



Organizzazione della telegestione nelle sezioni di radiologia: stato dell'arte

Versione 2 – aggiornamento al 21 settembre 2024

Documento di posizionamento della FNO TSRM e PSTRP

Commissione di albo nazionale

Tecnici sanitari di radiologia medica

Sommario

1. Telemedicina	3
1.1 Attività di teleradiologia: la telegestione.	4
2 La figura del TSRM e la telegestione	5
2.1 Il Codice deontologico	7
3 Principio di giustificazione ed informativa alla persona assistita	8
3.1 Le procedure, ulteriore strumento per garantire la radioprotezione.....	9
4 Facoltà e liceità d'agire del TSRM senza la presenza fisica del Medico radiologo	10
5 Suggerimenti operativi	12
6 Conclusioni	14

1. Telemedicina

Nelle [linee di indirizzo nazionali](#)¹ la telemedicina è definita quale “modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza”.

Nella fase emergenziale dovuta alla pandemia da Covid-19², la telemedicina, in generale, ha avuto un’ampia affermazione rispetto al passato, quando, nonostante le molteplici opportunità garantite dalla tecnologia in uso, in Italia, non era stata riconosciuta formalmente, soprattutto per la mancanza di regole relative al contesto di applicazione, a tariffe e rimborsi. Il recente periodo che ha messo alla prova la tenuta della sanità italiana, evidenziando lacune e ritardi, ha accelerato la trasformazione digitale. Dai dati raccolti nello studio “*Connected Care ed emergenza sanitaria: cosa abbiamo imparato e cosa fare adesso*”³ emerge come il 75% dei sanitari crede nel ruolo determinante della telemedicina nel corso della pandemia e più del 50% ritiene che possa migliorare i processi e l’efficienza delle cure.

In tale contesto sono state pubblicate le linee guida “[Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina](#)”⁴, che, a partire dalle esigenze dettate dalla gestione dell’emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19⁵, hanno fornito **indicazioni uniformi per l’erogazione delle prestazioni di telemedicina da adottarsi a livello nazionale, attraverso una diversa organizzazione dei processi**, che può affiancarsi, in maniera integrativa o alternativa, a quelle tradizionali, già esistenti, nell’ambito degli interventi di prevenzione, diagnosi, o terapia, nei monitoraggi dei parametri fisici e per facilitare la collaborazione multidisciplinare e lo scambio di informazioni tra i professionisti⁶.

Tale documento ha fornito alcune precisazioni importanti, che, ai fini della tematica oggetto del presente documento, è opportuno richiamare.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l’erogazione di servizi a distanza attraverso l’uso dei dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Può essere un’opportunità innovativa in favore delle persone assistite nell’ambito della prevenzione, della diagnosi, delle terapie e dei monitoraggi dei parametri clinici, ma anche per facilitare

1 Ministero della salute - [TELEMEDICINA - Linee di indirizzo nazionali](#), approvate il 10 luglio 2012 dall’Assemblea generale del predetto Consiglio superiore di sanità.

2 A partire dall’art. 1 del [DL 25 marzo 2020](#), n. 19 “*Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*”, ed in ultimo dall’art. 10 del [DL 22 aprile 2021](#), n. 52 “*Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19*”.

3 Realizzato a cura del L’Osservatorio innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano in [sole24ore.it 8 giugno 2020](#)

4 [Documento](#) approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 17 dicembre 2020.

5 [Rapporto ISS Covid-19 n. 12/2020](#) – Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria COVID-19.

6 p. 3, Linee guida [Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina](#) Ministero della salute – 17 dicembre 2020.

la collaborazione multidisciplinare sui singoli casi clinici e anche per lo scambio di informazioni tra professionisti.

Rispetto all'appropriatezza erogativa, tra le prestazioni di telemedicina, rientrano, tra le altre, quella tipologia di prestazioni che:

1. non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale, ma piuttosto la **supportano** rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva;
2. **integrano** in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi, in modo dinamico, ai cambiamenti delle esigenze di cura degli assistiti.

In tali tipologie è considerata l'attività di telerefertazione⁷. **Il telereferto può essere rilasciato all'interno di un adeguato, efficace e sicuro processo di gestione a distanza dell'esame clinico o strumentale (telegestione), nel quale il Medico che esegue il telereferto da remoto, possa avvalersi, secondi i casi, della collaborazione del Medico richiedente o di altro professionista sanitario, situato presso l'assistito, e possa comunicare con essi in tempo reale per via telematica/telefonica⁸.**

Le prestazioni sopraelencate, di competenza e responsabilità del personale sanitario, possono essere combinate tra loro e anche con altri tipi di prestazioni in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengono svolti **percorsi diagnostici e terapeutici**. A loro volta, tali percorsi sono costruiti a partire dalle evidenze scientifiche in ambito biomedico e sono definiti dagli studi clinici e dalla pratica assistenziale.

1.1 Attività di teleradiologia: la telegestione.

L'avanzamento tecnologico delle apparecchiature radiologiche dovuto soprattutto a sistemi di acquisizione di immagini direttamente digitali, associato alla possibilità di trasmettere e consultare da remoto, in tempi relativamente brevi, un elevato numero di immagini, senza che le stesse subiscano un significativo deterioramento, ha permesso la realizzazione, sul territorio nazionale di numerose esperienze di teleradiologia.

La teleradiologia è di fatto oggi una delle forme più affermate e ampiamente utilizzate della telemedicina.

La teleradiologia non deve essere considerata come semplice trasmissione elettronica di immagini in sedi diverse da quella in cui vengono prodotte, ma per assumere dignità clinico-diagnostica deve mantenere inalterati i criteri di qualità della radiodiagnostica e conformarsi ai principi propri del

⁷ "Telerefertazione: è una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione. Il medico esegue e invia il telereferto in tempi idonei alle necessità cliniche del paziente e in modo concorde con il medico che ha richiesto l'esame clinico o strumentale. Il telereferto può essere rilasciato successivamente all'esecuzione tradizionale in presenza dell'esame clinico o strumentale, quando ciò sia utile al paziente" (p. 7, Linee guida [Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina](#) Ministero della salute – 17 dicembre 2020).

