

Recepimento della direttiva 2013/59 Euratom

Un'occasione da non perdere

Stefania Somaré

Entro il 2018 l'Italia dovrà adeguarsi alla direttiva 2013/59/Euratom sulla protezione da radiazioni. Un'occasione per ammodernare i parchi tecnologici e riconsiderare il ruolo del radiologo clinico.

KEYWORDS

radiologia, pazienti, radiazioni ionizzanti, protezione

radiology, patients, ionizing radiations, protection

Davanti alla necessità di un'indagine radiologica, quanti medici prescrittori consigliano al paziente un centro radiologico piuttosto che l'altro? Quanti suggeriscono di informarsi rispetto alla modernità delle strumentazioni utilizzate nei vari ospedali? Suppongo che la maggior parte dei pazienti scelga in base alla comodità della struttura e alla rapidità con cui riesci a fissare l'appuntamento. Tutto ciò sta per cambiare: entro il 6 febbraio 2018 l'Italia dovrà adeguarsi alla direttiva europea 2013/59/Euratom che, tra le altre cose, stabilisce che il centro radiologico dovrà indicare su ogni referto la quantità di radiazioni utilizzata per l'indagine radiologica. Ciò significa che presto ognuno di noi potrà sapere quante radiazioni ha assorbito nel corso di ogni singolo esame radiologico al quale si è sottoposto, essendo anche in grado di effettuare confronti tra strutture differenti. Sicuramente ci sarà un cambio di sensibilità da parte dell'utenza e con ogni probabilità cambieranno anche i parametri usati per scegliere una struttura piuttosto che l'altra. Ma la direttiva europea chiede anche di aumentare l'appropriatezza prescrittiva e di agire sulla medicina difensiva per ridurre il numero delle indagini radiologiche al quale viene sottoposto il paziente nell'arco della vita. Restano purtroppo fuori da questo discorso tutte le indagini odontoiatriche effettuate direttamente dal dentista anziché da un regolare

centro radiologico, indagini che non è possibile quantificare e che comunque vanno a incidere sulla quantità di radiazioni assorbite da una persona. Cerchiamo di capire se il nostro Paese è pronto.

Una spinta verso il rinnovo dei parchi tecnologici

Un primo dato da ricordare è che, come denunciato da più parti, il complesso dei parchi tecnologici italiani è in decadenza, con età medie delle strumentazioni radiologiche che superano di gran lunga i 5-7 anni. Per alcune

strumentazioni si arriva a 12-13 anni di vita. Decisamente troppi in un ambito in cui la tecnologia, e quindi le potenzialità di uno strumento, evolvono con rapidità. Eppure si sa: lavorare con macchinari di vecchia generazione, seppure funzionanti, ha un forte peso nella dose di radiazioni rilasciata al paziente.

Lo conferma Carmelo Privitera, presidente della

Negli ultimi anni la semeiotica clinica ha ceduto il passo alla radiologia: se prima si valutavano i sintomi, si faceva un'ipotesi di diagnosi e in seguito l'esame radiologico serviva per confermare o meno tale ipotesi, adesso si fanno le indagini radiologiche e solo dopo si fa una diagnosi

Sirm (Società Italiana di Radiologia Medica): «in Italia il 60-65% delle indagini radiologiche viene effettuata con macchinari di primo livello, di tipo tradizionale, che sono ormai superati da un punto di vista tecnologico e che emettono più radiazioni di quelli moderni. Grazie alla direttiva europea 2013/59/Euratom ora è necessario procedere a un rinnovo dei macchinari, aspetto questo che è molto chiaro alle istituzioni, le quali di fatto nell'ultimo periodo ci stanno contattando per capire quale sia la percentuale di macchinari che devono essere cambiati».

Within 2018, Italy will have to comply with the 2013/59/Euratom regulation about the protection against radiations: a possibility of upgrading technological fleets and of reconsidering the role of the clinical radiologist.



