

Il Presidente

**AUDIZIONE PRESSO LA COMMISSIONE IGIENE E SANITA'
SENATO DELLA REPUBBLICA**

**ORDINE MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI ROMA E PROVINCIA sul disegno di
legge n.944 (Legge di delegazione europea 2018)**

Roma 13 febbraio 2019

Illustre Presidente, ed illustri Senatori componenti della Commissione, il Presidente Antonio Magi, dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Roma, che oggi rappresento in questa prestigiosa sede, vi saluta e vi ringrazia, per aver accettato la nostra richiesta di audizione.

La promulgazione della Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2018 - sta a cuore ai medici del nostro paese e di questa città, dove insiste l'Ordine dei medici ed odontoiatri più grande d'Europa.

L'Italia da quasi 20 anni gode di una legislazione sulla esposizione delle persone alle radiazioni ionizzanti a scopo medico estremamente avanzata attraverso il DLgs 187/2000 della precedente direttiva europea 97/43 in applicazione.

La direttiva europea 13/53 cui si riferisce l'art.19 della legge di delegazione riassume tutte le precedenti leggi e attraverso il capo VII, quanto previsto per l'esposizione a radiazioni ionizzanti a scopo medico.

Sono in corso fuori dell'Europa molteplici tentativi negli ultimi anni di derubricare gli atti diagnostici e clinici dei medici specialisti radiologi a meri atti automatici, privi di contenuto clinico.

Di questo si è occupata la FNOMCEO con un documento nazionale sul nuovo medico specialista radiologo approvato nel Comitato Centrale del 18/10/2018, che portiamo alla vostra attenzione per fornire un elemento di riflessione sul futuro, utile a non consolidare con norme dei modelli sbagliati del passato.

L'inserimento della lettera f) al comma 1 dell'art 19 del S 944 sottolinea la necessità che la richiesta definizione dei diversi ruoli dei professionisti sanitari di area radiologica che agiscono in équipe intervenga in continuità con quanto già previsto dal d.lgs. 187/2000 (la nuova direttiva 2013/59/Euratom non introduce modifiche rispetto alla precedente 97/43/Euratom, di cui il d.lgs. 187/2000 è recepimento).

Il Presidente

E soprattutto, come Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma e Provincia, riteniamo che la materia venga già chiaramente normata in ossequio alle linee guida del 2015 del Ministero della salute sulle pratiche radiologiche standardizzate, in particolare per quel che riguarda il mantenimento della responsabilità clinica delle pratiche in capo al medico specialista radiologo, unica figura in possesso delle idonee competenze, a garanzia dell'appropriatezza e qualità delle cure.

A questo proposito si ritiene di sottolineare che nulla viene innovato alla lettera dalla attuale direttiva nei confronti delle precedenti leggi attraverso il capo VII. Non così per gli altri settori che hanno avuto bisogno di importanti revisioni. Il ruolo del medico specialista come interpretato dal nostro e dagli altri paesi europei ha consentito e consentirà ancor di più di contenere alle reali necessità la esposizione alle radiazioni ionizzanti oltre a non rischiare lo smembramento delle équipes che si occupano di un settore chiave della filiera sanitaria.

Per quel che riguarda, inoltre, il comma 2 del succitato articolo 19, preso atto che il recepimento comporterà l'inserimento delle specifiche disposizioni sulle esposizioni mediche (attualmente unico oggetto del d.lgs. 187/2000) all'interno del più ampio d.lgs. 230/95, con provvedimenti su proposta congiunta di quattro ministeri (salute, lavoro, ambiente, MISE), quest'Ordine Professionale auspica che riguardo la delicatissima materia delle esposizioni mediche, l'attività di proponenza possa di fatto rimanere in capo al Ministero della Salute.

Grazie per l'attenzione che ci avete riservato

Antonio Magi, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma.

Il Presidente

Roma, 12 febbraio 2019

Egr. Dott. Stefano Canitano
canitanostefano@gmail.com

Nel ringraziare per la disponibilità ad accettare la delega per l'Audizione della XIV Commissione del Senato che si terrà domani 13 febbraio dalle ore 14.00, Le trasmetto in allegato la Decisione assunta nel Comitato Centrale della FNOMCeO nella seduta del 18.10.2018 sul tema "Il nuovo medico radiologo".

Vista l'attinenza di tale decisione con il tema dell'Audizione in questione, ritengo utile che tale documento venga consegnato ai componenti della XIV Commissione per agevolare i lavori della stessa.

L'occasione mi è gradita per inviarLe i miei migliori saluti.

Dott. Antonio Magi



All.to: c.s.

Af

\\nas1.omceoroma.local\Presidenza\CARTELLE DIRETTIVO\Presidente MAGI\AF - materiale XIV Commissione Senato 13.02.2019.docx

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)

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 considerando 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