

LE MODIFICHE DEGLI AMBITI DI COMPETENZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE NELL'EVOLUZIONE LEGISLATIVA: NECESSITÀ DI SPECIFICO MONITORAGGIO NORMATIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'AREA RADIOLOGICA

di FABRIZIO LANDUZZI *, FRANCESCO TARONI **,
ALBERTO CICOGNANI *, LUCA CIMINO **

Parole chiave: professioni sanitarie; ambiti di competenza; area radiologica.
Key words: health professions; limits of competence; radiologic area.

Gli ambiti di competenza degli esercenti le attuali professioni sanitarie sono costituiti dall'insieme di quelle attività che essi esercenti possono compiutamente e legittimamente espletare in relazione all'iter formativo percorso, al profilo da essi ricoperto, ad eventuali enunciazioni giurisprudenziali chiarificatorie e a disposti deontologici in argomento.

Poiché però l'abrogazione di normative sovente correlabile alla formulazione di nuove leggi da un lato e, d'altro canto, l'evoluzione giurisprudenziale possono interferire in maniera talora significativa con una o più delle previsioni delimitative i cennati ambiti di competenza, variandone i supporti definitivi, ne consegue una certa dinamicità nella individuazione delle attività esplicabili a pieno titolo dalle varie figure professionali, proprio in rapporto al momento storico in cui di tali limiti viene richiesta la individuazione.

* SSRER, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, DMO, StrS Medicina legale.

** Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dip Medicina e Sanità pubblica, Sez di Medicina legale, via Irnerio 49, 40126 Bologna.

Ad indiscutibile esempio di quanto appena sopra affermato, basti pensare all'esercizio dell'odontostomatologia, prima del 1985 consentito ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale ed iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ma, successivamente a tale anno, agli stessi professionisti del tutto precluso per l'incombenza di un combinato legislativo-giurisprudenziale, peraltro ossequiente a direttive europee (1), individuante e definente la figura professionale dell'Odontoiatra.

Analogamente, anche proprio per quanto attiene lo specifico oggetto di questa breve nota, cioè le professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (2) (i cui ambiti di competenza sono attualmente definiti dalla legge 42/99) (3), non può non essere rilevata, per talune delle figure qui in argomento, l'avvenuta preclusione a specifiche attività conseguente a promulgazioni legislative talora anche non inerenti direttamente alle questioni relative ai profili professionali o alle attribuzioni di compiti.

A tal proposito, può prendersi a paradigmatico esempio dell'assunto sopra esposto la titolarità dell'attuazione delle indagini elettroencefalografiche, tanto storicamente ricomprensibile nell'ambito operativo proprio dell'infermiere (non solo per i generici riferimenti

(1) L. 24 luglio 1985, n. 409 (s.o. G.U. 13 agosto 1985, n. 190); l. 31 ottobre 1988, n. 471 (G.U. 8 novembre 1988, n. 262); Corte Costituzionale, sentenza 22 febbraio/9 marzo 1989, n. 100 (G.U. 15 marzo 1989, n. 11, I serie speciale); Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, Decisione n. 8 del 18 marzo 1989 e Decisione n. 30 del 6 maggio 1989; Corte Costituzionale, ordinanza 6/13 febbraio 1995, n. 38 (G.U. 22 febbraio 1995, n. 8, I serie speciale); Corte di Giustizia delle Comunità Europee, sentenza 1 giugno 1995, V Sezione, Commissione delle Comunità Europee, Repubblica Italiana.

(2) D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421). Art. 6.3: «(...) personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione (...)».

(3) Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (G.U. 2 marzo 1999 n. 50). Art. 1 (Definizione delle professioni sanitarie): «(...) 2. (...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali».

ad essa nel mansionario del 1940 (4), ma anche e soprattutto per la sua esplicita attribuzione riportata in quello del 1974 (5), poi abrogato del 1999) (6) da essere ritenuta nel 2002 del tutto legittima — da parte dell'organo rappresentativo nazionale dei Collegi IPASVI — la sua collocazione nel contesto nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza infermieristica (7).

