



Nota al D.Lgs. 26 maggio 2000, n. 187.

Le competenze e le responsabilità; in particolare con riferimento al comma 3 dell'art. 5 del Dlg; riflessioni ed indirizzi sul concetto di “delega”.

D.Lgs. 26 maggio 2000, n. 187 ^u.

Attuazione della [direttiva 97/43/Euratom](#) in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.

Nota al D.Lgs. 26 maggio 2000, n. 187. Le competenze e le responsabilità; in particolare con riferimento al comma 3 dell'art. 5 del Dlgs. ; riflessioni ed indirizzi sul concetto di “delega”.

Il contenuto della norma in commento (“*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 professionali*”) (1) si inserisce nella disposizione che regola la disciplina delle responsabilità relative allo svolgimento delle procedure, delle metodologie e delle tecniche connesse all’utilizzo delle radiazioni ionizzanti mirate ad esposizioni sanitarie. (1bis)

Appare chiaro che, affrontando il tema della responsabilità dei soggetti coinvolti, ci si pone in modo da toccare di riflesso anche gli aspetti che esprimono la sfera di competenza dei soggetti che appunto agiscono; potremmo dire che le questioni, almeno in parte, possono indicare due facce di una stessa medaglia riferibile comunque all’attività svolta dagli operatori che utilizzano le radiazioni ionizzanti per finalità diagnostiche sulla persona.

Nel caso della norma in esame, il tema primario, quantomeno per il significato attraverso il quale si provvede ad attribuire un ruolo agli attori presenti sulla scena, risulta essere quello che appare tuttavia volto ad incidere indirettamente sulle competenze che si intenderebbero velatamente disconoscere o riconoscere agli operatori sanitari; attraverso questa norma, che non appare direttamente mirata a stabilire le specifiche competenze degli operatori, si intenderebbe provvedere, di riflesso, ad una interpretazione del ruolo di ciascun operatore; la norma apparentemente di modesta incidenza, in una collocazione spaziale di secondo piano, riflettendo su questioni che non interessano prettamente una divisione dei ruoli e dei compiti, finirebbe in modo mediato per lavorare sul tema delle competenze, costringendo l’interprete ad una necessaria, seppur agevole, puntualizzazione idonea a ribadire quanto è stabilito dalle norme anteriori e successive dirette, queste sì, a definire le competenze degli operatori sanitari ed in specie dei tecnici sanitari di radiologia medica e dei medici radiologi; al riguardo gli operatori considerati dal decreto sono appunto: lo specialista, il tecnico di radiologia nonché l’infermiere e l’infermiere pediatrico.

1) Le competenze del TSRM.

Come abbiamo già avuto modo di indicare, affrontando temi per i quali appariva utile una puntualizzazione delle attività del TSRM, il quadro normativo delinea con chiarezza le competenze di pertinenza di questa strategica figura sanitaria. (2)

Il DLGS 502/1992 “*sul riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre, n. 421*”, il DM 746/1994, regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico sanitario di radiologia medica, l’art. 3 della legge 10 agosto 2000 n. 251, disciplinante le professioni infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica, il DM 29 marzo 2001 in tema di definizione delle figure professionali di cui all’art. 6 comma 3 del D.LGS 502/1992 e successive modificazioni, il Codice Deontologico del TSRM approvato dalla Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia medica (2004), il recente DPCM 26 luglio 2011 circa i criteri e modalità per il riconoscimento dell’equivalenza ai diplomi universitari dell’area sanitaria del titolo del pregresso ordinamento in attuazione della legge 42/1999, il DM di medesima ultima data, concernente le linee guida del MIUR in relazione agli ordinamenti didattici degli atenei, contengono disposizioni di diversa forza che univocamente tracciano un campo d’azione specialistico dei TSRM.

Si è già osservato (3) che la lettura e l’interpretazione sistematica degli atti adesso richiamati, rende appunto chiaro come la figura professionale del TSRM venga a delinearci, a tenore della legge 42/99, come una professione i cui confini sono da tracciarsi tenendo conto del processo di sviluppo del sistema dell’offerta del sistema sanitario, unitamente all’adeguarsi della crescita formativa, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, nonché del Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica, non trascurando gli stimoli che derivano dagli enti rappresentativi della professione di tecnico sanitario di radiologia medica (Federazione TSRM-codice deontologico).