⁸ "Il telereferto formalizza la telediagnosi con firma digitale validata del medico responsabile dello stesso. Il medico richiedente dovrà mantenere informato il medico che ha eseguito il telereferto sull'andamento clinico del paziente. Le strutture sanitarie devono preventivamente effettuare prove di idoneità all'uso clinico delle attrezzature, del hardware e software e in esercizio prove di funzionamento a intervalli regolari e dopo ogni intervento rilevante di manutenzione o aggiornamento. Esse devono inoltre garantire la corretta archiviazione all'interno di un sistema di interoperabilità del materiale prodotto dall'esame e del referto correlato, che permetta al personale sanitario di richiamare e confrontare quanto eseguito in precedenza secondo le necessità, facilitando la collaborazione territoriale" (p. 7, Linee guida [Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina](#) Ministero della salute – 17 dicembre 2020).

processo radiologico⁹, che si realizza attraverso le modalità di **teleconsulto - teleconsulenza e telegestione**, avvalendosi della tecnologia per:

- a) la trasmissione a distanza di immagini;
- b) l'interazione tra più figure professionali dedicate, in comunicazione tra loro.

Una delle modalità operative della teleradiologia che coinvolge l'attività professionale del Tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM) è rappresentata dalla **telegestione**. Con questa modalità operativa il Tecnico sanitario di radiologia medica, presente sul luogo dell'esame, a seguito di richiesta di un esame di diagnostica per immagini, da parte del Medico che ha in cura la persona assistita, svolge la prestazione senza la presenza, nello stesso luogo, del Medico specialista in diagnostica per immagini, presente in un altro luogo, secondo l'organizzazione aziendale e con cui può comunicare, a distanza, in tempo reale (per via telefonica o telematica).

La telegestione si completa con la telediagnosi formalizzata attraverso un referto con firma digitale validata dal Medico specialista radiologo, coordinatore del processo di telegestione. Al Tecnico sanitario di radiologia medica competono le consuete attività di gestione, elaborazione ed archiviazione delle immagini, in modo che siano nella disponibilità del Medico specialista radiologo e secondo le specifiche di conservazione e distribuzione dell'organizzazione specifica.

Il processo che, ancora oggi risente dell'assenza di norme legislative puntuali, deve trovare valida giustificazione, secondo l'organizzazione e le esigenze aziendali-territoriali e deve essere eseguita nel rispetto di diversi criteri di sicurezza e qualità (*come il rispetto della privacy, la certezza che le immagini ricevute si riferiscano alla persona assistita per il quale viene richiesto l'esame, l'attuazione di protocolli formalizzati, la sicurezza che la visualizzazione delle immagini avvenga senza perdita della qualità¹⁰; la raccolta di complete e formalizzate notizie clinico-anamnestiche che riguardino la persona assistita, l'indicazione e il relativo consenso all'esame, lo stato clinico del paziente, il quesito diagnostico; la facile ed immediata comunicazione con il centro che ha realizzato l'indagine*).

La prestazione radiologica, come noto, consta di una serie di momenti strettamente interdipendenti, che devono essere garantiti anche nelle attività di telegestione, realizzate attraverso un team multi-professionale, composto da un Medico richiedente, un TSRM, che realizza la prestazione e la produzione delle immagini diagnostiche, un Medico specialista radiologo che, a conclusione del processo radiologico, referta l'esame sulle immagini provenienti dalle sedi remote¹¹.

2 La figura del TSRM e la telegestione

Le leggi [26 febbraio 1999, n. 42](#) e [10 agosto 2000, n. 251](#) hanno ulteriormente regolato i rapporti tra le professioni sanitarie, **rimarcando la sussistenza di un campo proprio di attività e di responsabilità**,¹² correlate all'identità professionale di ognuna, secondo le leggi istitutive delle rispettive professioni ([legge 31 gennaio 1983, n. 25](#)), il profilo professionale ([decreto ministeriale 26](#)

9 Linee guida per l'assicurazione di qualità in teleradiologia - [Rapporto ISTISAN 10/44](#), p. 1.

10 A tal fine devono essere preventivamente effettuate prove di idoneità all'uso clinico delle attrezzature informatiche con prove di funzionamento a intervalli regolari e dopo ogni intervento rilevante di manutenzione o aggiornamento del *software* e dell'*hardware*, secondo previsti criteri di qualità.

11 Nel processo sono considerate anche altre figure, non direttamente coinvolte sulle specifiche prestazioni erogate, quali: Fisico sanitario, informatico aziendale, personale amministrativo, TSRM amministratore di sistema, responsabile della conservazione aziendale.

12 Documento di posizionamento "[Sull'autonomia delle professioni sanitarie](#)" – FNO TSRM e PSTRP anno 2020.

[settembre 1994, n. 746](#)), gli ordinamenti didattici attinenti ai rispettivi corsi di laurea universitari e di formazione post-base ed ancora ai codici deontologici ([Codice deontologico del TSRM, versione 2004](#)) di cui ogni figura professionale sanitaria si è dotata.