Al riguardo, in senso però non conforme, deve ricordarsi non solo che già nel 1995 il Ministro della Sanità aveva individuato con decreto — come previsto dal d.lgs. 502/92 (8) — la figura ed il relativo profilo professionale del tecnico di neurofisiopatologia (TNFP) ed attribuito ad esso anche lo svolgimento della pratica elettroencefalografica (9) (inserendola quindi, alla luce dei già citati cri-

(4) Regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310 (Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici) (G.U. 25 settembre 1940, n. 225). Art. 3: «Dietro ordinazione del medico, l'infermiera professionale può eseguire le seguenti manovre o interventi: (...); f) applicazioni elettriche più semplici; (...).».

(5) Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 (Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici) (G.U. 18 giugno 1974, n. 157). Art. 2: «Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali sono le seguenti: (...) 12) somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico: (...) g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari; (...).».

(6) L. 42/99. Art. 1: «(...) 2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V. (...)».

(7) Nomenclatore tariffario 2002: prestazioni di assistenza infermieristica (deliberato dal Comitato centrale con atto n. 108/01 del 9 novembre 2001; approvato dal Consiglio nazionale della Federazione dei Collegi I.P.A.S.V.I. il 3 marzo 2002). Parte prima. A. Prestazioni singole di tipo tecnico. 01 Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali. 010 T Registrazione di un Eeg (min euro 16,70; max euro 25,05).

(8) D.lgs. 502/92. Art. 6.3: «(...) Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. (...)».

(9) Decreto del Ministro della Sanità 15 marzo 1995 n. 183 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico di neurofisiopatologia) (G.U. 20 maggio 1995, n. 116). Art. 1: «1. È individuata la figura del tecnico di neurofisiopatologia con il seguente profilo: il tecnico di neurofisiopatologia è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalografia, elettroencefalografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni). (...)».

teri *ex lege* 42/99, tra le sue competenze esclusive), ma anche che tale attribuzione era già stata in tal senso ufficializzata nel 1993/94 da normative di estrema rilevanza in quanto rappresentative di un tassello fondamentale nella organizzazione delle attività dei trapianti, disponendosi infatti nel d.m. 582/94 (10), attuativo della legge 578/93 (11) e relativo all'accertamento strumentale della morte, che solo in mancanza di TNFP si sarebbe potuta affidare agli infermieri (12), peraltro «solo in via transitoria e ad esaurimento», la effettuazione dell'elettroencefalografia.

A quanto appena sopra riferito non può quindi che conseguire, attualmente, la conferma della individuazione del TNFP come la figura professionale alla quale compete, in via esclusiva, l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche, in piena conformità peraltro — giova ancora ripetere — al riferimento ai *cennati disposti*, tanto esplicito quanto reiterato (13 volte) nelle vigenti norme in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti (13).

L'evidente contrasto di competenze sopra rilevato non ha mancato di provocare, nel senso da noi appena individuato, anche l'opportuno intervento del Ministero della Salute, al quale ha fatto seguito una delibera del Comitato Centrale della Federazione dei Collegi IPA-SVI, oggetto della circolare 10/2004 con la quale si informavano i singoli Collegi provinciali che «*il Comitato Centrale, riunitosi in data 4 e 5 giugno c.a., ha deliberato l'eliminazione dal Nomenclatore Tariffario, approvato dal Consiglio Nazionale in data 3 marzo 2002, della prestazione n. 010T Registrazione di un EEG, in quanto affidata alla figura del Tecnico di Neurofisiopatologia, ai sensi del d.m. 183/95.*».

Sempre nell'ambito delle professioni infermieristiche, tecniche e della riabilitazione, una rivisitazione delle aree di competenza si im-

(10) Decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582 (Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte) (G.U. 19 ottobre 1994, n. 245).

(11) Legge 29 dicembre 1993, n. 578 (Norme per l'accertamento e la certificazione di morte) (G.U. 8 gennaio 1994, n. 5).

