori di sovrastima.

Per la quota rimanente dei casi incerti, ma con orientamento ben motivato verso la benignità sulla scorta di informazioni pluridisciplinari, può essere con serenità programmato il follow-up con cadenze ravvicinate [5], spiegando e concordando con la donna la scelta effettuata.

In sintesi la ricerca di eliminare l'induzione di stati d'ansia è ormai da considerarsi obiettivo da conseguire tanto quanto la diagnosi e con attenzione sempre maggiore se si osserva che il danno psicologico da ansia prevede già in alcuni paesi occidentali conseguenze legali [17, 18].

Di tutta la fase percettivo-interpretativa il referto nella sua testualità costituisce il documento con valore medico legale: sotto questo aspetto la razionalità dei passaggi è l'indice più evidente della correttezza professionale. È noto del resto che, nel proseguimento della tradizione radiologica consolidata, alla fedeltà descrittiva dell'immagine debba corrispondere l'adeguata interpretazione su basi semeiologiche.

In effetti nella senologia la compilazione del referto è

in genere più complessa che in altri campi applicativi radiologici [10] in quanto alla mammografia si sommano, in particolare nell'area clinica, dati derivanti dall'esame fisico e dalle tecniche integrative.

La descrizione del quadro mammografico di base nel rapporto trasparenza grassosa/opacità ghiandolare e nell'aspetto e nella distribuzione di quest'ultima è il metodo migliore per chiarire fin dall'inizio quale siano le possibilità di dimostrazione di lesioni e dell'interpretazione dell'immagine.

In questo contesto, come già accennato, vi può essere tutta una serie di rilievi: da quadri ininterpretabili a lesioni caratterizzabili come benigne o maligne, da quadri nella norma a lesioni dubbie. Sono ovviamente queste ultime a porre i problemi maggiori in ordine al comportamento successivo.

Nei casi con dubbio interpretativo, nelle finalità prioritarie della ricerca di una neoplasia, considerati gli apporti integrativi, vale nella senologia la «regola della prevalenza del sospetto»: a meno della caratterizzazione certa di lesione da parte di una tecnica, un sospetto clinico non viene allontanato da reperti strumentali negativi, né un reperto mammografico negativo può allontanare un sospetto ecografico e viceversa.

La comunicazione nella senologia diagnostica

I problemi relativi alla comunicazione del risultato dell'esame possono essere discussi diversificandoli a seconda del contenuto, delle modalità di trasmissione, del destinatario.

Attenzione specifica affinché il referto giunga celermente e sicuramente al richiedente va posta nei casi in cui sia previsto l'intervento bioptico. Sarebbe motivo di responsabilità per il radiologo se, per la mancata comunicazione, alla diagnosi pur tempestiva non si giungesse all'altrettanto tempestivo provvedimento terapeutico. Sotto il profilo deontologico anche la comunicazione immediata del risultato che escluda la presenza di lesioni maligne a una paziente ansiosa o sofferente per stress emotivo costituisce un punto fermo della buona pratica senologica.

Per la trasmissione dell'esito il radiologo dispone dei due canali classici della comunicazione, orale e scritto.

Il colloquio diretto con il medico curante è auspicabile in molte circostanze, anche se di fatto è di solito possibile solo nelle strutture con competenze multiple quali gli ospedali o i poliambulatori; nella necessità della comunicazione rapida può essere utilizzato il telefono. È da tenere presente che la comunicazione orale non esenta dalla referenziazione scritta in cui può essere utile far comparire anche ai fini medico-legali l'annotazione di precedenti colloqui personali [4, 17]. In tutte queste fasi valgono naturalmente le regole della normale discrezione e della segretezza: il comunicante ha il dovere di predisporre un sistema che assicuri che l'esito dell'esame giunga al solo destinatario, anche quando si avvalga di metodi di trasmissione a distanza.

Problematiche ancora diverse si aprono considerando i destinatari del referto medico curante e/o paziente.

Al medico curante spetta un referto chiaro dal quale egli ha la responsabilità di trarre, mediante la corretta interpretazione del testo, coerenti provvedimenti diagnostici e/o terapeutici.