In particolare, è opportuno ricordare che la figura del TSRM:

- a) è l'operatore sanitario abilitato a svolgere, 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 dosimetrica¹³, e tutte le attività collegate¹⁴;
- b) svolge, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie all'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 sanità¹⁵;
- c) è il professionista sanitario responsabile nei confronti della persona degli atti tecnici e sanitari degli interventi radiologici aventi finalità di prevenzione, diagnosi e terapia¹⁶;
- d) conduce la prestazione, in modo adeguato, secondo regole di buona tecnica, nel rispetto delle più recenti indicazioni della letteratura scientifica, delle linee guida nazionali ed internazionali e/o dei protocolli operativi preventivamente definiti su base aziendale;
- e) è adeguatamente preparato, in quanto, le attività svolte, sono parte integrante dell'apprendimento teorico e pratico previsto dal corso di studi¹⁷ e, comunque, consentite qualora, il professionista possa dimostrare, con riferimento alla singola fattispecie, un'adeguata esperienza pratica e/o aggiornamento professionale specifico¹⁸.

Premesso questo, in considerazione delle sopraggiunte disposizioni di cui al [DLgs 101/2020](#), recante attuazione della [Direttiva 2013/59/Euratom](#), che stabilisce *norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti* e delle problematiche rappresentate, sono opportune ulteriori precisazioni, come di seguito riportate.

Il TSRM viene individuato come preposto alla radioprotezione e in questo grado di responsabilità il TSRM non può essere sostituito da altre figure, in quanto è l'unico che possiede le competenze specifiche e risulta essere l'affidatario delle apparecchiature a raggi X¹⁹. Infatti:

- a) **l'esercizio professionale delle attività proprie del TSRM è consentito, esclusivamente ai laureati in tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia, o in possesso di titolo di studio equipollente, iscritti all'albo del pertinente Ordine dei TSRM e PSTRP²⁰;**

13 [Decreto ministeriale 26 settembre 1994, n. 746](#) – “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del TSRM”.

14 [Legge 31 gennaio 1983, n. 25](#) – “Modifiche ed integrazioni alla 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 TSRM.

15 [Legge 251/2000](#), “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.

16 [Codice deontologico TSRM, 2004](#), art. 1, comma 1.

17 [DLgs 101/2020](#), art. 162 co. 1.

18 Documento “[L'ESERCIZIO DELLA RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E DELLA RADIOTERAPIA NELL'OTTICA MEDICO-GIURIDICA CAMPO DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ DEL TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA](#)” ex FN Collegi provinciali TSRM - [Circolare 15 del luglio 2014](#).

19 [Position paper SICI-GISE: “Miglioramento della radioprotezione nel laboratorio di Emodinamica”](#), in *G Ital Cardiol* 2019;20(9 Suppl 1):14S-28S, P. 22S.

20 [DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 12.

- b) all'interno degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea in Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia **sono inserite adeguate attività didattiche in materia di radioprotezione della persona assistita nell'esposizione medica**²¹;
- c) **gli aspetti pratici**²² per l'esecuzione della procedura o di parte di essa, definiti nell'ambito delle procedure disciplinate dalle linee guida, **sono in capo** al Medico specialista o al **TSRM, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze**²³;
- d) l'esercente assicura che professionisti sanitari possano partecipare agli aspetti pratici delle procedure medico-radiologiche in modo graduale, **secondo il livello di formazione e le cognizioni acquisite**²⁴;
- e) **partecipa al processo di ottimizzazione**, nell'ambito delle proprie competenze²⁵;
- f) rappresenta figura strategica per la gestione dei sistemi di monitoraggio e di ottimizzazione della dose²⁶;
- g) Il TSRM provvede affinché le indagini e i principali parametrici tecnici a essi relativi **siano registrati singolarmente su supporto informatico**²⁷.
- h) Nell'ambito della formazione continua, il TSRM deve seguire corsi di formazione in materia di radioprotezione (ECM, di cui all'art. 16-bis DLgs 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i.).

2.1 Il Codice deontologico

Il Codice deontologico²⁸, offre, per l'attività professionale operata in telegestione, importanti considerazioni:

- a) nell'esercizio della professione valuta ed agisce sulla base di evidenze scientifiche; verifica costantemente le proprie modalità operative e contribuisce alla definizione all'aggiornamento di linee guida, protocolli o procedure oltre che dei manuali della qualità (2.10);
- b) caratterizza il suo esercizio professionale in modo da garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie secondo la migliore scienza ed esperienza. A tal fine, individua come strumenti appropriati la formazione continua, la ricerca e il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie (2.11);

21 [DLgs 101/2020](#), art. 162, co. 1.

22 Nella definizione nr. 4 riportata dall'art. 7 del [DLgs 101/2020](#), per aspetti pratici delle procedure medico-radiologiche, si intendono *“le operazioni connesse all'esecuzione materiale di un'esposizione medica e di ogni altro aspetto correlato, compresi la manovra e l'impiego di apparecchiature medico-radiologiche, la misurazione di 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 di immagini”*. Appare evidente, per quanto già espresso, come gli aspetti pratici siano sovrapponibili alle competenze che la legge ed i regolamenti conferiscono al TSRM. Infatti la gestione dell'apparecchiatura radiologica, la realizzazione delle migliori immagini proiettive, la gestione delle immagini prodotte (come elaborazione, misurazione, archiviazione, visualizzazione) rappresentano una tipica espressione dell'attività riferita alla sfera di competenza del TSRM.

23 [DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 3.

24 [DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 14.

25 [DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 8.

26 Documento *“Position paper SICI-GISE: Miglioramento della radioprotezione nel laboratorio di Emodinamica”*, di A. Sciahbasi et altri, p. 20S, in *G Ital Cardiol* 2019;20(9 Suppl 1):14S-28S.

27 [DLgs 101/2020](#) art. 168 co. 1.

28 Il complesso di disposizioni di cui gli appartenenti ad una determinata categoria professionale si dotano, in via autonoma, al fine di disciplinare l'esercizio della propria attività, sia nei rapporti interni alla categoria, sia rispetto ai destinatari dell'attività professionale medesima [[Codice deontologico del TSRM, 2004](#)].

