Analisi e commento sul documento

Atto medico radiologico

della Società italiana di radiologia medica e interventistica

Versione del 3 marzo 2025

A cura della Commissione di albo nazionale dei Tecnici sanitari di radiologia medica[1]

[1] I contenuti specifici legati a sentenze o pronunciamenti sono stati integrati dalla Sezione Aspetti giuridici e medico-legali della FNO TSRM e PSTRP.

Sommario

Introduzione. _____ **2**

Atto medico radiologico, atto medico, atto sanitario. _____ **2**

Inscindibilità degli atti. _____ **5**

Decreto legislativo 101/2020 e affidamento degli aspetti pratici. _____ **8**

Esami radiologici con mezzo di contrasto (mdc). _____ **12**

Interpretazione/Refertazione/Comunicazione. _____ **13**

Utilizzo dell'intelligenza artificiale. _____ **14**

Conclusioni. _____ **14**

Bibliografia. _____ **17**

Introduzione

Il documento SIRM [1] ha come obiettivo primario la "*sistematizzazione dell'attività radiologica svolta da uno Specialista che tende anche ad una completa clinicizzazione ed interazione multidisciplinare con altre figure specialistiche*".

A parere degli estensori, l'organizzazione delle risorse professionali e delle competenze all'interno di una équipe (sistematizzazione), in modo tale che siano focalizzate sulla cura delle persone assistite (clinicizzazione), fonderebbe su due premesse:

1. le definizioni di atto medico radiologico, atto medico, atto sanitario;
2. l'inscindibilità dei momenti all'interno dell'attività di équipe, con particolare riferimento all'atto medico radiologico.

Atto medico radiologico, atto medico, atto sanitario

Il documento SIRM (alla pagina 1) fa seguire alle parole "*è utile ricordare che*", le definizioni di atto medico radiologico, atto medico, atto sanitario come se tali definizioni fossero un dato di fatto assodato, accettato, universalmente riconosciuto e che, quindi, è sufficiente riportarle alla memoria ("*è utile ricordare che*", appunto):

- atto medico radiologico: prestazione professionale specialistica, "ha finalità diagnostiche e/o interventistiche e consta di una serie di momenti strettamente interdipendenti ed inscindibili". (*n.d.r.*: non è specificata la fonte del virgolettato);
- atto medico: ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi di comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del Medico abilitato e deve essere eseguito dal Medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione;
- atto sanitario: comprende un insieme complesso ed articolato di prestazioni, competenze, conoscenze e *modus agendi* di più professioni, non solo nell'ambito medico. Lo svolgimento dell'atto così inteso, si inserisce nell'ambito delle prestazioni sanitarie "di equipe", non nel senso solo della contestualità degli interventi, ma nel senso di una serie di atti consequenziali, cioè di un insieme di azioni concorrenti ad un fine unitario e svolte da diverse figure professionali, mediche e non (Atto Medico Radiologico, 2024).

Va subito chiarito che non esistono, quale concetto giuridicamente definito, né l'atto medico, né l'atto medico radiologico, né l'atto sanitario.

A recentissima conferma di tali assenze, si veda la prima delle esigenze indicate nel manifesto dei Medici sottoscritto in data 25 gennaio 2025 [2] dai soggetti di rappresentanza sindacale e istituzionale della professione medica, nel quale si ritiene essenziale, tra le altre esigenze, la definizione di atto medico.

Nel documento in esame, in assenza di una definizione che abbia valore legale, la SIRM ripropone la definizione di atto medico data dall'Unione europea dei Medici specialisti (organizzazione professionale europea fondata nel 1958) adottata a Monaco nel 2005 e successivamente modificata nelle riunioni di Budapest del 2006 e di Bruxelles del 2009.

Lo Stato italiano, tuttavia, non ha mai voluto dare una definizione *ex lege* di atto medico; la Magistratura italiana, invece, ha, in più occasioni, tentato di descrivere l'attività medica in funzione delle proprie esigenze valutative in tema di esercizio abusivo della professione sanitaria.

L'orientamento dottrinale e giurisprudenziale recente, certamente rispettoso dei principi del diritto penale (*in primis* quelli di legalità e tassatività) ritiene che atto riservato alla professione medica non possa essere un qualsiasi generico intervento terapeutico, ma solo una tipologia ristretta e determinata di atti, **tipicamente medici** non in quanto aventi oggetto *lato sensu* il miglioramento della salute umana, ma perché il loro esercizio da parte di soggetti non abilitati potrebbe comportare alla persona assistita serie complicazioni:

> *il risultato della costruzione […] fatto proprio dalla giurisprudenza di legittimità, per la quale in relazione alla professione medica che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescriverne la cura, nel somministrare i rimedi (Cassazione penale, sez. VI, n. 22528 del 21 maggio 2003) [3].*
>
> *Integra il reato di esercizio abusivo della professione medica "la condotta di chi effettua diagnosi e rilascia prescrizioni e ricette sanitarie per prodotti omeopatici. Tali attività rientrano infatti nell'esercizio di un'attività sanitaria che presuppone per il legittimo espletamento il possesso di un valido titolo idoneo – Sez. VI, 25 febbraio, n. 2652 – (Cassazione penale, sez. VI, n. 34200 del 20 giugno 2007) [4].*
>
> *Il tribunale cautelare, con motivazione più che adeguata, ha illustrato gli esiti degli accertamenti condotti […] che denotavano lo svolgimento […] di attività sanitaria abusiva perché implicante un compito di diagnosi della patologia e prescrizione della cura di esclusiva competenza di medico (Cassazione penale, sez. VI, n. 29667 dell'8 marzo 2018) [5].*
>
> *A questo riguardo deve farsi una distinzione fra ciò che deve intendersi come atto sanitario, atto terapeutico e atto medico termini spesso impropriamente usati come sinonimi. Così può definirsi come "sanitario" ogni attività che riguardi latamente non solo la cura della persona ma anche la tutela della salute in generale, attraverso, ad esempio, attività di prevenzione; come "terapeutico", ogni intervento che, presupponga,*

> *l'esecuzione o la semplice somministrazione di un trattamento curativo, mentre la dicitura "atto medico", seppure definibile sia come sanitario sia come terapeutico, racchiude in sé la caratteristica della diagnosi della patologia, della diagnosi differenziale con altre patologie, dell'individuazione dell'approccio più adeguato per la cura e/o prevenzione, dell'identificazione di eventuali altre professionalità utili per la completa presa in carico del soggetto (Birkhoff, 2011, p. 148)* [6].
>
> *Atto medico*, invece, è quell'atto che è consentito unicamente alla professione medica, indubbiamente da ricomprendere nella più generale nozione di atto sanitario e che può avere finalità e funzione terapeutica ma che soprattutto è *tale da individuare i caratteri della patologia, le modalità utili a curarla e/o prevenirla, le differenze fra lo specifico quadro morboso ed altri che abbiano sintomatologia simile, le caratteristiche del trattamento necessario ed eventualmente le professionalità (diverse da quella medica) preposte e competenti ad erogarlo*, sostanzialmente individuandosi la nozione di atto medico in quella di *atto diagnostico* e segnatamente di atto teso alla *diagnosi differenziale* (Norelli et al., 2014, p. 5) [7].

Inoltre, il codice di deontologia medica del 2014 [8] indica come atti esclusivamente di competenza del Medico solo la diagnosi e la prescrizione della cura:

> *la diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità" (codice di deontologia medica, art. 3);*
>
> *la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o un fondato sospetto diagnostico (codice di deontologia medica, art. 13).*

Si intende a questo punto chiarire che quanto sinora sostenuto in questa sezione non deve essere inteso come l'accettazione di un sistema sanitario basato sulla definizione di atti variamente attribuibili alle diverse professioni, bensì come un ragionamento argomentato finalizzato a ricondurre l'attività medica, anche ai fini di un eventuale esercizio abusivo da parte di altri, a quanto consolidato nel tempo in giurisprudenza e in dottrina; un'attività diagnostica tesa alla diagnosi differenziale, non già una diagnosi di scopo, utilitaristica per le singole attività assistenziali, quindi percorribile anche dalle altre professioni sanitarie, bensì alla diagnosi che condiziona necessariamente qualsiasi atto terapeutico.

> *Se il professionista rispetta le leggi dello Stato e i codici di comportamento previsti dal suo Ordine o Collegio, e agisce nel rispetto del suo bagaglio tecnico-culturale calibrando l'agire all'esperienza e alla qualità professionale personale, e dunque facendo quello che è consapevole di poter e saper fare, non ha necessità di mansionari né di definire un "atto" suo proprio, di crearsi un'area di attività che non potrebbe mai aver confini precisi*

ed essere esaustiva, ma solo limitativa e, forse, limitante quella degli altri professionisti; i quali, nell'area sanitaria, spesso hanno conoscenze comuni se pur acquisite a diverso livello scientifico e, soprattutto, ovviamente per diverse finalità.

Quale esercente di una professione che necessariamente viene a interconnettersi e parzialmente sovrapporsi con l'attività medica, il Tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM) dovrà soltanto dunque prestare attenzione a non sconfinare nel campo della diagnosi e della relativa prescrizione terapeutica e rispettare le attività tipiche del suo profilo (Tavani, Zanchetti, 2015) [9].

Inscindibilità degli atti

Come argomentato precedentemente, la definizione di atto medico proposta dalla SIRM costituisce una configurazione di ciò che può essere l'esercizio della medicina, **priva di alcun valore legale** ed eccessivamente vasta rispetto all'orientamento dottrinale e giurisprudenziale consolidato nel tempo, oltre che a quanto contenuto nel codice di deontologia medica in vigore.

Per la SIRM, inoltre, l'atto medico radiologico che "*ha finalità diagnostiche e/o interventistiche consta di una serie di momenti strettamente interdipendenti ed inscindibili*"; tali momenti sono di "*competenza dello specialista Medico Radiologo […] con interfaccia con altre figure professionali*" (Atto Medico Radiologico, 2024, p. 1).

Prima di procedere ad elencare i momenti/processi sopra richiamati, viene evidenziato che i costituenti dell'atto medico radiologico sono non solo interdipendenti ma anche inscindibili; ciò sembrerebbe significare che l'atto medico radiologico (proprietà emergente) verrebbe meno laddove venisse a mancare uno dei processi sottostanti (parti della proprietà emergente).