(12) D.M. 582/94. Allegato 1: «(...). 4) Personale addetto: L'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da tecnici di neurofisiopatologia sotto supervisione medica. In mancanza di tale figura professionale, in via transitoria e ad esaurimento e sempre sotto supervisione medica, l'esecuzione degli esami può essere affidata a tecnici e/o Infermieri professionali adeguatamente formati a svolgere tali mansioni.».

(13) Legge 1 aprile 1999, n. 91 (G.U. 15 aprile 1999, n. 87).

pone in conseguenza della non ulteriormente procrastinabile piena applicazione delle vigenti normative in materia di radioprotezione (d.lgs. 187/2000) (14) che di fatto precludono al Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) la possibilità di «*effettuare direttamente, su prescrizione medica anche in assenza del medico radiologo i radiogrammi relativi agli esami radiologici dell'apparato scheletrico, del torace e dell'addome, senza mezzi di contrasto, secondo le indicazioni di carattere generale preventivamente definite dal medico radiologo, sia nel servizio radiologico centralizzato che nelle strutture decentrate*», attività queste considerate invece proprie di tale figura secondo i disposti del 1968 (15), riconfermati nel 1983 (16) e indirettamente richiamati nel 1994 (17), pur se tramite un riferimento mansionariale poi abrogato nel 1999 (18).

(14) D.lgs. 26 maggio 2000, n. 187 (Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche) (s.o. 105/L G.U. 7 luglio 2000, n. 157).

(15) Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680 (G.U. 4 giugno 1968, n. 141). Art. 24: «(...) Il tecnico di radiologia su disposizione e sotto la responsabilità del medico radiologo (...) può curare direttamente l'esecuzione di esami radiografici semplici (torace, ossa, schermografia) anche senza la presenza del medico radiologo. (...)».

(16) Legge 31 gennaio 1983, n. 25 (Modifiche ed integrazioni della legge 4 agosto 1965, n. 1103, e al decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680 sulla regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'attività di tecnico sanitario di radiologia medica) (G.U. 9 febbraio 1983, n. 38). Art. 8: «L'art. 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, è sostituito dal seguente: «Art. 24 — 1) Servizio di radiodiagnostica. I tecnici sanitari di radiologia medica: a) sono autorizzati ad effettuare direttamente, su prescrizione medica, anche in assenza del medico radiologo, i programmi relativi agli esami radiologici dell'apparato scheletrico, del torace e dell'addome, senza mezzi di contrasto, secondo le indicazioni di carattere generale preventivamente definite dal medico radiologo sia nel servizio radiologico centralizzato che nelle strutture decentrate; (...)».

(17) Decreto ministeriale 26 settembre 1994, n. 746 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica) (G.U. 26 dicembre 1994). Art. 1: «(...)2. Il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica è l'operatore sanitario abilitato a svolgere, in conformità a quanto disposto dalla legge 31 gennaio 1983, n. 25, in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, su prescrizione medica tutti gli interventi che richiedono l'uso di sorgenti di radiazioni ionizzanti, sia artificiali che naturali di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica nucleare nonché gli interventi per la protezione fisica o dosimetrica. (...)».

(18) L. 42/99. Art. 1: «(...) 2. Dalla data di entrata in vigore della presente

Ancor prima, tuttavia, l'autonoma gestione di dette procedure già risultava essere in contrasto con quanto previsto dal d.lgs. 230/95(19) e fu criticata da autorevole dottrina medico-legale (Umani Ronchi e Coll., 1998)(20) particolarmente sensibile alla tutela della salute individuale, in essa affermandosi anche che «*non appare più possibile che il tecnico sanitario di radiologia, dietro prescrizione medica, possa espletare — anche in assenza del medico radiologo — i radiogrammi relativi agli esami radiologici dell'apparato scheletrico del torace e dell'addome, senza mezzi di contrasto, secondo le caratteristiche generali preventivamente definite dal medico radiologo, così come stabilito dalla l. 31 gennaio 1983, n. 25*».