- c) fornisce informazioni sulle materie di propria competenza: tecnologie, tecniche, aspetti radioprotezionistici delle attività radiologiche e, ...omissis..., mezzi di contrasto e radiofarmaci (3.5);
- d) raccoglie dati e informazioni sulla persona al fine di adottare le procedure tecniche più appropriate e garantire prestazioni professionali di qualità (3.6);
- e) è responsabile delle immagini e della documentazione da lui prodotta o consegnatagli dalla persona. Sulle immagini prodotte la sua responsabilità si estende su tutte le fasi del processo: acquisizione, elaborazione, stampa, archiviazione e trasmissione a distanza (3.9);
- f) è consapevole che il consenso ad una prestazione sanitaria è un diritto di ogni cittadino; pertanto si adopera per garantire che la persona, debitamente informata, possa giungere ad un'accettazione consapevole della prestazione propostagli. Ritiene contrario a tale impostazione la sottoscrizione puramente formale di appositi moduli (3.10).

Per quanto concerne il punto c), si specifica come negli ordinamenti didattici universitari vi siano moduli specifici circa la formazione su mezzi di contrasto e radiofarmaci, così come tale materia costituisce da sempre parte fondamentale della formazione continua ECM.

3 Principio di giustificazione ed informativa alla persona assistita

L'applicazione del principio di giustificazione alle esposizioni mediche rappresenta un aspetto molto delicato nel processo di erogazione della prestazione radiologica, soprattutto quando questa venga svolta con modalità di telegestione in teleradiologia.

Infatti, **ogni esposizione medica** di persone in ambito sanitario e di screening, **non giustificata, è vietata**²⁹, in quanto deve mostrare di essere sufficientemente efficace mediante la valutazione³⁰:

- a) dei potenziali vantaggi diagnostici o terapeutici complessivi da esse prodotti;
- b) dei benefici diretti per la salute della persona e della collettività, rispetto al danno alla persona che l'esposizione potrebbe causare;
- c) dell'efficacia, dei vantaggi e dei rischi di tecniche alternative, che si propongono lo stesso obiettivo, ma che non comportano un'esposizione ovvero comportano una minore esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Tutte le esposizioni mediche individuali **devono essere giustificate preliminarmente**³¹, tenendo conto degli obiettivi specifici dell'esposizione e **delle caratteristiche della persona interessata**. Se un tipo di pratica che comporta un'esposizione medica non è giustificata in generale, può essere giustificata, invece, per il singolo individuo in circostanze da valutare caso per caso³².

29 [DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 1.

30 [DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 2.

31 Tutti i nuovi tipi di pratiche che comportano esposizioni mediche devono essere giustificati preliminarmente prima di essere generalmente adottate ([DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 2, lett. A). I tipi di pratiche esistenti che comportano esposizioni mediche possono essere rivisti ogni qual volta vengano acquisite prove nuove e rilevanti circa la loro efficacia o le loro conseguenze ([DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 2, lett. B).

32 [DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 4.

Su questi presupposti, il processo giustificativo della prestazione radiologica può avvenire³³:

- a) in maniera diretta, da parte del Medico specialista;
- b) attraverso protocollo (o algoritmo).

Tutte le esposizioni sono effettuate³⁴:

- sotto la responsabilità clinica del Medico specialista³⁵;
- su richiesta motivata del Medico prescrivente.

3.1 Le procedure, ulteriore strumento per garantire la radioprotezione

Il DLgs 101/2020 individua, quale ulteriore strumento utile a garantire la radioprotezione, il ricorso a procedura scritte, specificando all'art. 161 che:

1. tali strumenti, **sono adottati dal Ministero della salute attraverso un consolidato processo di revisione sistemica delle evidenze scientifiche** e della letteratura che coinvolge l'Istituto superiore di sanità, la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Società scientifiche;
2. sono fornite **raccomandazioni ai medici prescriventi** relative ai criteri di appropriatezza e giustificazione, nonché indicazioni sull'entità delle dosi assorbite dagli assistiti³⁶;
3. sono redatti **protocolli di riferimento**, a cura del responsabile dell'impianto radiologico, per ciascun tipo di pratica radiologica standard e per l'utilizzo di ciascuna attrezzatura radiologica.

Per fornire un esempio concreto, si evidenzia come già in premessa al presente documento siano state riportate alcune delle linee guida che approfondiscono gli aspetti della teleradiologia.

Le procedure, i protocolli e le linee guida rappresentano strumenti operativi di fondamentale importanza che, sempre se adeguati ai concreti casi³⁷, hanno il compito di escludere, nell'ambito della responsabilità professionale, la punibilità per le condotte imperite dal professionista sanitario, delimitando quella che è l'area di rilevanza penale.

33 Documento FNO TSRM e PSTRP "[Presentazione, analisi e commento per il TSRM DLgs 31 luglio 2020, n. 101](#)" – agosto 2020, p. 8.

34 [DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 1.

35 Al Medico specialista compete la scelta delle metodologie e tecniche idonee a ottenere il maggior beneficio clinico con il minimo detrimento individuale e la valutazione della possibilità di utilizzare tecniche alternative che si propongono lo stesso obiettivo, ma che non comportano un'esposizione ovvero comportano una minore esposizione alle radiazioni ionizzanti ([DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 1), a cui spetta anche l'attività di refertazione, di responsabilità esclusiva del medico specialista in radiodiagnostica ([DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 2).

36 Nelle more dell'emanazione di dette linee guida, l'informazione relativa all'esposizione, da riportarsi sul referto, è costituita dall'indicazione della classe di dose (da I a IV) riconducibile all'esame in questione di cui all'allegato sub B dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Ministero della salute e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo alle "[Linee guida per la diagnostica per immagini](#)" – att. Rep. N. 2113 del 28 ottobre 2004 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 100 del 2 maggio 2005.