Di seguito l'elenco dei momenti/processi costituenti l'atto medico radiologico:

1. valutazione dell'appropriatezza 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. scelta ed utilizzo (eventuale) del mezzo di contrasto;
    e. documentazione iconografica;

6. interpretazione/refertazione/comunicazione/discussione con il medico richiedente;
7. archiviazione.

In riferimento al punto 5, lettera c, il documento SIRM riprende la premessa iniziale, ovvero che "*non è possibile separare l'aspetto clinico-radiologico da quello puramente tecnico, entrambi compresi nell'Atto Medico Radiologico*", e ne fa conseguire che "*il Medico Radiologo ove necessario, determinerà se eseguire l'esame direttamente, partecipare all'esecuzione insieme al TSRM o delegarlo*" (Atto Medico Radiologico, 2024, p. 5).

Premesso che **l'espletamento della tecnica radiologica costituisce l'attività tipica del Tecnico sanitario di radiologia medica**, preme sottolineare quanto riportato da Riccardo Fresa (2008) in *La colpa professionale in ambito sanitario*: "*particolare manifestazione della divisione del lavoro in ambito sanitario è l'attività […] svolta in équipe o comunque in cooperazione multidisciplinare tra più sanitari che interagiscono tra di loro per il conseguimento del comune risultato finale*" e ancora "*puntualmente è stato osservato in dottrina che la divisione del lavoro costituisce fattore di sicurezza*" poiché consente la partecipazione di più professionisti nella cura della persona assistita sommando le rispettive conoscenze e capacità per garantire al meglio la salute.

D'altra parte, la medesima direttiva 2013/59/Euratom [10], e non potrebbe essere diversamente, al "considerando" n. 29 specifica che:

> "*Un livello elevato di competenza e una chiara definizione di 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 individuali, ai fisici medici ed altri operatori che si occupano delle procedure medico-radiologiche, quali i tecnici in radiologia interventistica e i tecnici in medicina radiodiagnostica, medicina nucleare e radioterapia*".

Riassumendo, la medicina d'*équipe* ha come modello di attività la cooperazione fra sanitari con competenze uguali o diverse ed interagenti contestualmente o in sequenze successive sul medesimo caso clinico e realizzate con il fine ultimo della tutela della salute della persona assistita. Tale modello si basa sul principio organizzativo della divisione del lavoro che costituisce un fattore di sicurezza in quanto consente ai professionisti di dedicarsi ai compiti specifici della prestazione; ciascuno è posto nelle condizioni di attuare le competenze maturate nell'ambito delle abilitazioni acquisite, quindi di agire con il massimo della diligenza, prudenza e perizia possibili.

La dottrina, la giurisprudenza di legittimità e di merito concordano sul fatto che nell'attività di *équipe* ogni professionista è "*tenuto per la propria parte al rispetto delle regole di cautela e delle* leges artis *previste con riferimento alle sue specifiche mansioni*" (Cassazione penale, sez. IV, n. 18780 del 30 marzo 2018) [11] con la precisazione che "*la responsabilità penale di ciascun componente di una*

équipe […] va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente" (*ibidem*) nonché all'obbligo, in capo ad ogni professionista sanitario membro della stessa équipe di "*porre rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio*" (Cassazione penale, sez. IV, n. 39733 del 19 luglio 2018 [12], in senso conforme, cfr. Cassazione penale, sez. un., n. 8770 del 21 dicembre 2017 [13] e Cassazione penale, sez. IV, n. 36723 del 19 aprile 2018 [14]).

Fermo restando quanto sopra, per quanto concerne l'attività in *équipe* si è ragionato, invece, circa i compiti di controllo e i profili di responsabilità penale all'interno dell'*équipe* medesima. Partendo dal punto fermo della divisione del lavoro in senso orizzontale o verticale si è riflettuto su ipotesi di controllo e/o coordinamento di tipo rigoristico verso un più equilibrato principio di affidamento e/o soluzioni intermedie:

> "*la dottrina oggi prevalente rifiuta la tesi rigorista di un generalizzato obbligo di controllo tra tutti i componenti dell'équipe, riconoscendo invece […] l'operatività del principio di affidamento, in forza del quale ciascun soggetto appartenente al "gruppo" non è tenuto a regolare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotta colposa altrui, ben potendo fare affidamento sulla circostanza che gli altri agiscano "lecitamente", ossia osservando gli obblighi di diligenza su di loro incombenti*" (Fresa, 2008, p. 370) [15].

Anche la giurisprudenza riconosce ed afferma tale principio di affidamento, sostenendo chiaramente che "*il principio per cui ogni sanitario è tenuto a vigilare sulla correttezza dell'attività altrui […] non opera in relazione alle fasi dell'intervento in cui i ruoli e i compiti di ciascun operatore sono nettamente distinti, dovendo trovare applicazione il diverso principio dell'affidamento per cui può rispondere dell'errore o dell'omissione solo colui che abbia in qual momento la direzione dell'intervento o che abbia commesso un errore riferibile alla sua specifica competenza medica, non potendosi trasformare l'onere di vigilanza in un obbligo generalizzato di costante raccomandazione al rispetto delle regole cautelari e di invasione negli spazi di competenza altrui*" (Cassazione penale, sez. IV, n. 49774 del 21 novembre 2019) [16].