Secondo le disposizioni contenute nel DM 746/94, come è noto, “*il tecnico sanitario di radiologia medica è l’operatore abilitato a svolgere omissis **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*”.

Anche per la sua collocazione temporale, successiva all’entrata in vigore della legge 187/2000, appare particolarmente significativo il richiamo all’art. 3 della legge 251/2000, dove si evidenzia che “*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....omissis***”.

Nondimeno risulta molto rilevante il quadro degli accordi fra la Federazione dei Collegi Sanitari di Radiologia Medica e la SIRM, accordi che si dispiegano in coerenza cd in conformità delle vigenti normative; è così che nel documento firmato nel febbraio del 2010 (4), relativo all' attività "Radiodiagnostica complementare e tecnico di radiologia medica" si leggono importanti riferimenti che, appunto in piena sintonia con la normativa del sistema, ribadiscono che: *"Il TSRM assume la responsabilità, anche nei confronti della persona, degli aspetti tecnico-professionali della procedura a lui affidati (Legge 25/1983 art.4 e 746/1994 art.1)"* ed ancora che *"Il tecnico sanitario di radiologia medica ha la specifica competenza nel controllo della applicazione delle procedure tecniche, concordate con il radiologo responsabile della apparecchiatura, in particolare sulle esposizioni dei pazienti durante la esecuzione di esami radiologici effettuati dallo specialista che utilizza le radiazioni ionizzanti in modo complementare secondo le specifiche di legge"*; inoltre *"per gli aspetti tecnici della stessa, adotta le tecniche più appropriate a garantire prestazioni di qualità, nel rispetto delle norme di radioprotezione; fornisce informazioni al paziente sulle materie di propria competenza: tecnologie, tecniche, aspetti radio protezionistici delle attività radiologiche che spieghino le procedure messe in atto per ridurre al minimo la dose nella prestazione a lui affidata."*

Se viene prodotta un' iconografia il tecnico sanitario *"è responsabile per gli aspetti tecnici mettendo in atto le procedure concordate con il medico radiologo. Tale responsabilità si estende a tutte le fasi del processo: acquisizione, elaborazione, stampa, archiviazione anche informatizzata e trasmissione a distanza"*

Ancora, già nel **"Documento d'indirizzo per l'identificazione delle competenze dell'area radiologica"**, datato 10.5.2005, si è affermato che: *"La valutazione tecnica dell'iconografia compete al TSRM che ne assume la responsabilità"*; ed inoltre: *"Gli aspetti tecnici della procedura competono al TSRM che li svolge secondo regole di buona tecnica e nel rispetto di protocolli definiti in base a linee guida locali, nazionali o internazionali, espresso dalle associazioni scientifiche di riferimento, e concordati con il medico specialista dell'Area radiologica, nonché secondo le disposizioni di legge vigenti ed i principi del miglioramento continuo della qualità."*

2) Le competenze del medico radiologo.

- Dal panorama della vigente normativa emergono chiare e forti indicazioni circa il ruolo assunto dal medico radiologo nello svolgimento dell'attività che esprime l'atto radiologico; al riguardo risulta evidente come al medico radiologo compete il ***coordinamento e la responsabilità clinica complessiva, la valutazione dell'utilità diagnostica dell'iconografia, nonché l'Interpretazione clinica e la diagnosi differenziale.***

- Sul predetto ruolo risulta utile non trascurare i documenti citati in precedenza, poiché fedeli al dettato normativo ed espressivi di una conforme esegesi concordata fra gli operatori protagonisti dell'attività in esame.

Al riguardo per il documento del febbraio del 2010 (Attività complementare_SIRM_FNCTSRM), al medico radiologo competono: *"la definizione dei protocolli scritti di riferimento per ciascuna attrezzatura; la verifica almeno biennale dei LDR avvalendosi dell'esperto in fisica medica; la predisposizione, la registrazione e la conservazione dei dati relativi ai programmi di garanzia e controllo della qualità avvalendosi dell'esperto in fisica medica; il giudizio di idoneità all'uso clinico delle apparecchiature (prove di accettazione e di funzionamento) la segnalazione all'esercente della mancata corrispondenza ai criteri di accettabilità delle attrezzature con la indicazione per la risoluzione dei problemi, o la proposta di messa fuori uso; la predisposizione delle misure attuabili per ridurre il rischio da esposizione potenziali"*.