37 Cassazione sent. [30998/2018](#): "*le linee guida (leges artis condivise da una parte autorevole della comunità scientifica) non rappresentano un letto di Procuste insuperabile. Esse sono solo un parametro di valutazione della condotta del medico: di norma una condotta conforme alle linee guida sarà diligente, mentre una condotta difforme dalle linee guida sarà negligente od imprudente. Ma ciò non impedisce che una condotta difforme dalle linee guida possa essere ritenuta diligente, se nel caso di specie esistevano particolarità tali che imponevano di non osservarle; e per la stessa ragione anche una condotta conforme alle linee-guida potrebbe essere ritenuta colposa, avuto riguardo alle particolarità del caso concreto*".

In particolare queste sono richiamate dall'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, recante “*disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”³⁸, nella quale si afferma che:

1. gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, **diagnostiche**, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, **si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida**, elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie;
2. le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

In forza di quanto espresso in termini di giustificazione e tenendo conto di quanto previsto dal nuovo recepimento della legislazione di radioprotezione (DLgs 101/2020), dalla normativa di esercizio professionale, da quanto riportato nelle diverse linee guida scientifiche applicabili e attraverso alcuni rilevanti *passaggi parlamentari*³⁹ (che, in particolare hanno permesso di puntualizzare che **la presenza del Medico specialista è da intendersi non necessariamente come presenza fisica, ma anche come disponibilità o reperibilità**⁴⁰) **è possibile implementare una giustificazione su protocollo o algoritmo.** Tali algoritmi devono garantire che le esposizioni mediche siano effettuate unicamente se presenti i requisiti normativi e scientifici richiesti e rimandare allo specialista di area eventuali nuovi inquadramenti clinici.

Per questo, nel contesto della telegestione, *la giustificazione su protocollo* (o algoritmo), **se correttamente costruita, è in grado di realizzare l'attuazione del principio di giustificazione**, in riferimento alla singola prestazione e al singolo soggetto esposto.

4 Facoltà e liceità d'agire del TSRM senza la presenza fisica del Medico radiologo

Il tema *presenza fisica del Medico radiologo* durante lo svolgimento delle attività in strutture sanitarie nelle quali si effettuano esami radiologici che espongono a radiazioni ionizzanti riaffiora periodicamente, sebbene sia stato risolto da un decennio. Risale al 2014, infatti, [la sentenza della](#)

38 [Legge 8 marzo 2017, n. 24](#), recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”.

39 Il 23 giugno 2016 fu presentata in Commissione Affari sociali (XII commissione permanente) [interrogazione](#) da parte dell'On. Maria Amato, ad oggetto “*Revisione delle linee guida adottate dal Ministero della salute*”. Il sottosegretario Vito De Filippo, ha chiarito, tra gli altri, il passaggio in cui le linee guida affermano “*In tutte le strutture territoriali, della ASL, della ASO, dei privati accreditati e non, dove si svolgono attività di diagnostica per immagini in regime ambulatoriale, deve essere prevista in organico, durante lo svolgimento dell'attività, la presenza di almeno un Medico radiologo e di TSRM in numero proporzionale agli accessi e alla tipologia dell'attività svolta*”, con questa affermazione: “*Per attività deve intendersi l'intera procedura, che vede coinvolti sia il medico radiologo sia il TSRM; il riferimento alla “presenza” del medico radiologo deve interpretarsi non necessariamente come presenza fisica ma anche come disponibilità o reperibilità*”.

40 Non può essere più considerata come la semplice rintracciabilità telefonica, ma anche la possibilità, da parte del Medico di poter accedere a sistema ed applicativi, anche in mobilità, che gli permettano di consultare immagini, verificare il quesito posto dal prescrittore, controllare informazioni attinenti la prestazione o generiche della persona assistita, partecipare al *work-flow* interagendo, in maniera integrata, attraverso i sistemi HIS/RIS/PACS e/o di FSE.

Magistratura che assolse, su richiesta dello stesso Pubblico ministero, due TSRM in quanto il dibattito aveva fatto emergere che non vi era stato nulla di più del “*corretto e ordinario svolgimento dei compiti loro propri*” nel presidio territoriale di Marlia (in provincia di Lucca), senza la presenza fisica del Medico radiologo, con trasferimento telematico delle immagini ad altra struttura, concludendo che *il fatto non sussiste*. L’anno successivo una sentenza analoga assolveva con le stesse motivazioni altri dodici TSRM che operavano nel presidio territoriale di Barga, sempre in provincia di Lucca; in pratica, fu riconosciuto dal Tribunale in entrambi i casi che le prestazioni radiologiche a distanza erano state garantite con una organizzazione “*del tutto lecita*”. Nelle motivazioni della sentenza di assoluzione pronunciata nel luglio 2014 è riportato, infatti, che *da parte dei tecnici di radiologia non vi è stato alcun esercizio di compiti propri del medico specialista in radiologia, alcuna indebita invasione di campo, men che meno sotto il profilo del dolo, bensì il corretto e ordinario svolgimento dei compiti loro propri*.

Nel 2015 il Ministero della salute ha emanato alcune raccomandazioni sul tema denominate “linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate”; alla sezione “*Pratiche radiologiche in regime ambulatoriale presso strutture territoriali e presidi radiologici privati accreditati e non*” si legge: “*In tutte le strutture territoriali della ASL, della ASO, dei privati accreditati e non, dove si svolgono attività di diagnostica per immagini in regime ambulatoriale, deve essere prevista in organico, durante lo svolgimento dell’attività, la presenza di almeno un Medico radiologo e di TSRM in numero proporzionale all’attività svolta*”. Circa il termine *presenza* in organico di almeno un Medico radiologo, il Ministero della salute ha fornito, chiudendo definitivamente ogni approccio di parte o strumentale, in risposta all’interrogazione a risposta immediata 5-08971 del 22 giugno 2016, seduta n. 640 in Commissione XII (Affari sociali)⁴¹, l’interpretazione autentica con tale passaggio: “*il riferimento alla «presenza» del medico radiologo deve interpretarsi non necessariamente come presenza fisica ma anche come disponibilità o reperibilità*”.