L'operatività del principio di affidamento non è pertanto assoluta, ma incontra alcuni limiti. Essi vengono ravvisati, anzitutto, nella posizione apicale del capo-*équipe*, che fa sorgere a suo carico un obbligo di vigilare e sorvegliare l'operato dei suoi collaboratori; tuttavia:

> "*la dottrina si è mostrata attenta a questa problematica, evidenziando come i doveri di controllo e di coordinamento del capo-équipe debbano essere intesi in un significato non generico bensì restrittivo. Il dovere di controllo andrebbe perciò inteso in senso limitato, ovvero come obbligo di verifica della inesistenza di circostanze di fatto, oggettivamente rilevabili, che facciano supporre in rapporto al caso concreto come prevedibile, o altamente probabile, il prodursi di una negligenza di un componente dell'équipe*" (Fresa, 2008, p. 382).

Decreto legislativo 101/2020 e affidamento degli aspetti pratici

Nel documento in esame, la SIRM sostiene la liceità dell'esecuzione dell'esame da parte del Medico radiologo (Atto Medico Radiologico, 2024, p. 6) in funzione di due elementi:

1. l'inscindibilità dei momenti all'interno dell'atto medico radiologico;
2. le facoltà attribuite al Medico radiologo dal DLgs 101/2020 [17].

Circa il primo degli elementi si è già ampiamente argomentato.

In merito al secondo, il documento in esame riporta, in modo corretto, il comma 3 dell'articolo 159 del DLgs 101/2020 (recepimento della direttiva europea 2013/59/Euratom):

> "*Gli aspetti pratici per l'esecuzione della procedura o di parte di essa sono definiti nell'ambito delle procedure disciplinate dalle linee guida …, in capo al medico specialista o al tecnico sanitario di radiologia medica oppure all'infermiere o all'infermiere pediatrico, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze professionali*".

Il DLgs 101/2020 riporta anche la definizione degli aspetti pratici (art. 7 definizione 4):

> "*ASPETTI PRATICI DELLE PROCEDURE MEDICO RADIOLOGICHE: le operazioni connesse all'esecuzione materiale di una esposizione medica e di ogni aspetto correlato, compresi la manovra e l'impiego di apparecchiature medico-radiologiche, la misurazione dei parametri tecnici e fisici anche relativi alle dosi di radiazione, gli aspetti operativi della calibrazione e della manutenzione delle attrezzature, la preparazione e la somministrazione di radiofarmaci, nonché l'elaborazione delle immagini*".

Dall'articolo 159 del DLgs 101/2020 si evince chiaramente che gli aspetti pratici, come sopra riportati, sono definiti nell'ambito delle procedure disciplinate, per tutti i componenti dell'*équipe*, dalle future linee guida che, comunque, hanno il vincolo del rispetto delle competenze professionali dei professionisti interessati.

Non corrisponde, quindi, a quanto contenuto nella norma, ciò che la SIRM, a pagina 5 del documento, asserisce subito dopo avere riportato, correttamente, il comma 3 dell'articolo 159: "*Il medico specialista può affidare "gli aspetti pratici" della prestazione di diagnostica per immagini al TSRM o effettuarli personalmente*".

In altri termini la SIRM attribuisce al Medico radiologo due facoltà che, non solo la norma non gli attribuisce ma, addirittura, antitetiche rispetto alla norma stessa; si evidenzia, poi, che, poche righe sotto, l'espressione "*il medico specialista può affidare*" diviene "*il Medico Radiologo, ove necessario, determinerà se eseguire l'esame direttamente, partecipare all'esecuzione insieme al TSRM o delegarlo*".

In merito al campo di esercizio professionale si ricorda che **lo Stato** (e non una società scientifica) con la legge n. 42 del 26 febbraio 1999 [18] "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*"

ridefiniva l'assetto delle professioni sanitarie superando in forma definitiva l'impalcatura costruita dal regio decreto del 27 luglio 1934, n. 1265 [19] che prevedeva la distinzione tra le professioni sanitarie principali e quelle ausiliarie; "*tale dizione è stata abrogata, come per ogni altra disposizione di legge in cui comparisse tale distinzione, adottandosi la nozione unica di professione sanitaria, comprendendosi in tale dizione e con pari dignità, le professioni per le quali è prevista la laurea specialistica e per quelle che è previsto il corso di laurea non specialistico*" (Norelli et al., 2014, p. 2).

La suddetta legge 42/1999 abroga ogni forma di mansionario, come deve risultare proprio alle professioni sanitarie globalmente intese e dispone che l'ambito di loro pertinenza sia "*…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*" (Norelli et al., 2014, p. 3).

La successiva legge n. 251 del 10 agosto 2000 [20] "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*" precisava ancora che i professionisti sanitari delle diverse aree (tra cui quella tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale) hanno il diritto/dovere di svolgere con "*autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministero della Sanità*" e che "*Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea*".

In estrema sintesi, da quanto appena sopra scritto deriva che la tutela della salute dei cittadini italiani è affidata solo ed esclusivamente, cioè in via riservata, a professionisti debitamente preparati attraverso percorsi formativi specifici pre-definiti a cura dello Stato; e ciò a garanzia della tutela massima della salute dei cittadini stessi, bene supremo e diritto primario, come sancito dalla Costituzione della Repubblica; professionisti che lo Stato non solo prepara, ma poi aggiorna e controlla nella loro attività per l'intero arco della vita professionale, iniziata necessariamente dopo una verifica statuale della loro qualità attraverso un esame di abilitazione.