In precedenza gli enti già ricordati, come si è detto, avevano sottoscritto un documento (10.5.2005) in linea con la normativa, specificando e comunque approfondendo le competenze dei rispettivi rappresentanti al fine di delineare con chiarezza gli atti di intervento per una corretta organizzazione dell'area. Dall'atto emerge in modo nitido come l'azione del medico radiologo sia soprattutto volta, in senso ampio, alla cura degli aspetti clinici; in particolare: *"Al medico specialista dell'Area Radiologica compete (omissis)l'eventuale approfondimento clinico-anamnestico e, anche su segnalazione del TSRM, ogni decisione relativa alla gestione clinica della persona; al medico specialista dell'Area radiologica al quale spettano inoltre il coordinamento e la responsabilità clinica complessiva; la valutazione dell'utilità diagnostica dell'iconografia, l'interpretazione clinica e la refertazione delle immagini prodotte, competono al medico specialista dell'Area Radiologica, il quale ne dispone contestualmente l'eventuale ulteriore elaborazione.*

Il quadro che emerge anche dai documenti citati rappresenta il frutto di un'attenta valutazione delle norme che le parti hanno considerato non trascurando il sistema organizzativo delineatosi nel tempo che appare in linea con le raccomandazioni dell'Unione Europea in tema di protezione della persona assistita.

Per i richiami alle norme in vigore, nonché per il chiaro contenuto delle clausole degli accordi citati che sono consone a quelle, possiamo delineare con sufficiente precisione i campi di intervento e le sfere di azione delle professioni dell'area radiologica. Ferma allora una necessaria considerazione, ispirata soprattutto al buon senso, dove il perseguimento di una adeguata offerta sanitaria fra le professioni, deve esprimere una equilibrata ed auspicata sinergia di azioni volta al bene comune, non possiamo non cogliere come, con riguardo alle procedure in esame, l'aspetto clinico rientri nella sfera esclusiva del medico radiologo, mentre l'aspetto tecnico sia di generale e riservata competenza del TSRM; dove le presenti constatazioni hanno

evidenti riflessi sulla legittimità della sfera di azione dell'una e dell'altra professione, nonché sul piano della responsabilità verso la struttura e verso i terzi assistiti.

Per le parole spese ci si chiede allora quale senso possa attribuirsi al termine delega contenuto nella norma in commento; in proposito pare necessario un breve approfondimento dell'istituto.

3) Brevi indicazioni sul concetto di delega.

Secondo la dottrina più accreditata (5) per un verso la delega sarebbe un atto dispositivo *“con cui l'organo o il soggetto delegante dispone della propria competenza a provvedere in ordine ad un determinato oggetto; per altro orientamento si tratterebbe di un istituto dove “la legge conferisce il potere all'organo o all'ente, competente in ordine ad un determinato oggetto, di rendere competente altro (che evidentemente prima non lo era) organo od ente in ordine all'oggetto medesimo, risultando così l'effetto della delega il prodotto dell'esercizio del potere di delegazione; l'istituto della delega sarebbe l'espressione di un atto “che presuppone nel delegante una propria competenza in ordine all'oggetto di essa” e per contro la stessa delega sarebbe idonea ad attribuire “al delegato i poteri e le facoltà necessarie per provvedere in ordine all'oggetto della delegazione”.* (6)

Per quanto qui ci possa immediatamente interessare appare chiaro che perché si possa parlare di delega occorre che il delegante sia titolare della posizione che intende delegare, mentre è contestualmente necessario che, prima del conferimento, il delegato non disponga dei poteri ovvero della posizione che gli sarà conferita dal delegante attraverso gli strumenti più idonei previsti nell'ordinamento.

Alla luce delle brevi ma inoppugnabili considerazioni dobbiamo osservare e valutare se la norma in chiosa sia coerente con il sistema delle competenze, siccome previsto dal legislatore e nella specie con il riparto delle attribuzioni come viene delineato nelle complete e diffuse disposizioni riferite alle figure professionali in esame.

Come si è visto lo stesso decreto in commento, nella parte relativa alle *definizioni*, indica come i così detti *aspetti pratici* siano rappresentati dalle *azioni connesse ad una qualsiasi delle esposizioni di cui all'art. 1, comma 2, quale 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 (...)*; secondo il contenuto della norma e per quanto si è detto in precedenza, circa le competenze che risultano attribuite al TSRM, appare lampante che gli aspetti qui ricompresi, rappresentino una tipica espressione dell'attività riferita alla sfera di competenza del TSRM; sia ad una prima lettura che da una lettura più attenta ci si

avvede facilmente che quelli che qui sono definiti “aspetti pratici” indicano attività tipiche e proprie del TSRM.