In questi anni diverse strutture sanitarie hanno adottato procedure aziendali per l’erogazione di indagini radiologiche in assenza fisica del Medico radiologo, tutte coerenti con la struttura contenuta nel documento “Procedura per la giustificazione preliminare delle indagini radiologiche - Aggiornata al DLgs 101/2020”, già menzionato.

Come già affermato in questo documento “*la teleradiologia non deve essere considerata come semplice trasmissione elettronica di immagini in sedi diverse da quella in cui vengono prodotte*”, ma rappresenta l’integrazione tra l’effettuazione fisica della prestazione radiologica, il teleconsulto, la teleconsulenza e la telegestione. Le funzioni del Medico radiologo e le sue competenze e/o prerogative possono, oggi, essere sostenute anche a distanza, con i mezzi che la moderna tecnologia mette a disposizione, senza che la prestazione radiologica risulti meno sicura o efficace.

Quanto sinora sostenuto resta valido alla luce del sopravvenuto decreto legislativo 101/2020 “Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall’esposizione alle radiazioni ionizzanti”.

Tutto ciò premesso, si ritiene utile considerare le attività teleradiologiche in una dimensione di sistema ed organizzativa, tenendo conto di quanto sul tema indicato dal Piano nazionale di ripresa e resilienza e dal DM 77/2022.

La fruizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) è un diritto che talvolta ha difficoltà ad essere garantito per criticità logistiche di mobilità, accessibilità ai servizi, centralizzazione dei presidi ospedalieri e delle attività sanitarie nelle città metropolitane (le aree interne e le piccole isole sono tanta parte del territorio del nostro paese). L’impiego appropriato delle nuove tecnologie contribuisce a

⁴¹ Uno dei due parlamentari che presentarono l’interrogazione era ed è un Medico radiologo (On. Maria Amato).

migliorare i livelli dell'assistenza sanitaria in zone remote e garantisce lo scambio di informazioni sanitarie in massima sicurezza⁴² grazie all'utilizzo appropriato di tecnologie e sistemi digitali certificati.

La sanità digitale favorisce il confronto multi e interdisciplinare in tempi brevi, limita il ricorso ai trasferimenti - fonte di inappropriata di vario tipo -, alleggerisce il disagio dei cittadini e degli assistiti e incide positivamente sullo scambio di esperienze e informazioni, sia sul piano professionale degli operatori sanitari coinvolti che verso il cittadino.

In tal modo si va a contribuire, parallelamente, alla corretta rilevazione dei dati utili per il governo complessivo del sistema dei servizi, monitorandone l'efficacia a fronte dei bisogni rilevati e valorizzando le prestazioni erogate. L'utilizzo della sanità digitale facilita il passaggio delle informazioni cliniche non solo in situazioni di emergenza/urgenza, ma anche in casi di difficile gestione delle patologie croniche, favorendo l'applicazione di appositi protocolli e procedure frutto di processi condivisi. A tale scopo è indispensabile sottolineare come l'innovazione tecnologica sia strettamente correlata ai modelli organizzativi e che quest'ultimi trovano nella sanità digitale un supporto operativo fondamentale per la gestione di reti sanitarie e professionali in cui nella massima sicurezza è possibile creare confronti e prestazioni con modalità in grado di rispondere in modo più efficace ed efficiente ai bisogni di salute degli individui di cui all'art. 32 della nostra Costituzione.

In ambito radiologico, le attività digitali consentono di:

1. prendere in carico gli assistiti nei percorsi assistenziali, a cominciare da quelli dell'emergenza fino ad arrivare a quelli della continuità delle cure e della cronicità, attraverso la revisione del percorso organizzativo dell'erogazione dei servizi;
2. garantire equità di accesso alle cure per la popolazione residente con un maggior livello di sicurezza e di competenza specialistica nel territorio;
3. ottimizzare l'impegno delle risorse presenti;
4. creare una base di dati utile a supportare i processi di rilevazione, analisi e valutazione di parametri legati all'attività sanitaria e ai risultati conseguiti in termini di salute;
5. garantire adeguati tempi di presa in carico ed intervento in particolare per le patologie tempo-dipendenti.

È necessario sottolineare, che la costituzione di modelli organizzativi snelli che riducano duplicazione di percorsi e sovrapposizioni professionali, possano rispondere più efficacemente non solo sul piano economico, ma anche e soprattutto in termini di sicurezza ed efficacia. A tal proposito, le prestazioni possono essere erogate sulla base di una [giustificazione fondata di protocolli e procedure basati sulle prove di efficacia radiologica](#).

Infine, è opportuno sottolineare come la sanità digitale contribuisca ad avvicinare la popolazione ai professionisti e i professionisti tra di loro, riducendo le barriere spazio-temporali che talvolta ostacolano le cure appropriate e di qualità.

5 Suggerimenti operativi

Per l'attuazione concreta della attività in telegestione ci sembra opportuno, a nostro avviso, considerare:

⁴² [REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI Regolamento \(UE\) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.](#)

1. la definizione e/o l'aggiornamento di **opportuni protocolli operativi aziendali** che tengano in conto:
 - a. il complesso e articolato quadro normativo vigente;
 - b. la letteratura scientifica di riferimento;
 - c. le migliori buone pratiche maturate, sia a livello locale sia a livello nazionale;
 - d. le raccomandazioni condivise da Istituzioni, enti ed associazioni tecnico scientifiche di riferimento che, comunque, devono basarsi su un'aggiornata bibliografia scientifica e revisionate nel tempo secondo canoni stabiliti riconosciuti;
2. l'adeguata **definizione dei ruoli**, secondo una chiara individuazione e suddivisione delle responsabilità (cosiddetta matrice delle responsabilità) di tutti gli attori coinvolti, ed in particolare per quanto di nostra pertinenza, rispetto a:
 - a. prescrivente;
 - b. specialista;
 - c. TSRM.