Ciò detto, è di immediata evidenza che il TSRM, nella tutela della salute umana, potrà porre in essere ogni atto professionale di sua competenza, nonché qualsiasi altro liberamente espletabile che rientri nel suo bagaglio tecnico-culturale e di esperienza che è stato oggetto di prova in sede di abilitazione

o di aggiornamento specifico (rimodulazione eventuale delle competenze). Quale esercente una professione sanitaria che necessariamente viene a embricarsi con l'attività medica, il TSRM dovrà soltanto prestare particolare attenzione a non sconfinare nel campo della diagnosi differenziale e della relativa prescrizione terapeutica e a rispettare le attività tipiche del profilo.

È altrettanto evidente che il Medico radiologo, per quanto concerne le attività tipiche e riservate, non ha alcun potere di (non) affidamento nei confronti del TSRM il cui campo di esercizio è definito dallo Stato attraverso le leggi da questo emanate (*repetita iuvant*).

Per altro, chi ha seguito l'iter di recepimento della direttiva 59/2013/Euratom sa bene quanto il Legislatore italiano abbia voluto fortemente e convintamente espungere il concetto di delega di funzioni dal nuovo decreto sulla radioprotezione in quanto "*è largamente noto, in dottrina e in giurisprudenza, che la delega di funzioni non sia in alcun modo applicabile all'esercizio professionale*" (Benci, 2013) [21].

Pertanto, se il precedente decreto sulla radioprotezione (DLgs 187/2000) [22] riportava all'articolo 5 comma 3 "*Gli aspetti pratici per l'esecuzione della procedura o di parte di essa possono essere delegati dallo specialista al tecnico sanitario di radiologia medica o all'infermiere o all'infermiere pediatrico, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze*", l'articolo 159 del DLgs 101/2020 non prevede alcuna forma di affidamento o di delega da parte di chicchessia. Anzi, a rafforzamento di quanto sopra, il Legislatore ha voluto inserire nell'articolo 159 il comma 12 come di seguito riportato:

> "*l'esercizio professionale delle attività proprie del tecnico sanitario di radiologica medica è consentito ai laureati in tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia, o in possesso di titolo di studio equipollente ai sensi del decreto del Ministero della sanità 27 luglio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 190 del 16 agosto 2000, iscritti all'albo del pertinente Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione*".

Il Legislatore, con il recepimento della nuova direttiva, ha, quindi, risolto l'antinomia tra le norme di esercizio professionale del TSRM e quella sulla radioprotezione che perdurava da vent'anni e che era stata all'origine di alcuni processi penali e amministrativi in Italia (cosiddetti casi Marlia, Barga e Pordenone).

Se da una parte il Medico radiologo non ha alcuna facoltà di affidamento o non affidamento dell'attività tipica ed esclusiva del TSRM, dall'altra non può, per i medesimi motivi (tipicità e riservatezza) effettuarla in prima persona. Quando un'attività è tipica ed esclusiva di una certa professione è da considerarsi riservata e non estendibile ad altra professione pena l'abusività dell'agire professionale: "*Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000*" (art. 348 cp).

Si precisa, inoltre, che la giurisprudenza di legittimità si è espressa anche in merito alla non assorbenza di un titolo superiore rispetto ad altro inferiore:

> si osserva che "*l'equipollenza o l'equiparazione ha sempre riguardato titoli universitari dello stesso livello; si è sempre esclusa, pertanto, l'interpretazione in base alla quale un titolo di livello superiore possa essere ritenuto assorbente rispetto ad altro titolo inferiore*" (sentenza Consiglio di Stato 3330/2013) [23].

E ancora:

> *la corte territoriale, in particolare, ha ritenuto che il possesso da parte del lavoratore della laurea in medicina […] non fosse sufficiente per l'esercizio di attività riabilitativa per il quale occorre apposito titolo universitario.*
>
> *La corte territoriale ha dato rilievo "alla circostanza – comunque – esatta secondo cui la laurea in medicina consente l'espletamento di attività ausiliarie ma non anche di attività quale la terapia riabilitativa, che non hanno tale carattere ed il cui svolgimento postula uno specifico diploma sicché il relativo difetto da luogo ad impossibilità della prestazione*" (Corte Suprema di Cassazione – sez. Lavoro – n. 5080 del 13/03/2015) [24].

La giurisprudenza di legittimità, proprio in un'ipotesi di esercizio abusivo, ha inoltre ben chiarito che la sussistenza di competenze condivise tra diversi professionisti sanitari non può tradursi nella "assorbenza" integrale delle competenze di una professione a favore di un'altra:

> "*Il carattere interdisciplinare delle competenze proprie dell'odontoiatra che si vorrebbero come tali condivise anche dalla formazione del laureato in Medicina e chirurgia che abbia sostenuto esami specialistici in odontostomatologia o che si sia specializzato in chirurgia maxillo-facciale, se vale a registrare area di pertinenza comuni, o di sovrapposizione, rispetto ai due percorsi professionali non può comunque spengersi ad affermare l'esistenza di un complessivo sistema che, diretto ad esautorare quello plurifonte delineato, funzionale al riconoscimento di una identità di effetti*" (Cassazione penale, sez. VI, n. 2691 del 09 novembre 2017) [25].