Qualora il destinatario sia la sola paziente è opportuno sottolineare l'importanza che il referto sia in seguito trasferito al medico curante o a un medico di fiducia, ma il radiologo ha anche il dovere di instaurare un colloquio che chiarisca l'esito dell'esame. Su questo punto si è pienamente consenzienti con il De Ferrari [6] che anzi su tutta la linea professionale sottolinea: «i chiarimenti sono dovuti anche se il paziente è inviato dal medico curante in quanto comunque tra paziente e radiologo si è instaurato un rapporto».

Mammografia nelle pazienti con presentazione spontanea

Qualsiasi sia l'area operativa nella senologia, non è infrequente che il rapporto tra radiologo e paziente si instauri per presentazione spontanea. In pratica si verifica una situazione in cui la donna affida al radiologo il ruolo di primo medico curante per uno specifico problema riguardante la sua salute. A nostro parere il radiologo non può sottrarsi a questo ruolo (prima di essere uno specialista è innanzi tutto un medico!) con la giustificazione della mancanza dell'indicazione; crediamo invece che abbia l'obbligo morale di prendere in considerazione il caso.

L'anamnesi e l'esame fisico, (ritenuto indispensabile da alcuni autori nella presentazione spontanea [4]) costituiscono da sempre le tappe iniziali del suo operato. Il successivo approccio strumentale sarà quindi rivolto alla donna come sintomatica o asintomatica. Mentre nella donna sintomatica esiste l'indicazione assoluta all'impiego della mammografia, con le rare eccezioni già segnalate per le più giovani, nelle donne asintomatiche il problema appare più complesso e articolato.

Se dai dati epidemiologici emerge l'alta probabilità di ammalare e morire di cancro della mammella, con percentuali significative già nel decennio tra 40 e 50 anni, i programmi di screening, in verità nella grande maggioranza dei casi per lo più disegnati con criteri idonei all'indagine nelle fasce d'età più avanzate, hanno dimostrato riduzioni significative della mortalità solo oltre 50 anni. Ci chiediamo se queste coincidenze statistiche, che potrebbero indurre al rifiuto dell'impiego della mammografia nelle donne al di sotto di 50 anni, non debbano essere vagliate criticamente prima di costituire un punto di riferimento dal quale discendono implicazioni pratiche ineluttabili. Ci limitiamo per ora solo a osservare la limitatezza degli studi condotti, subordinati al tipo di screening intrapreso, e la scarsa disponibilità di dati a lunga distanza sulla riduzione della mortalità.

Ma proprio in queste circostanze professionali in cui si stabilisce un rapporto diretto tra radiologo e paziente si ritiene che, più che i dati statistici, sia posto in rilievo l'interesse specifico di quest'ultima, che con l'esame mammografico cerca nella diagnosi la risposta a problemi che spesso la tormentano anche nella sfera psicologica. Quante

volte la donna giunge direttamente al radiologo in preda a uno stato di profonda cancerofobia, a timori momentanei o spinta dalla necessità di essere tranquillizzata o dal semplice desiderio di sottoporsi a un atto diagnostico a ragione ritenuto preventivo?

Di fronte a tali problematiche sembra difficile ammettere che il radiologo possa rifiutare l'approccio mammografico, che è il miglior test diagnostico preventivo disponibile, solo perché manchi la prescrizione medica o la donna non abbia raggiunto 50 anni di età; oltre al carattere omissivo del gesto egli verrebbe sicuramente meno a quei doveri morali richiamati nel codice deontologico ai quali è particolarmente tenuto.

Conclusioni

La diagnostica senologica si articola come illustrato in vari momenti operativi durante i quali il radiologo può incappare nella malpractice per molti motivi.

L'errore diagnostico appare l'aspetto più eclatante tanto che il timore di incorrervi può turbare la serenità dell'operatore, instaurando al contempo situazioni che sono fonte di nuove e forse più riprovevoli responsabilità.