Ora, se quanto abbiamo adesso affermato non appare seriamente confutabile, non possiamo nascondere come la norma in esame risulti in contrasto con il sistema delle competenze delineate dal sistema, introducendo un fattore di confusione logicamente e giuridicamente non accettabile che inserisce fattori di non chiarezza fortemente dannosi nonché, in ogni caso, appaia superata dalla successiva normativa che ha confermato le competenze spettanti alle diverse figure professionali e segnatamente alla professione di TSRM; nella sostanza la norma vorrebbe incidere, impotentemente, in modo indiretto sulle competenze attraverso un istituto (la delega) che per la sua applicazione abbisogna di almeno due presupposti (il potere del soggetto delegante – lo specialista- e la carenza di potere del delegato-TSRM) che nel caso risultano evidentemente inesistenti.

Allora risulta chiaro che tenendo conto del quadro normativo previgente, la norma allo studio, fondata sull'istituto della delega, appare come un non senso, rappresentandosi storicamente come una norma disancorata dalla realtà che prevedeva ampiamente ed in modo circostanziato le competenze del TSRM e del medico specialista; dove appunto il TSRM disponeva, come dispone, già di quelle competenze che illogicamente ed impropriamente la norma intenderebbe essergli delegate da altro soggetto; soggetto (delegante) per il quale, come si è detto, si deve dubitare della titolarità delle competenze che egli stesso dovrebbe delegare.

Volendo tuttavia attribuire artificiosamente alla norma un senso che non ha, si deve ritenere che ancorché la norma fosse stata diretta a stravolgere erroneamente il sistema, la distrazione del legislatore sarebbe stata comunque subito corretta dall'entrata in vigore della successiva (la 187 è del maggio del 2000 mentre la legge 251 è dell'agosto successivo) legge 251 del 2000 che al comma 1 dell'art. 3 nuovamente ribadisce come le *procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche*.....siano di competenza del TSRM; con questo ribadendo, se mai ce ne fosse stato bisogno, che il TSRM dispone di queste competenze perché gli sono proprie e che dunque evidentemente, diciamo noi, non ha avuto alcun senso affermare che le medesime gli vengono delegate da altro soggetto.

Parlare allora di delega degli aspetti pratici, come si fa nel comma 3 dell'art. 5, non pare possa aver avuto mai un significato e se mai se ne potesse vedere uno distorto questo sarebbe comunque stato superato dalla legge 251 dell'agosto del 2000 e da altre successive norme che, in particolare, hanno confermato, le competenze del TSRM.

4) Un significato diverso della norma?

Ci si chiede se la norma possa esprimere un altro significato e se, quando fa richiamo alla “delega” degli *“aspetti pratici per l’esecuzione della procedura o di parte di essa”*, non potendo riferirsi alla delega di qualcosa che è già proprio del TSRM, possa riferirsi a qualcosa che appartiene al delegante, allo specialista - medico radiologo ovvero ad altra figura che abbia titolo per assumere la responsabilità clinica. In questa interpretazione il delegante potrebbe delegare alcuni aspetti pratici dell’attività clinica ad un soggetto, delegato, che non è titolare di quegli aspetti. La delega, come si è visto, sarebbe destinata ad operare verso soggetti (nella versione della 187, il TSRM ovvero l’infermiere) che, anche secondo la disciplina indicata nella direttiva europea recepita, *“hanno titolo di agire nell’ambito (omissis) di altri rispettivi (rectius: altri campi di specializzazione) campi di specializzazione professionale”*; in questo ultimo senso, dunque, ci sarebbe un soggetto delegante, che ha la titolarità della competenza clinica, che, *secundum legem*, disporrebbe della propria titolarità delegando gli aspetti pratici facenti parte della procedura specifica della propria disciplina; la delega riguarderebbe dunque gli aspetti pratici relativi alle competenze (cliniche) tipiche e proprie del soggetto che ha titolo per assumersi la responsabilità clinica ed andrebbe ad investire soggetti diversi che non dispongono di quelle competenze con l’effetto di incrementare il numero delle attribuzioni di questi ultimi.