Alla luce di quanto finora argomentato risulta privato di ogni fondamento quanto affermato a pagina 5 del documento SIRM:

> "*il Medico Radiologo, ove necessario, determinerà se eseguire l'esame direttamente, partecipare all'esecuzione insieme al TSRM o delegarlo. In quest'ultimo caso il TSRM, può svolgere in autonomia professionale la sola fase tecnica di sua competenza, sulla base delle modalità preventivamente concordate e condivise con il medico radiologo, per esami diretti, senza utilizzo di mdc*".

Si è già detto della non veridicità circa la possibilità per il Medico radiologo di espletare l'attività tipica e riservata del TSRM e della non veridicità del potere di delega da parte dello specialista. Va aggiunto, infine, che l'abilitazione statuale del TSRM non trova alcun limite nell'espletamento della

tecnica radiologica, neppure per gli esami che prevedono la somministrazione di mezzo di contrasto, purché quest'ultimo sia correttamente prescritto:

1. "*è individuata la figura del tecnico sanitario di radiologia medica con il seguente profilo: il tecnico sanitario di radiologia è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile degli atti di sua competenza ed è autorizzato ad espletare indagini e prestazioni radiologiche*" (DM 746/94) [26];
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 [27] 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 protezionistica fisica o dosimetrica*" (DM 746/94);
3. "*gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità*" (legge 251/2000)

Esami radiologici con mezzo di contrasto (mdc)

Per quanto concerne l'effettuazione di esami radiologici con mezzo di contrasto, destano seria preoccupazione i seguenti due passaggi del documento SIRM:

1. "Tutte le prestazioni che prevedono la somministrazione di mezzi di contrasto, in elezione e/o in un urgenza/emergenza, devono essere condotte in presenza del Medico Radiologo";
2. un particolare aspetto è quello della telegestione e della telediagnosi, possibile in casi specifici nella sola condizione di emergenza/urgenza per esami senza mezzo di contrasto iniettabile, o nel caso di consulto tra medici specialisti in Radiodiagnostica.

Il documento SIRM sembrerebbe non contemplare la possibilità di eseguire le prestazioni con il mezzo di contrasto neppure nei casi di emergenza/urgenza ovvero nei casi in cui vi è la necessità di salvare "*altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona*" (art. 54 Cp che definisce l'esimente dello "stato di necessità") con ciò prendendo le distanze anche dalle "Linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate" (art. 6, decreto legislativo n. 187/2000) [28]:

> "*se la prestazione in regime di ricovero in urgenza-emergenza è resa in un pronto soccorso in zona disagiata o in un punto di primo intervento ove non sia presente il Medico radiologo, il medico prescrivente del pronto soccorso o lo specialista presente*

nella struttura provvede, una volta raccolta l'anamnesi clinica ed il consenso, a prescrivere o a effettuare le prestazioni complementari di diagnostica per immagini ritenute necessarie e appropriate. L'assenza di referto radiologico, non previsto in caso di attività radiologica complementare ad attività specialistica, comporta la necessità di conservazione della registrazione dell'esame. In alternativa ove opportuno, all'atto della richiesta potrà essere coinvolto il Medico radiologo, reperibile o in telemedicina per condurre l'indagine radiologica".

Interpretazione/Refertazione/Comunicazione

Si riporta di seguito quanto al punto 6 del documento l'"Atto Medico Radiologico":

> il Referto Radiologico "*è l'atto obbligatoriamente redatto in forma scritta col quale lo specialista dell'Area Radiologica dichiara conformi a verità i risultati degli esami di Diagnostica per Immagini ottenuti, unitamente all'interpretazione clinica dei risultati stessi, in relazione al quadro clinico e all'anamnesi del paziente*" (art. 2702 del Codice Civile) (art. 365 del codice penale).

Di seguito gli articoli sopra citati:

> art. 2702 - Codice Civile
>
> *La scrittura privata fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza delle dichiarazioni da chi l'ha sottoscritta, se colui contro il quale la scrittura è prodotta ne riconosce la sottoscrizione, ovvero se questa è legalmente riconosciuta.*
>
> Art. 365 - Codice Penale
>
> *Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a cinquecentosedici euro.*
>
> Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Ora, il referto ospedaliero è considerato da univoca giurisprudenza (fra tutte, Cassazione penale, sez. VI, n. 27288 del 16 settembre 2022 [29]; in senso conforme, cfr. Cassazione penale, sez. V, n. 45146 del 20 settembre 2019 [30]) atto pubblico fidefaciente e, pertanto, i corretti riferimenti normativi dovrebbero essere l'articolo 2699 e l'articolo 2700 del Codice civile:

art. 2699 – Codice civile

L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato.

Art. 2700 – Codice civile

L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti.

La falsificazione di tale atto viene punita dagli artt. 476 (falsità materiale) e 479 (falsità ideologica) del Codice penale.