Questo nella consapevolezza che un elevato livello “*di competenza e una chiara definizione delle responsabilità e dei compiti di tutti i professionisti coinvolti nell'esposizione medica sono fondamentali per assicurare un'adeguata protezione dei pazienti sottoposti a procedure di radiodiagnostica e radioterapia medica*”⁴³. Ci sembra opportuno sottolineare quanto l'esaustiva definizione dei ruoli, soprattutto per la figura del TSRM, sia elemento di garanzia per i professionisti che si troveranno ad operare nei contesti di telegestione.

3. **un'affidabile infrastruttura tecnologica**, che, a mero titolo di esempio, possiamo considerare costituita da:
 - a. rete di trasmissione e condivisione dei dati (sicura e protetta),
 - b. sistemi gestionali ed informatici idonei ed aggiornati (HIS/RIS/PACS, oltretutto, laddove disponibili i fascicoli sanitari elettronici regionali e/o la cartella clinica informatizzata aziendale);
 - c. strumenti e modalità semplici per la connettività a detti sistemi da parte degli attori coinvolti (anche in mobilità)⁴⁴;
 - d. modalità di acquisizione radiologiche.
4. Il **monitoraggio di ogni aspetto del processo**, al fine di poter valutare qualitativamente la prestazione erogata e poter intervenire tempestivamente ed efficacemente, in considerazione:
 - a. delle prestazioni erogate;
 - b. delle infrastrutture tecnologiche, sia di rete, sia software e sia riferita alle modalità di acquisizione radiologica (controlli di qualità, manutenzioni, etc.);
5. la definizione della **modulistica utile** (che sia questa gestita in formato cartaceo o digitale, *ad es. modulo privacy, modulo trasmissione dei dati, modulo esclusione di gravidanza presunta in atto*).

43 Considerando 29 - [DIRETTIVA 2013/59/EURATOM DEL CONSIGLIO](#) del 5 dicembre 2013 che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

44 Ad esempio, la possibilità da parte del Medico coordinatore del processo radiologico di poter accedere, anche attraverso tablet, alla rete aziendale che supporti i rispettivi applicativi idonei alla consultazione di immagini, informazioni, prescrizioni, oltre la semplice reperibilità telefonica tradizionale;

6 Conclusioni

Sulla scorta della presente trattazione è possibile affermare che:

1. per la gestione a distanza di un esame radiologico è **indispensabile**:
 - a. **la collaborazione del TSRM, presente sul luogo** di effettuazione dell'indagine diagnostica;
 - b. **l'attribuzione a questa figura professionale delle responsabilità derivanti dall'abilitazione professionale, dalla normativa di esercizio professionale e dalle competenze specifiche**;
2. il TSRM, agendo nel contesto di procedure, linee guida e raccomandazioni, per le competenze tecniche acquisite nel corso della formazione universitaria e per la conseguente abilitazione professionale conferita dallo Stato:
 - a. *verifica la congruenza fra quesito clinico ed indagine radiologica proposta*;
 - b. laddove necessario, si interfaccia con lo specialista coordinatore del processo;
 - c. rende tracciabili le sue attività (*rapporto delle attività: presa in carico della persona assistita, anamnesi, informativa, consenso, tecnica radiologica, protocollo d'esame, somministrazione del mdc, gestione degli eventi avversi, congedo della persona assistita*)⁴⁵;
3. il TSRM è figura professionalmente in grado di:
 - a. **fornire alla persona esposta tutte le informazioni in materia di tecnologie e tecniche in uso**, nonché sull'esecuzione della pratica, sulle evidenze scientifiche relative quel tipo di pratica, **su tutti gli aspetti radioprotezionistici** delle attività poste in essere, sui mezzi di contrasto e radiofarmaci (soprattutto in quegli esami diagnostici che non hanno proposte di metodiche alternative⁴⁶, considerando che comunque *l'assistito debba ricevere dal prescrivente informazioni adeguate in merito ai benefici e ai rischi associati alla dose di radiazione dovuta all'esposizione medica*⁴⁷);
 - b. **illustrare gli aspetti pertinenti e raccogliere la relativa dichiarazione all'esposizione ai raggi X**, da parte di una donna in potenziale età fertile (*esclusione di possibile gravidanza in atto*);
4. il TSRM verifica con la persona assistita e negli archivi digitali la presenza di precedenti informazioni diagnostiche o documentazione medica pertinente alla prevista esposizione;⁴⁸

In questa chiave sono inoltre da considerare gli ambiti di autonomia e responsabilità professionale riconosciuti agli esercenti le professioni sanitarie, quali figure tecnicamente qualificate⁴⁹, operate dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*) e la legge 10 agosto 2000, n. 251 (*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica*).

⁴⁵ A tale proposito è opportuno ricordare l'esperienza presentata dalla Federazione nazionale degli ex Collegi TSRM (M. Paganini, R. Di Bella) nel 2015 della [ACTIVITIES REPORT](#).

⁴⁶ [Sentenza di Marlia 1282/2014](#) – Tribunale di Lucca – citazione relazione scritta prof. Martelloni (p. 5).

⁴⁷ [DLgs 101/2020](#), art. 159, co. 6.

⁴⁸ [DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 5.

⁴⁹ [Corte di Cassazione, sentenza 12806/2021](#).