Detti principi di tutela vennero poi confermati dal d.lgs. 187/00, con il quale il legislatore, dopo aver individuato i «laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale ed iscritti all'albo, in possesso dello specifico diploma di specializzazione» con il termine *specialisti*, ad essi esclusivamente riferiva la responsabilità inerente a: «giustificazione; ottimizzazione; valutazione clinica del risultato; cooperazione con altri specialisti e con il personale eventualmente delegato per aspetti pratici; reperimento di informazioni, se del caso, su esami precedenti; trasmissione, su richie-

legge sono abrogati (...) l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni (...).».

(19) D.lgs. 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 92/3/Euratom e 96/29/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti) (G.U. 13 giugno, n. 136, s.o.). Art. 111. (Criteri e modalità di impiego delle radiazioni in campo medico): «1. L'impiego delle radiazioni ionizzanti in campo medico consentito (...) solo a seguito di motivata richiesta medica rivolta al *medico specialista* (...). 2. Il *medico specialista* sulla base della richiesta di cui al comma 1: *a*) valuta preliminarmente la possibilità di utilizzare tecniche sostitutive a quelle espletate con radiazioni ionizzanti che siano almeno altrettanto efficaci dal punto di vista diagnostico e terapeutico e comportino un rischio minore per la persona; *b*) sceglie le metodologie idonee ad ottenere il massimo beneficio clinico con il minimo detrimento sanitario e costo economico; *c*) osserva particolare cautela nell'attività diagnostica, sia radiologica che di medicina nucleare, quando agli accertamenti siano sottoposti soggetti in età pediatrica o donne in età fertile; *d*) si assicura, al fine di evitare esami radiologici superflui, di non essere in grado di procurarsi le informazioni necessarie in base ai risultati di esami precedenti. (...).».

(20) UMANI RONCHI G., BOLINO G., BONACCORSO L., *Il consenso e gli accertamenti espletati a fini medico-legali*, Jura Medica 1998; 1: 11-33.

sta, di informazioni radiologiche esistenti o di documenti ad altri medici specialisti o prescrittori; informazione dei pazienti e delle altre persone interessate, se del caso, circa i rischi delle radiazioni ionizzanti» (art. 2.2.c);

Riguardo alla *giustificazione* della esposizione, l'art. 3 della norma qui considerata la individua come preliminare ineludibile, mentre l'art. 4 della stessa, avente per oggetto il principio di *ottimizzazione*, dispone che le esposizioni «devono essere mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile e compatibile con il raggiungimento dell'informazione diagnostica richiesta», riguardando esso principio «la scelta delle attrezzature, la produzione adeguata di un'informazione diagnostica appropriata o del risultato terapeutico, la delega degli aspetti pratici».

Al successivo art. 5, viene poi sottolineato il potere/dovere dello *specialista* di valutare la adeguatezza al caso specifico («maggior beneficio clinico con il minimo detrimento individuale») della prestazione richiesta e la possibilità di utilizzare tecniche sostitutive, potendo essere delegati al TSRM (o all'infermiere o all'infermiere pediatrico, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze professionali) esclusivamente gli «aspetti pratici», esplicitamente individuati dall'art. 2.2.a. come «la manovra e l'impiego di attrezzature radiologiche, e la valutazione di parametri tecnici e fisici, comprese le dosi di radiazione, la calibrazione e la manutenzione dell'attrezzatura, la preparazione e la somministrazione di radiofarmaci e lo sviluppo di pellicole».

Risulta pertanto evidente, alla luce dei disposti appena sopra cennati, che la vigente normativa impone al medico specialista una preliminare valutazione per tutte le esposizioni individuali, obbligo questo che indubbiamente — pure trovando un notevole ostacolo nella carenza di risorse — deve comunque rappresentare un obiettivo primario delle aziende, anche alla luce delle pene esplicitate dal d.lgs. 187/2000 (art. 14) in caso di non ottemperanza a quanto in esso previsto.