L'articolo 365 del Codice penale, come si evince dal dettato legislativo sopra riportato, nulla attiene al referto radiologico essendo:

la relazione che un esercente una professione sanitaria, il quale abbia fornito attività in casi che possono presentare le caratteristiche di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, deve presentare alla Autorità Giudiziaria o altra autorità che a questa abbia l'obbligo di riferire. L'obbligo del referto trova la sua ratio nella collaborazione tra gli esercenti le professioni sanitarie e l'amministrazione della giustizia (Norelli et al, 2014).

Utilizzo dell'intelligenza artificiale

Si rileva che al paragrafo "Atto medico radiologico e intelligenza artificiale" viene citato un disegno legge (AS 1066) [31] attualmente al vaglio del Parlamento per le eventuali modifiche al testo.

Conclusioni

Come mostrato in precedenza, il documento SIRM fonda sostanzialmente su due premesse:

1. la definizione di atto medico, di atto medico radiologico e di atto sanitario;
2. l'inscindibilità dei momenti all'interno dell'attività di équipe, con particolare riferimento all'atto medico radiologico.

In merito al punto 1 si è argomentato circa l'inesistenza di una definizione giuridica dell'atto medico, dell'atto medico radiologico e dell'atto sanitario. Negli ultimi 20 anni in Italia sono stati fatti diversi tentavi di descrivere e precisare giuridicamente l'atto medico, tuttavia, il Legislatore non ha mai dato seguito alle proposte di legge avanzate.

La SIRM propone nel documento una definizione di atto medico non specificandone la fonte che è, comunque, ravvisabile nell'Unione europea dei Medici specialisti (Bruxelles, 2009); definizione che

non ha valore giuridico e che ricomprende una vasta serie di ipotesi che vanno bel oltre la più adeguata rappresentazione dell'attività medica così come riscontrabile in giurisprudenza, in dottrina e nello stesso Codice di deontologia medica (anno 2014):

> "*la diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità*" (art. 3);
>
> "*la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o un fondato sospetto diagnostico*" (art. 13).

Ben rappresenta, quindi, l'attività medica Gian Aristide Norelli in *Medicina legale e delle assicurazioni* (2014):

> "*Atto medico,* invece, è quell'atto che è consentito unicamente alla professione medica, indubbiamente da ricomprendere nella più generale nozione di atto sanitario e che può avere finalità e funzione terapeutica ma soprattutto è *tale da individuare i caratteri della patologia, le modalità utili a curarla e/o prevenirla, le differenze fra lo specifico quadro morboso ed altri che abbiano sintomatologia simile, le caratteristiche del trattamento necessario ed eventualmente le professionalità (diverse da quella medica) preposte e competenti ad erogarlo,* sostanzialmente individuandosi la nozione di atto medico in quella di *atto diagnostico* e segnatamente di atto teso alla *diagnosi differenziale".*

In merito al punto 2, "*l'atto medico radiologico prevede momenti di competenza dello specialista Medico Radiologo strettamente interdipendenti e inscindibili tra loro, con interfaccia con alte figure professionali*" (Atto Medico Radiologico, 2024, p. 2) e ancora "*non è possibile separare l'aspetto clinico-radiologico da quello puramente tecnico, entrambi compresi nell'Atto Medico Radiologico*" (Atto Medico Radiologico, 2024, p. 5), si è ampiamente argomentato e mostrato come il principio organizzativo della divisione del lavoro costituisce un fattore di sicurezza in quanto consente ai professionisti di dedicarsi ai compiti specifici della prestazione; ciascuno è posto nelle condizioni di attuare le competenze maturate nell'ambito delle abilitazioni acquisite, quindi di agire con il massimo della diligenza, prudenza e perizia possibili. "*Un livello elevato di competenza e una chiara definizione di 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*" (Direttiva 59/2013/Euratom, "considerando" n. 29).

L'ipotesi avanzata dalla SIRM circa l'affidamento/delega degli aspetti pratici della procedura radiologica da parte del radiologo al TSRM è, poi, al di fuori di ogni dettato legislativo:

- legge 25/83;
- legge 42/99;

- legge 251/00
- DLgs 101/2020.

La tutela della salute dei cittadini italiani, si ribadisce, è affidata solo ed esclusivamente, cioè in via riservata, a professionisti debitamente preparati attraverso percorsi formativi specifici pre-definiti a cura dello Stato; professionisti che lo Stato non solo prepara, ma poi aggiorna e controlla nella loro attività per l'intero arco della vita professionale, iniziata necessariamente dopo una verifica statuale della loro qualità attraverso un esame di abilitazione.

Fermo restando, quindi, che:

> l'esercizio professionale delle attività proprie del tecnico sanitario di radiologica medica è consentito ai laureati in tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia, o in possesso di titolo di studio equipollente ai sensi del decreto del Ministero della sanità 27 luglio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 190 del 16 agosto 2000, iscritti all'albo del pertinente Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

l'affermazione della SIRM secondo cui "*il Medico Radiologo, ove necessario, determinerà se eseguire l'esame direttamente*" (Atto Medico Radiologico, 2024, p. 5) appare interpretabile come indiretta giustificazione di attività che ben potrebbero configurare l'esercizio abusivo della professione di Tecnico sanitario di radiologia medica.