Sotto il profilo meramente logico le osservazioni appena condotte potrebbero avere una tenuta razionale; giova infatti qui osservare nuovamente che, nel senso appena ricordato, la delega si esprimerebbe coerentemente secondo i presupposti dell’istituto; vi sarebbero infatti gli elementi essenziali della delega: un delegante che dispone della titolarità ed un delegato che riceve un’attribuzione di cui non disponeva. Ora, tuttavia, è lecito e corretto riflettere criticamente sopra la questione e domandarsi se dal punto di vista pragmatico e/o deontologico una interpretazione del genere sia plausibile.

Quest’ultima prospettiva, verosimilmente improponibile, nonché la questione del grave ed insostenibile paradosso, contenuto nel comma 3 dell’art. 5 del Dlgs., per cui ci sarebbe un delegante che delega qualcosa di cui non è titolare a chi ha già quella titolarità, ci induce a ribadire la necessità di un approfondimento che dovrà tenere conto di quanto affermato in queste note, di come il sistema abbia già una sua strutturazione in atto, nonché dello sviluppo degli orientamenti del Ministero della Salute in tema di organizzazione dell’offerta sanitaria, tema sul quale ci sarà modo di tornare.

Note

- (1) L'art. 5 comma 3 recita: *“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 dall'infermiere o all'infermiere pediatrico, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze professionali”*
- (1bis) *la norma non può riferirsi alle metodiche alternative (RM, ultrasuoni)*
- (2) *Cfr. il documento su MDC. Il panorama normativo delinea la figura professionale del TSRM come un professionista particolarmente specializzato e non sostituibile da altre figure sanitarie; i recenti corsi formativi universitari confermano quanto indicato*
- (3) *Ancora cfr. documento adesso citato.*
- (4) *Accordi Federazione TSRM/ Sirm, del 2005 e del 2010.*
- (5) *G. Miele voce delega in Enc. Dir.*
- (6) *A.M. Sandulli, Manuale di diritto amministrativo, 1984, p.602.*
- (7) *Secondo il disposto che troviamo sia nel Dlgs 187 che nella Direttiva che è stata recepita.*
- (8) *(mdc) Come è noto la legge 26 febbraio 1999, n. 42 esplicita la denominazione di “professione sanitaria”, indicando che la medesima è determinata dal contenuto dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, nonché degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici. In proposito deve dunque farsi riferimento:*
- (9) *Tenendo conto delle fonti che configurano la professione e l'attività del TSRM, dobbiamo convenire che una corretta rappresentazione del legittimo spazio di intervento di questo operatore, vada attualmente ricercata attraverso un'interpretazione sistematica che scaturisce dal combinato disposto degli atti normativi (nonché atti amministrativi aventi natura generale), per cui appunto la figura viene a delinarsi e modificarsi nel tempo per via dell'intervento e del contributo di vari soggetti pubblici e privati interessati.*
- (10) *In ragione del citato 42/99 il quadro deve essere completato da un richiamo fondante agli ordinamenti didattici previsti dai singoli atenei in conformità con gli indirizzi e le linee guida ministeriali, come da ultimo (26 luglio 2011) precisate, dove si esplicita l'evidente stretto rapporto fra l'Università, il Servizio Sanitario Nazionale, la formazione continua e l'ente Regione, in linea con quanto già prescriveva il 502/92.*
- (11) *In proposito vi sono ordinamenti didattici di riferimento che hanno un ruolo evidentemente trainante, ove le discipline e la struttura del corso di "Laurea in tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia", abilitante alla professione sanitaria di tecnico di radiologia medica, hanno un ruolo caratterizzante la figura professionale del TSRM; in sostanza, oggi, come conviene ripetere, il TSRM è tale e si qualifica secondo un composito riferimento, che necessariamente comprende il percorso formativo universitario ed è conseguente che, come indicava in modo lungimirante la legge 42/99, **“il campo proprio di attività e di responsabilità”** della professione sanitaria di tecnico di radiologia sia determinato dal contenuto dei tre riferimenti indicati dallo stesso legislatore: a) il decreto che indica il profilo, b) l'ordinamento didattico, c) il codice deontologico della relativa professione **(1bis)***
- (12) *Il regolamento didattico del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Terapia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, che si denuncia in conformità ed in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 11, comma 2, della legge 19 novembre 1990 n. 341, nonché a quanto previsto dall'art. 12 del DM 22 ottobre 2004, n. 270, in corrispondenza dalle richiamate linee guida definite con D.M. 26 luglio, n. 386 (sic!), che inoltre si dichiara rispettoso della classe L/SNT3 - Professioni sanitarie tecniche di cui al D.L. 19 febbraio 2009 - , alla quale il corso afferisce, indica, fra gli **obiettivi formativi** che devono essere raggiunti dagli studenti, l'occorrenza di “approfondire la conoscenza delle tecniche di prevenzione e di controllo delle infezioni”, la necessità di “possedere le conoscenze di discipline integrative e affini nell'ambito delle scienze umane e delle scienze del management sanitario e di scienze interdisciplinari”. In proposito il medesimo Regolamento, opportunamente, precisa che la **“professione di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica si caratterizza sempre più come professione fondata su un corpus sistematico di conoscenza e sull'espressione di una competenza autonoma nelle valutazioni, nelle decisioni e nei comportamenti.....omissis”**, con la necessità di **“sviluppare i migliori approcci terapeutici, tecnici metodologici per la risoluzione dei problemi di salute della persona assistita”** (cfr. più ampiamente il predetto regolamento contenente ampi richiami a tecniche interdisciplinari; in particolare punto 7 p. 4; si vedano inoltre i regolamenti didattici delle Facoltà di Chieti, Firenze, Roma “La Sapienza”, Palermo e Verona, con chiari riferimenti alla necessità di conoscenze interdisciplinari; in proposito si ricordano le previsioni circa gli insegnamenti in farmacologia).*
- (13) *Per quanto qui di maggiore pertinenza, si evidenzia come la struttura del corso preveda, nell'ambito delle “Tecnologie e tecniche di acquisizione in radiologia contrastografica”, l'insegnamento BIO/14 in farmacologia, nonché la “Preparazione mdc e tecniche di iniezione intramuscolo, endovena, fleboclisi e cateterismi”, con la necessità di “conoscere le procedure terapeutiche ai fini della gestione, **della preparazione, della somministrazione dei mezzi di contrasto** e del monitoraggio dei parametri correlati di pertinenza”...omissis, con l'esecuzione di*