Da quanto finora riferito, risulta chiaro come la delimitazione del campo proprio di attività e di responsabilità di ciascuna delle professioni sanitarie qui in argomento debba non solo rispettare i già cennati limiti definitivi della legge 42/99, ma anche comportare periodiche revisioni o conferme della stessa sulla scorta di un dinamico monitoraggio normativo che — ancora considerando il caso specifico del TSRM — non potrebbe non prendere atto sia del

non più attuale riferimento contenuto nel profilo professionale (d.m. 746/94) «a quanto disposto dalla legge 31 gennaio 1983, n. 25», in considerazione della successiva abrogazione di questa (21), sia della attribuzione allo «specialista», in attuazione ad imprescindibili direttive europee, di adempimenti di indubbia ed esclusiva competenza medica, necessariamente preliminari alla esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti.

A conferma della suesposta necessità, pare opportuno ricordare ancora l'incombenza sul TSRM che si avventurasse in valutazioni attuali, individuali o circostanziali proprie di una attività diagnostica che, in quanto tale, costituisce in ogni caso un vero e proprio «atto riservato» allo stesso precluso, della possibile ascrizione del delitto di esercizio abusivo di professione (22), avendo egli in tale ipotesi mantenuto condotte operative non conformi alle norme, dalle quali allo stato attuale non può non desumersi l'obbligatorietà per il Medico Specialista dell'Area Radiologica di valutare preliminarmente ogni quesito clinico in rapporto all'esame richiesto, nel rispetto peraltro di quel principio di «rispettiva competenza» definito, in un recente documento di indirizzo, siglato dalle principali rappresentanze dei TSRM (23), come caratterizzante i vari processi costitutivi l'atto radiologico.

Alla luce di quanto sopra cennato, parrebbe del tutto opportuno porre la massima attenzione, anche ricorrendo a periodici incontri in ambito aziendale tra i rappresentanti dei vari profili, a quanto prodotto dal legislatore relativamente alle professioni sani-

(21) Infatti, come già cennato, la legge 42/99 abroga sia «l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680», sia le sue «successive modificazioni» quali sono — appunto — quelle riportate dalla legge 25/83.

(22) Codice Penale. Regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398 (s.o. G.U. 28 ottobre 1930, n. 253). Art. 348 (Abusivo esercizio di una professione): «Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione.»

(23) Documento d'indirizzo per l'identificazione delle competenze dell'Area radiologica (SIRM, FNCTSRM, AIMN, AIRO, AINR, AIFM, SNR). Milano 10 maggio 2005: «L'atto radiologico è un insieme di processi all'interno dei quali, per quanto di rispettiva competenza, sono coinvolti: il Medico Specialista dell'Area Radiologica, lo Specialista in Fisica Sanitaria, il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica. (...)».

tarie, non potendosi escludere la eventualità che normative promulgate a fini ben diversi possano comunque incidere sulla legittimità delle attività ritenute proprie di specifiche figure, così da determinare variazioni del loro ambito di competenza tanto significative da richiedere modificazioni organizzative con rivisitazioni dei compiti e delle funzioni professionali.

RIASSUNTO

Gli Autori analizzano, alla luce della normativa vigente, gli ambiti di competenza propri del medico specialista dell'area radiologica e del tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM) in relazione ai vari processi costitutivi l'atto radiologico. In particolare viene sottolineata la necessità di porre la massima attenzione affinché quest'ultima figura sanitaria non tenga condotte operative non conformi alle norme vigenti, soprattutto attuando valutazioni individuali o circostanziali proprie di una attività diagnostica che, in quanto tale, rimane di esclusiva competenza medica.

SUMMARY

The Authors analyse, according to the laws in force, the limits of competence of the radiologist and that of the TSRM in relation to the different processes constituting the radiologic proceeding. In particular they underline the necessity to put attention on the TSRM's behaviour in order to avoid the exceeding of his limits of competence, for example to make individual or circumstantial evaluations peculiar to the diagnostic activity, for example to make individual or circumstantial evaluations peculiar to the diagnostic activity.