Alla luce delle preoccupanti affermazioni contenute nel documento SIRM è bene dichiarare con tutta la forza del caso che:

> *se il professionista rispetta le leggi dello Stato e i codici di comportamento previsti dal suo Ordine o Collegio, e agisce nel rispetto del suo bagaglio tecnico-culturale calibrando l'agire all'esperienza e alla qualità professionale personale, e dunque facendo quello che è consapevole di poter e saper fare, non ha necessità di mansionari né di definire un "atto" suo proprio, di crearsi un'area di attività che non potrebbe mai aver confini precisi ed essere esaustiva, ma solo limitativa e, forse, limitante quella degli altri professionisti; i quali, nell'area sanitaria, spesso hanno conoscenze comuni se pur acquisite a diverso livello scientifico e, soprattutto, ovviamente per diverse finalità. (Tavani, Zanchetti, 2015).*

Si manifesta, infine, una certa preoccupazione per quanto asserito al punto 5 lettera d) pagina 5 e 6 del documento SIRM in merito alle prestazioni radiologiche con mezzo di contrasto se ben si comprende che le medesime non potrebbero essere effettuate in telegestione nemmeno nel caso emergenza/urgenza; ciò in antitesi con quanto definito dall'articolo 54 del Codice penale (stato di necessità) e dalle "*Linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate*" (art. 6, decreto legislativo n. 187/2000). (15A08299):

"se la prestazione in regime di ricovero in urgenza-emergenza è resa in un pronto soccorso in zona disagiata o in un punto di primo intervento ove non sia presente il Medico radiologo, il medico prescrivente del pronto soccorso o lo specialista presente nella struttura provvede, una volta raccolta l'anamnesi clinica ed il consenso, a prescrivere o a effettuare le prestazioni complementari di diagnostica per immagini ritenute necessarie e appropriate. L'assenza di referto radiologico, non previsto in caso di attività radiologica complementare ad attività specialistica, comporta la necessità di conservazione della registrazione dell'esame. In alternativa ove opportuno, all'atto della richiesta potrà essere coinvolto il Medico radiologo, reperibile o in telemedicina per condurre l'indagine radiologica".

Bibliografia.

1. Accarino, B. et al. (2024). Atto medico radiologico. Gruppo di lavoro SIRM. Atto societario.
2. Il manifesto dei medici investire sui medici per salvare il SSN 25 gennaio 2025 (Fonte: sito Anano-ASSOMed).
3. Cassazione penale, sez. VI, n. 22528 del 21 maggio 2003.
4. Cassazione penale, sez. VI, n. 34200 del 06 settembre 2007.
5. Cassazione penale, sez. VI, n. 29667 08 marzo 2018.
6. Birkhoff, J.M. (2011). Nozioni di medicina legale. Uno strumento per le professioni medico-sanitarie e giuridiche. Franco Angeli.
7. Norelli, G.A., &Buccelli, C., &Fineschi, V. (2014). Medicina legale e delle assicurazioni. II edizione. Edizione Piccin.
8. Codice di deontologia medica (portale FNOMCeO ed. 2014).
9. Tavani, M., & Zanchetti, M. (2015). L'esercizio della radiologia diagnostica e della radioterapia nell'ottica medico-giuridica.
10. Direttiva 2013/59/Euratom del Consiglio, del 5 dicembre 2013 (sito istituzionale EUR-Lex – Gazzetta ufficiale dell'Unione europea del 17 gennaio 2014).
11. Cassazione, Sez. IV, n. 18780 del 30 marzo 2016.
12. Cassazione penale, sez. IV, n. 39733 del 19 luglio 2018.
13. Cassazione penale, sez. un., n. 8770 del 21 dicembre 2017.
14. Cassazione penale, sez. IV, n. 36723 del 19 aprile 2018.
15. Fresa, R. (2008). La colpa professionale in ambito sanitario. Utet.
16. Cassazione penale, sez. IV, n. 49774 del 21 novembre 2019.

17. Decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101.
18. Legge 22 febbraio 1999, n. 42.
19. Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.
20. Legge 10 agosto 2000, n. 251.
21. Benci, L. (2013). I TSRM e il caso Marlia. Non si può parlare di esercizio abusivo di professione medica. Quotidiano sanità.
22. Decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187.
23. Consiglio di Stato, Sez. 3, sentenza n. 3330 del 18 giugno 2013.
24. Corte di Cassazione, Sez. Lavoro, sentenza n. 05080 del 13 marzo 2015.
25. Cassazione penale, sez. VI, n. 2691 del 09 novembre 2017.
26. DM 26 settembre 1994, n. 746.
27. Legge 31 gennaio 1983, n. 25.
28. Linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate (art. 6, decreto legislativo n. 187/2000). GU Serie Generale n. 261 del 09 novembre 2015.
29. Cassazione penale, sez. VI, n. 27288 del 16 settembre 2022.
30. Cassazione penale, sez. V, n. 45146 del 20 settembre 2019 (massima).
31. Disegno di legge Atto Senato n. 1066 XIX Legislatura "*Norme per lo sviluppo e per l'adozione di tecnologie di intelligenza artificiale*" (Documenti sito istituzionale Senato della Repubblica).
32. Unione europea Medici specialisti. (2006). Atto medico. http://www.uems-slm.org/uems/index.php?id=26.

Versione del 3 marzo 2025