“calcoli per il dosaggio, la diluizione e la somministrazione dei mezzi di contrasto”; si prevede inoltre lo sviluppo di **abilità manuali per applicare le metodologie d’uso delle procedure terapeutiche**omissis, basate su standard ed evidenze scientifiche”. La formazione comprende, naturalmente, la preparazione e la gestione dei radiofarmaci (BIO/12) con una formazione in ordine alla “biodistribuzione” dei medesimi.

- (14) Il profilo professionale si completa con gli intendimenti dell’ente rappresentativo della professione di TSRM (Federazione), che anche con la legittimazione ed in conformità del dettato della 42/99, concorre a delineare l’ambito e lo spazio della professione (cfr. punto 2.10 Codice Deontologico ed art. 1 per cui: “Il TSRM è il professionista sanitario responsabile nei confronti della persona degli atti tecnici e sanitari degli interventi radiologici aventi finalità di prevenzione, diagnosi e terapia”) per cui certamente l’ente contribuisce alla “definizione e all’aggiornamento delle linee guida..omissis); (circa la natura delle norme contenute nei codici deontologici **(2)**).
- (15) Per una corretta lettura delle norme citate non si devono infine, ma non in ultimo, trascurare i contenuti delle linee guida ministeriali citate, dove si indica la **flessibilità dei percorsi di crescita** come chiave di lettura interpretativa del sistema ed ove “le regole riguardanti le tabelle nazionali delle classi, con gli elenchi di settori scientifico disciplinari e di attività formative potranno essere in futuro superate”

Comitato Centrale FNCPTSRM

Alessandro Beux
Sergio Borrelli
Giuseppe Brancato
Teresa Calandra
Fausto Facchini
Rolando Ferrante
Massimiliano Sabatino

A cura di:

Studio Legale Piccioli
Avv. Carlo Piccioli

Contributi specialistici:

Roberto Di Bella
Massimiliano Paganini

**Un ringraziamento particolare per i loro preziosi contributi ai
TSRM:**

Giuseppe Ax
Secondo Barbera
Daniele Di Feo
Fiorenzo Gasparri
Massimo Mazzieri
Giulio Sapienza
Mirko Vettore