

## IL NUOVO MEDICO RADIOLOGO

**LA QUESTIONE MEDICA** ha una sua espressione specifica, peculiare ed emblematica anche nella configurazione della attività specialistica dei medici di area radiologica per il confluire di più fattori negli ultimi venti anni. La crescita indiscriminata della richiesta, l'enorme sviluppo tecnologico, i cambiamenti economico legislativi, l'abnorme esposizione mediatica e la diffusione di messaggi spesso fuorvianti sono stati aspetti specifici della più generale trasformazione del rapporto medico paziente. Già nell'aprile 2012 sono stati realizzati a Palermo gli Stati Generali della Radiologia, che hanno posto un modo nuovo e diverso di intendere la professione per il medico specialista dell'Area Radiologica.

**Lo sviluppo tecnologico** e l'impatto delle nuove tecnologie ECO, TC, RM, PET e dei nuovi sistemi di radioterapia che consentono trattamenti volumetrici hanno portato con sé visioni spersonalizzanti, ipereconomicizzanti ed efficientistiche che si sono confrontate con visioni più squisitamente clinico semeiologiche: un dibattito che ha visto ricercare la sostituzione della classica semeiotica clinica attraverso l'automazione auto risolutiva della macchina che prescindesse dall'approccio clinico più complesso dovuto all'utilizzo delle macchine sempre più performanti.

**Il cambiamento socio economico** La crisi della classe media e le trasformazioni economico finanziarie avvenute su scala mondiale tra la fine del vecchio millennio e l'inizio del nuovo hanno determinato la sostituzione della iniziativa dei singoli professionisti da parte di società con l'inserimento del mondo della finanza portatore di logiche caratterizzate da necessità di massimizzare il profitto e la rendita dell'investimento. A questo si sono aggiunte come caratteristica italiana le enfattizzazioni legislative pseudoaziendali portate dalla 502/517 e dalla 229.

Il mondo della medicina e segnatamente quello dei laboratori e dell'area radiologica è stato rapidamente trasformato in qualcosa di sempre più vicino all'industria manifatturiera tayloristica piuttosto che a quello dell'industria avanzata e dematerializzata più moderna, riducendo la complessità dell'atto medico ad un mero prodotto manifatturiero.

Ciò ha comportato:

- a. aumento esponenziale di numero di esami che ci rende uno dei paesi a più alto numero di prestazioni nonostante la lunghezza dei tempi di attesa
- b. inaridimento del rapporto medico paziente

- c. orari di lavoro sempre più lunghi e stressanti caratterizzati di ansia da errore e burnout e conseguenti rischi per la sicurezza
- d. appiattimento e ripetitività.

Tralasciamo tutte le implicazioni della medicina difensiva, non essendo oggetto di questa trattazione.

### **L'automazione professionale**

Conclusa o fortemente avviata la automazione dei laboratori, soprattutto per le funzioni biochimiche, l'attacco uniformatore si è rivolto alla radiologia attraverso il tentativo di affidare la preparazione ed il confezionamento di un prodotto spersonalizzato a figure professionalmente meno costose creando una convergenza di interessi con queste ultime, che, almeno in una parte significativa della dirigenza, chiedono di assumere ruoli sempre più sostitutivi del medico, facilitati dalla ripetitività clonizzante dei cosiddetti "esamifici" o dalla ridotta utilità dei tanti piccoli ospedali od ambulatori spesso tenuti aperti per esigenze di blandizia politica, senza alcun interesse per una reale valutazione di efficacia o utilità.

Ciò ha ostacolato anche la possibilità di una reale integrazione tra ospedale e territorio che solo una utilizzazione appropriata degli strumenti e del personale a disposizione ed una visione clinica non luddistica della teleradiologia può trasformare in un ausilio reale per le persone.

Questa visione sostitutiva del medico in molte fasi dell'atto medico radiologico si è espressa, dopo anni di campagne nella stampa di settore, attraverso una interpretazione distorta ed irricevibile della Direttiva Europea 13/59 conclamatasi nello statement dell'appena costituito Ordine dei tecnici che riconosce tra l'altro, letteralmente, come specifico e peculiare del medico solo il ruolo di prescrizione o diagnosi differenziale ([http://www.tsrn.org/wp-content/uploads/2018/04/Recepimento\\_Direttiva\\_2013-59-Euratom\\_FNO-TSRM-PSTRP.pdf](http://www.tsrn.org/wp-content/uploads/2018/04/Recepimento_Direttiva_2013-59-Euratom_FNO-TSRM-PSTRP.pdf))

Appare necessario fare giustizia degli atteggiamenti di "automatismo fotografico o robotico" riportando alla moderna visione clinica il ruolo del medico specialista di area radiologica: non può essere sostituita l'alleanza terapeutica fondante e caratterizzante la professione medica da un ruolo meramente interpretativo di immagini computerizzate.