Tuttavia proprio nei momenti di difficoltà nello svolgimento della professione non può che essere la norma giuridica a ristabilire il necessario equilibrio orientando l'operato del radiologo. Essa, in buona sostanza richiamandoci alla «prudenza», alla «perizia», alla «diligenza», al «comportamento del buon padre di famiglia» ci suggerisce in ogni circostanza di essere coscienti del nostro ruolo.

Così nel campo specifico della diagnostica senologica il radiologo deve essere consapevole che la sua funzione è di primaria importanza nella diagnosi delle neoplasie, che la diagnosi stessa non è sempre facile o possibile e che comunque il suo apporto è determinante per intraprendere o guidare ulteriori indagini o per instaurare l'idoneo piano terapeutico. In tal senso, anche se la documentazione ottimale e la corretta refertazione restano i cardini della sua condotta professionale, egli non può tralasciare i rapporti con le altre discipline specialistiche che numerose convergono nel complesso mondo senologico. Proprio da questo mondo, siamo certi, derivano poi gli stimoli culturali che, recepiti ed elaborati, conducono a quel «continuo ampliamento delle conoscenze e delle competenze», che è da considerare il miglior antidoto alla «malpractice».

Bibliografia

- 1) American Cancer Society: Mammography guidelines 1983. CA 33: 255, 1983.
- 2) Amici F, Bizzarri D, De Nigris E: Mammografia e responsabilità del radiologo. I quaderni del Radiologo. Omicron, Genova, 1: 61-63, 1992.
- 3) Berlin L: Malpractice and radiologists, update 1986. An 11.5-year perspective. AJR 147: 1291-1298, 1986.
- 4) Brenner RJ: Medicolegal aspects of breast imaging. Radiol Clin North Am 30: 277-286, 1992.
- 5) Brenner RJ, Sickles EA: Acceptability of periodic follow-up as an alternative to biopsy for mammographically detected lesions interpreted as probably benign. Radiology 171: 645-646, 1989.
- 6) De Ferrari: La colpa professionale nella refertazione. I quaderni del radiologo. Omicron, Genova, 1: 73-75, 1992.
- 7) Feltrin G: Il consenso informato del paziente in radiologia. Il Radiologo 18: 260-263, 1989.
- 8) Feig SA: Hypothetical breast cancer risk from mammography: a reassuring assessment. Breast 5: 2-6, 1979.
- 9) Gros CH: Le maladies du sein. Masson, Paris, 1963.
- 10) Homer MJ: Editorials: the mammography report. AJR 142: 643-644, 1984.
- 11) Kenneth AK: Causes of breast cancer malpractice litigation. Arch Surg 127: 542-546, 1992.
- 12) Kirkpatrick A, Tornberg S, Thyssen M: European guidelines for quality assurance in mammography screening. CEC, May, 1992.
- 13) Leborgne R: The breast in Roentgen diagnosis. Impresora Uruguaya, Montevideo, 1953.
- 14) Moskowitz M: Impact of a priori medical decisions on screening for breast cancer. Radiology 171: 605-608, 1989.
- 15) Mygind T, Dorph S, Blichert Toft M e Coll: Mammography is an objective diagnostic method. Acta Radiol Diagnosis 25: 189-193, 1984.
- 16) Pescarini L, La Grassa M, Di Maggio C: Mammografia esame utile o pericoloso? Diagnosi precoce del carcinoma della mammella. Atti Gruppo Regionale Ligure SIRMN, Spotorno, 49-63, 1987.
- 17) Potchen EJ, Bisesi MA, Sierra ES e Coll: Mammography and malpractice. AJR 156: 475-480, 1991.
- 18) Spratt JS, Spratt SW: Medical and legal implications of screening and follow-up procedures for breast cancer. CA 66: 1351-1362, 1990.
- 19) Viviani G: Professione radiologo: responsabilità e rischi. Radiol Med 83: 681-685, 1992.

*Prof. L. Pescarini
Istituto di Radiologia dell'Università
Via Giustiniani 2
35128 Padova PD
Tel. 049/8212356
Fax 049/8754144*