Sul TSRM che **rappresenta la figura a contatto diretto con la persona assistita**, nell'atto della presa in carico della medesima, incombe l'obbligo⁵⁰:

- a) di identificare la persona assistita;
- b) verificare l'esistenza di informazioni diagnostiche precedenti o documentazione medica pertinente alla prevista esposizione⁵¹;
- c) fornire una informazione pertinente circa la prestazione sanitaria che si appresta a svolgere;
- d) trasmettere, in modo corretto e completo, i data anamnestici, obiettivi e strumentali alla centrale ricevente;
- e) confrontarsi con lo specialista in merito ad eventuali ed ulteriori esigenze o indicazioni diagnostiche;
- f) eseguire correttamente l'esame;
- g) archiviare (e trasmettere) correttamente l'intero esame.

Sarà inoltre necessario adoperarsi per la parte di propria competenza, nella **realizzazione della prestazione e nelle conseguenti attività, con la necessaria diligenza, prudenza e perizia** e il rispetto di leggi, regolamenti e discipline.

Le prestazioni sanitarie, nel loro complesso, comprendono un insieme ampio ed articolato di attività, competenze, conoscenze e modus operandi di più professionisti sanitari, il cui svolgimento, si inserisce nell'ambito del lavoro d'*équipe* che, con finalità differenti, diagnostiche e/o terapeutiche, constano di momenti strettamente interdipendenti ed inscindibili, non soltanto, dal punto di vista della temporalità, come peraltro, efficacemente chiarito da alcuni pronunciamenti della Corte di Cassazione⁵².

Riprendendo le già citate linee guida per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, concludiamo affermando che: *“**agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità, esattamente come per ogni atto sanitario condotto nell'esercizio della propria professione, tenendo conto della corretta gestione delle limitazioni dovute alla distanza fisica, nonché il rispetto delle norme sul trattamento dei dati. Ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che, dal punto di vista medico-assistenziale, offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona. Alle attività sanitarie in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica. Resta infine nella responsabilità del sanitario la valutazione, al termine di una prestazione erogata a distanza, sul grado di raggiungimento degli obiettivi**”*⁵³.

Su questo presupposto, anche la [Costituzione etica di questa Federazione nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP](#) richiama l'attenzione per ogni professionista sanitario riguardo le competenze digitali: *“Il professionista sanitario acquisisce e aggiorna la competenza per l'utilizzo degli strumenti digitali e la adatta ai bisogni di salute della persona, anche nella relazione di cura mediata dalla tecnologia. L'ambiente digitale richiede al professionista sanitario una specifica e attenta applicazione dei principi etici, anche nello sviluppo dell'intelligenza artificiale in sanità. Nell'uso e gestione delle tecnologie digitali garantisce sicurezza e riservatezza. Ove possibile, il professionista sanitario predilige la relazione di cura vissuta in presenza”*⁵⁴.

50 Si faccia riferimento a quanto riportato a pag. 9 nel documento [“Linee guida per l'assicurazione di qualità in teleradiologia”](#) a cura dell'Istituto superiore di sanità – anno 2010 pubblicazione nr. 10/44.

51 [DLgs 101/2020](#), art. 157, co. 5.

52 [Sentenza Corte di Cassazione nr. 50038/17 del 10/10/2017](#); [Sentenza Corte di Cassazione nr. 30998/18 del 30/11/2018](#).

53 punto 3 – pag. 10, [Linee guida Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina](#) Ministero della salute – 17 dicembre 2020.

54 Art. 40 [Costituzione etica FNO TSRM e PSTRP ed. 2021](#).

In conclusione vogliamo rimarcare, come già evidenziato con il documento “[L’evoluzione dei profili professionali delle professioni TSRM e PSTRP](#)” (luglio 2023), la necessità di intraprendere percorsi evolutivi, perché le professioni sanitarie sappiano rispondere alle esigenze di salute della popolazione e con il dominio del progresso scientifico e tecnologico. *“I servizi sanitari stanno mutando in modo rapido, alla ricerca di modelli in grado di far coesistere tutti gli interessi in gioco, tutelando la centralità della persona e garantendo l’equità e la sostenibilità dei sistemi pubblici deputati ad assicurare servizi a tutti i cittadini. Ciò richiede uno sforzo da parte di tutti gli attori, comprese le professioni sanitarie che devono impegnarsi a favore di una riflessione libera, consapevole, responsabile e prospettica sul loro modo di essere e di stare nel servizio sanitario, intercettandone in maniera anticipata le traiettorie di cambiamento e con esse evolvere a favore del mutato contesto dei bisogni espressi dalla popolazione. Le professioni della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione hanno accettato la sfida”*⁵⁵.

Questa sfida presuppone che *“quel che deve essere definito con chiarezza è il fine tipico e riservato di ogni profilo [professionale], in funzione del quale vengono a determinarsi i modelli di presa in carico specifici di ogni professione, in cui l’elemento di competenza prevalente, determinato e funzionale all’effettivo bisogno di salute della persona e/o della comunità e/o della società, porta con sé l’insieme dei singoli atti conseguenti. Tale approccio determina una rilevante ricaduta pratica di quanto previsto dalla normativa, modificando o ampliando legittimamente l’ambito delle responsabilità di ogni singola professione”*⁵⁶.

Con la speranza di aver chiarito i temi trattati, rimaniamo a disposizione per ogni ulteriore necessità e nell’occasione porgiamo i nostri migliori saluti.

(*) Il presente documento è stato redatto dal [gruppo Aspetti giuridici e medico-legali della FNO TSRM e PSTRP](#) con approvazione da parte dell’Ufficio legale della medesima Federazione. L’accesso ai documenti citati è aggiornato al mese di settembre 2024.

Versione del 21 settembre 2024

Eventuali osservazioni e/o suggerimenti possono essere inviate all’indirizzo di posta elettronica:

federazione@tsrm.org

⁵⁵ Introduzione al Documento di posizionamento “[L’evoluzione dei profili professionali delle professioni TSRM e PSTRP](#)” (luglio 2023).

⁵⁶ Nr. 23 da “[L’evoluzione dei profili professionali delle professioni TSRM e PSTRP](#)” (luglio 2023).