Una simile visione comporta aggiunta di costi, inefficacia di prestazioni, aumento delle percentuali di errore e di sovradiagnosi, richiesta di ulteriori accertamenti.

Tutto questo è già avvenuto in tutti quei paesi che hanno ritenuto di praticare il “task shifting”, inizialmente sperimentato in situazioni di estrema povertà ed indisponibilità di risorse professionali, come l’Africa.

L’attrezzatura radiologica più sofisticata interposta tra medico di area radiologica e paziente altro non è che la riproposizione dell’utilizzo di strumenti diagnostici a partire dal semplice fonendoscopio.

**L’atto medico radiologico** è inscindibilmente costituito da:

- 1) Valutazione della richiesta di prestazione del medico prescrivente
- 2) Inquadramento clinico-laboratoristico-anamnestico
- 3) Giustificazione dell’esame proposto
- 4) Informativa e raccolta del consenso all’atto medico
- 5) Attuazione dell’indagine, che consiste in:
  - a) Identificazione
  - b) Ottimizzazione
  - c) Esecuzione
  - d) Utilizzo (eventuale) del mezzo di contrasto
  - e) Documentazione iconografica
- 6) Interpretazione/Refertazione/Comunicazione/Discussione con il Clinico
- 7) Archiviazione

Ogni sua scomposizione si risolve in un danno per la persona ed il livello di accuratezza della prestazione per essa eseguita.

L’area radiologica si distingue per l’utilizzo a scopo medico delle radiazioni ionizzanti. Per la radioprotezione dei pazienti si auspica la rapida trasformazione in legge della Direttiva Europea 13/59 che chiaramente continua ad attribuire al medico specialista compiti, funzioni e responsabilità clinica tramite il considerato 29 (Un livello elevato di competenza e una chiara definizione delle responsabilità e dei compiti di tutti i professionisti coinvolti nell’esposizione medica sono fondamentali per assicurare un’adeguata protezione dei pazienti sottoposti a procedure di radiodiagnostica e radioterapia medica. Ciò si applica ai medici, agli odontoiatri ed altri operatori sanitari autorizzati ad assumere la responsabilità clinica per le esposizioni mediche individuali, ai fisici medici ed altri operatori che si occupano degli aspetti pratici delle procedure medico-radiologiche, quali i tecnici in radiologia interventistica e i tecnici in medicina radiodiagnostica, medicina nucleare e radioterapia.) che ben distingue e differenzia compiti e ruoli dei medici e delle altre figure professionali ed il

Capo VII che in particolare negli art. 55, 56, 57 e 58 ripropone pedissequamente l'enunciato della Direttiva Europea 97/43 tradotta in Italia dalla 187/2000.

I tentativi continuamente perpetrati e peraltro respinti in Italia e presso la Commissione europea di forzare, fuorviare o mistificare norme chiarissime appaiono serenamente ma fermamente non condivisibili.

La nostra è una sanità in cambiamento per una serie di molteplici fattori

- Evoluzione quadro demografico e sociale
- Evoluzione quadro epidemiologico
- Grande variabilità all'interno dei sistemi negli indicatori (aspettativa e qualità di vita, benessere soggettivo, equità)
- Evoluzione dell'attesa di salute
- Personalizzazione delle cure
- Evoluzione tecnologica e finanziaria

Ma questo cambiamento deve essere governato senza esserne travolti.

Il rispetto del ruolo clinico e della compiutezza dell'atto medico di area radiologica, uniti ad una necessaria attenzione nei confronti degli standard e dei requisiti formativi dei Medici Specializzandi, rappresentano presupposti imprescindibili di un utilizzo appropriato e non automatizzato delle risorse e dello sviluppo equilibrato e cosciente del nuovo medico radiologo in grado di affrontare le sfide dell'uso clinico della valutazione di efficacia, dei Big Data, dell'Intelligenza Artificiale e della medicina di precisione.

Il nuovo ruolo di sussidiarietà assegnato agli ordini professionali impone che vengano promosse le interazioni e controllate le spinte corporative e che venga sviluppata una relazione istituzionale forte di FNOMCeO con legislatori e soggetti interessati, ivi incluse le associazioni dei pazienti, al fine di difendere la sicurezza e la qualità delle cure.

In conclusione tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche dell'area radiologica devono essere condotte solo in presenza del medico specialista e sotto la sua diretta responsabilità. La sua assenza ne pregiudica l'accuratezza, la qualità e il controllo della giustificazione.

La teleradiologia, che priva il paziente del contatto diretto con il suo medico specialista, è limitata alle sole prestazioni eseguite in regime d'urgenza e secondo i protocolli aziendali previsti dalle linee guida ministeriali, che garantiscono l'integrità, la riservatezza, il non ripudio e l'autenticità della documentazione iconografica e del referto.

11 settembre 2018