

IL REFERTO RADIOLOGICO

Il referto è il prodotto quotidiano del lavoro del Medico Radiologo.

La storia dei referti è lunga e parallela all'evoluzione tecnologica e al progressivo sviluppo della figura professionale del Medico Radiologo: con l'enorme incremento dei processi patologici da conoscere sono aumentati anche i parametri da valutare per ciascuna tecnica in uso. Di conseguenza si sono sviluppate plurime subspecializzazioni radiologiche, sempre più complesse e spesso distanti (basti pensare alla senologia e alla neuroradiologia, per esempio).

I compiti del Medico Radiologo sono

- la valutazione del quesito clinico e di eventuale ulteriore documentazione clinica del Paziente, inclusi precedenti esami radiologici,
- la scelta dell'indagine diagnostica più appropriata,
- l'esecuzione dell'indagine o la verifica che essa sia eseguita con la tecnica migliore e l'invasività minore possibili,
- la stesura di un referto, che contiene la diagnosi radiologica ed eventuali indicazioni circa il follow-up e/o ulteriori approfondimenti diagnostici.

Il processo implica un costante aggiornamento sia clinico che tecnico e lo sviluppo di una comunicazione precisa e comprensibile a più specialisti (spesso partecipi contemporaneamente in scenari multidisciplinari) e possibilmente anche al Paziente.

Esistono varie **forme di referto**:

- referti a testo libero, caratteristici del passato ed ancora molto diffusi, soprattutto quando si utilizzano tecniche oligoparametriche (radiologia tradizionale);
- referti con struttura parzialmente o totalmente pre-ordinata, di cui fa parte il *referto strutturato* in senso stretto, sempre più utilizzato nella valutazione di distretti particolari (senologia, cardiologia, RM della prostata, stadiazione RM dei tumori del retto) e costituito da maschere (template) pre-definite che il Medico Radiologo compila con informazioni essenziali per la diagnosi, il trattamento e/o il follow-up.

Il **contenuto dei referti** dovrebbe essere organizzato e comprendere:

- il **quesito clinico**, che influenza direttamente la decisione di eseguire o meno l'esame radiologico e la scelta del tipo e della tecnica di esame; l'assenza o l'inadeguatezza del quesito clinico

non giustificano dal punto di vista medico-legale un referto scorretto, perché il Medico Radiologo deve procurarsi le informazioni che gli servono.

- Il **raccordo anamnestico** (utile in indagini complesse o nei follow-up seriati), dove sono riportate in forma sintetica informazioni utili alla diagnosi, come quelle relative a tipo, durata e tempistica di alcuni trattamenti (farmacologici, chirurgici, chemio o radioterapici); queste notizie sono ad esempio importanti in pazienti oncologici trattati con farmaci biologici (che potrebbero essere considerati in progressione invece che, correttamente, in pseudo-progressione).
- La **tecnica di esame**, che dimostra l'adeguata valutazione del quesito clinico, include le proiezioni, le sequenze o le fasi post-contrastografiche (arteriosa, venosa, epatospecifica, ecc.) ma soprattutto permette il corretto confronto in caso di esami ripetuti, che devono essere eseguiti con una tecnica comparabile a prescindere da dove vengono effettuati e da chi li valuta; in questa sezione vanno anche riportati il **nome** (della molecola o commerciale) e la **quantità del mezzo di contrasto** eventualmente impiegato, pregresse reazioni allergiche o premedicazioni e la descrizione (momento, tipo, trattamento, esito) dell'eventuale comparsa di reazioni al mezzo di contrasto; un recente documento della SIRM-SIAARTI ha stabilito che la premedicazione è inutile e suggerisce di cambiare la molecola del mezzo di contrasto, se la fase post-contrastografica è indispensabile e non esiste un'indagine radiologica alternativa; la decisione sull'utilizzo o meno del mezzo di contrasto deve avere motivazioni cliniche contestuali e non dipende dalle indicazioni di altri Specialisti o dalle diciture reperibili sui nomenclatori.
- La **descrizione dei reperti**, che dovrebbe sempre seguire un ordine prestabilito (che è poi quello che l'occhio del Radiologo si abitua a seguire) e dipendente dal distretto (ad esempio, tradizionalmente dal basso in alto nella valutazione dell'encefalo e dall'alto in basso in quella di torace e addome), perché seguire una metodologia costante riduce gli errori; i **termini** usati nel referto (semantica) devono essere standardizzati (segni semeiologici essenziali e con riferimenti anatomici - tipo i segmenti polmonari o epatici - e misure secondo piani prestabiliti e confrontabili con esami precedenti e successivi), univoci, concisi. Dai referti dovrebbero essere eliminati perifrasi, avverbi, lunghe descrizioni e similitudini. Nel **referto strutturato propriamente detto** esistono settori da compilare in modo ordinato, progressivo e costante (ad esempio, nella valutazione dei tumori del retto vanno precisati estensione assiale e cranio-caudale, distanza del margine inferiore dall'orificio anale esterno a retto disteso o meno, il grado di infiltrazione parietale massima, ecc.). Vanno sempre segnalate le dimensioni delle lesioni oggetto di studio, anche se si tratta di un esame di controllo, e se la lesione è imm modificata, perché non è detto che chi deve poi leggere il referto abbia a disposizione anche il referto precedente.

- Le **conclusioni**, che dimostrano che è stato seguito un ragionamento che anche il Clinico può ricostruire, forniscono un'ipotesi diagnostica o un ventaglio limitato di ipotesi ed includono eventualmente indicazioni ad esami integrativi o a follow-up. In caso di indagini particolari, che prevedano una codifica della lesione (es MI-RADS, LI-RADS, PI-RADS) va riportato lo score della lesione stessa.
- Altre osservazioni
 - Ogni riferimento al Paziente deve rispettare lo status di disagio cui versa il Paziente stesso, quindi la parola paziente va scritta con la P maiuscola.
 - La tempistica del follow-up eventualmente suggerito deve tener conto del tipo di lesione (chiaramente benigna ma potenzialmente in accrescimento, dubbia, sospetta maligna), dalle condizioni cliniche del Paziente (non ha senso suggerire follow-up di lesioni in Pazienti che non potrebbero essere sottoposti ad eventuali interventi di rimozione chirurgica della stessa), o se il Paziente è già in carico ad uno Specialista, la tempistica del follow-up andrebbe da lui suggerita, dato che è in possesso di informazioni cliniche (es. esami di laboratorio) che non sono a nostra disposizione.
 - In caso di Pazienti ambulatoriali, con identificazione incidentale di lesione potenzialmente nociva per il Paziente, la consegna del referto andrebbe fatta non in maniera anonima al COP (Centro Ospedaliero Prenotazioni), ma convocando il Paziente presso la Radiologia, spiegandogli il suo problema e suggerendo eventuali percorsi terapeutici (es indirizzare presso un determinato Reparto che possa al meglio gestire il Paziente), nella logica della presa in carico. Nella Regione Veneto questa procedura è già resa possibile dal Fascicolo Elettronico Sanitario, che all'atto della firma del referto permette di spuntare la voce "Richiesta di mediazione del referto" e invia al Paziente la comunicazione di disponibilità del Medico radiologo al dialogo. Questo aumenta in maniera considerevole il riconoscimento della nostra funzione da parte del Paziente, che spesso non incontra mai il Medico Radiologo durante l'esecuzione del suo esame.