

quotidianosanita.it

22 APRILE 2018

A ciascuno il suo ruolo in Radiologia

Gentile Direttore,

sono un giovane che dopo 6 anni si è laureato in medicina e chirurgia a Siena e dopo altri 4 anni si è specializzato in radiodiagnostica nel 2017 sempre a Siena, dove attualmente opera come medico a contratto presso la radiologia universitaria delle "Scotte". Da tempo ho preso l'abitudine di consultare il suo quotidiano on line perché lo trovo fonte di utilissime informazioni.

Sono rimasto tuttavia molto perplesso quando più volte mi è capitato di leggere che alcuni TSRM, nel firmare il proprio contributo, si appellano "specialisti in neuroradiologia" o addirittura "sonographer".

Nella sanità italiana il titolo di specialista è riservato a chi ha frequentato una scuola di specializzazione e, nel nostro settore, esiste soltanto la figura di medico chirurgo specialista in radiodiagnostica, o in medicina nucleare o in radioterapia. Non esiste, in Italia lo specialista in neuroradiologia.

Inventarsi tali appellativi crea solo confusione e non è eticamente corretto. Già da tempo il nostro ordine dei medici ci ha invitato a qualificarsi quali "medici", perché il termine dottore può creare oggi equivoci con altri professionisti quali, ad esempio, il dottore in fisica, in scienze infermieristiche, il tecnico di laboratorio biomedico o il tecnico di radiologia medica. Di recente ho letto sui giornali di un TSRM che, portando un fonendoscopio al collo, contribuiva di certo ad aumentare nei pazienti la confusione del proprio ruolo con quello del medico.

Superfluo ribadire che il corso di laurea triennale in tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia è uno dei corsi dell'area L/SNT3, cioè della classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche. Il corso di tre anni, di fatto, riserva rispettivamente quasi un anno alla radiodiagnostica, un anno alla medicina nucleare ed un anno alla radioterapia. Nulla ha a che vedere con un fonendoscopio o con altre attività riservate ad un medico, cioè anamnesi, consenso informato o giustificazione degli esami.

Sono rimasto ancora molto perplesso quando più volte mi è capitato di leggere che alcuni TSRM intendono raccogliere l'anamnesi. E come potrebbero interpretarla, se non hanno mai avuta una formazione in tal senso né hanno mai sostenuto un esame di abilitazione al riguardo? Lo dico a ragion veduta, perché io, dopo 10 anni, e non un anno, davanti ad un paziente con una neoplasia, talora avverto la necessità di ricontrollare procedure ed informazioni.

Di nuovo sono rimasto molto perplesso quando più volte mi è capitato di leggere che alcuni TSRM intendono giustificare un esame di diagnostica per immagini o di medicina nucleare o un trattamento radioterapico rivendicando la possibilità di eseguire autonomamente le prestazioni richieste dal medico prescrivente, così "facendo contenti tutti". E come potrebbero, dopo solo un anno di formazione, interloquire con il medico prescrivente che richiede una prestazione e che eventualmente solo dopo un colloquio con un medico specialista, suo pari, potrebbe cambiar parere ed addivenire ad altro percorso diagnostico, talora necessario?

Superfluo ribadire che il principio di giustificazione, come già normava il D.L. 187/2000 e ribadisce di nuovo la nuova direttiva EURATOM, può essere soltanto un atto medico (responsabili sia il referrer, cioè il medico prescrivente sia il practitioner, cioè lo specialista che ha la responsabilità clinica) in quanto è necessaria una approfondita conoscenza della clinica, della patologia e della cura per poter decidere le

tecniche diagnostiche più idonee da impiegare per rispondere ad un quesito clinico e per cercare di raggiungere una diagnosi corretta. Diverso è il ruolo del TSRM, che nella direttiva europea, per la prima volta viene ben chiarito, con uno specifico articolo, essere delegato alle attività pratiche.

Caro Direttore, il concetto di “far contenti tutti” non mi sembra moralmente etico poiché a pagarne le conseguenze sono soprattutto, se non pressoché esclusivamente, i pazienti. Solo il medico può valutare, quando lo ritiene necessario, attraverso l'anamnesi del paziente, gli esami clinico-laboratoristici e la disponibilità di eventuali precedenti esami diagnostici, l'appropriatezza dell'esame diagnostico da effettuare, informando adeguatamente il paziente o comunque contattando il medico prescrivente per consigliare un differente esame diagnostico, qualora lo ritenga opportuno.

Superfluo ribadire che, soprattutto oggi, in epoca di medicina di precisione, gli esami diagnostici non sono e non devono essere ritenuti standardizzabili, anzi, devono essere “ritagliati”, gli anglosassoni direbbero “tailored”, in base ai diversi quesiti clinici.

È responsabilità del medico decidere quando intervenire e in che modo. Non è consentito ad altre professioni sanitarie, che non hanno la competenza per valutare, tirare per la giacchetta il medico e volerlo condizionare nel suo operato.

È responsabilità del medico visionare gli esami nel momento che più ritiene opportuno, sia prima, dopo che durante l'esecuzione, aggiungendo o evitando scansioni o proiezioni aggiuntive a seconda del caso.

È responsabilità del medico raccogliere ulteriori informazioni anamnestiche per meglio valutare la clinica del paziente o determinati reperti rilevati durante l'esecuzione dell'esame, e tutto ciò al fine di conseguire una maggior appropriatezza, incrementare la possibilità di una diagnosi, ridurre il numero di esami inutili ed infine, target non meno importante, contribuire alla riduzione della spesa sanitaria e al beneficio per il paziente.

Infine sono rimasto molto perplesso quando più volte mi è capitato di leggere che alcuni TSRM nel firmare il proprio contributo si appellano “sonographer”.

All'estero si consegue questa qualifica dopo 4 e più anni dedicati solo a questa attività. In Italia la figura del sonographer non è riconosciuta e non è certo assimilabile a quella del TSRM. Non volendo entrare nel merito della utilità o meno di questa figura nel nostro sistema sanitario, vorrei soltanto far notare che, se da un lato l'utilizzo di questa tecnica può risultare di vantaggio per facilitare alcune procedure tecnico-infermieristiche, si pensi all'inserimento di cateteri e PIC, quando si parla di diagnosi l'ecografia diventa un esame molto soggettivo, essendo fortemente operatore dipendente, e difficilmente valutabile, ex-post, tramite immagini registrate da chi non ha eseguito l'esame. Quindi, ben venga l'ecografia eseguita da personale non medico per finalità tecniche, ma ricordiamoci che per finalità diagnostiche è necessaria una profonda conoscenza dell'anatomia, della fisiologia e della patologia di ciascun organo e apparato, la quale spetta ed è propria, a mio modesto parere, soltanto al personale medico.

Francesco Gentili
Sirm Giovani