L'unico ostacolo che si vede è quello economico, che però bisognerà trovare il modo di superare. Fino qui, infatti, il mancato rinnovo dei macchinari è sempre stato giustificato con la carenza di fondi a propria disposizione, ma forse non è la sola motivazione. A ben guardare, probabilmente sono mancate anche una certa organizzazione e una visione di insieme. Michele Stasi, presidente dell'Aifm (Associazione Italiana di Fisica Medica), suggerisce: «considerando che dal 2018 in poi tutti gli impianti radiologici acquistati saranno di livello tecnologico superiore – nel senso che sarà obbligatorio un sistema che misuri la quantità di radiazioni che arriva al paziente – si può pensare a un piano nazionale per la sostituzione graduale di tutti i vecchi impianti. Poi, ovviamente, non esiste una ricetta preconfezionata e il piano dovrebbe essere studiato nei minimi dettagli». E intanto si può comunque iniziare a lavorare per ridurre i livelli di radiazioni ai quali vengono sottoposti i pazienti, partendo da due fronti differenti: la realizzazione di protocolli ad hoc per ridurre

le emissioni anche utilizzando macchinari di vecchia generazione e, dal punto di vista clinico, la migliore appropriatezza prescrittiva.

Ridurre le radiazioni a favore di medici e pazienti

Riprende Stasi: «In attesa di veder cambiare gli impianti radiologici presenti nei nostri ospedali, ci si può focalizzare sull'ottimizzazione delle procedure con le quali si eseguono gli esami radiologici, definendo – per esempio nelle Tac – degli algoritmi che, tenendo conto del peso del paziente e della zona del corpo da esaminare, permettano di utilizzare la minima dose di radiazione possibile per ottenere un'immagine buona da un punto di vista diagnostico. Non ci si deve dimenticare, infatti, che quello che ci interessa di più è che l'immagine prodotta sia utile per effettuare una diagnosi. Questo lavoro, che è già ini-

L'età media delle strumentazioni radiologiche in Italia supera i 5-7 anni, con picchi di 12-13 anni



Michele Stasi

ziato, può essere effettuato su Tac relativamente nuove, di età minore/uguale a 5 anni, che hanno già implementato software di riduzione della dose. In taluni casi, inoltre, è proprio il modo di utilizzare la macchina radiologica a consentire di ridurre le radiazioni: è il caso dell'angiografo, che può essere usato con erogazione continua o pulsata. La seconda modalità riduce la dose di radiazione data al paziente. Certo è che bisogna cambiare il paradigma per cui più radiazioni si impiegano maggiore è la qualità dell'immagine ottenuta: esistono ormai chiare evidenze scientifiche del fatto che non è così. Esiste infatti una soglia di radiazioni oltre la quale, pur aumentandone la dose, la qualità dell'immagine resta invariata, almeno ai fini diagnostici. Oltre a lavorare alla creazione di algoritmi e protocolli ottimizzati, noi fisici medici stiamo già operando anche per consentire di registrare e comunicare la quantità di radiazione emessa durante l'esame al paziente, anche utilizzando gli attuali impianti radiologici. Ciò detto, confermo che è necessario un rinnovamento tecnologico».

Ma se le dosi ripetute di radiazioni aumentano il rischio di collezionare lesioni alle cellule e al DNA e, quindi, di sviluppare un tumore, è necessario ridurre anche il numero degli esami radiologici diagnostici utilizzati nel nostro Paese, un aspetto che vede i radiologi clinici in primo piano. Conferma Privitera: «siamo noi i professionisti in grado di valutare quale esame radiologico è necessario effettuare per avere una diagnosi. L'iter non può e non deve essere di fare tutti gli esami possibili e poi va-

lutarli per determinare il problema del paziente: bisogna tornare a riflettere e prendere decisioni più ponderate. In questo modo, oltre che diagnosi più rapide e meno dispendiose, si ridurrebbero le liste d'attesa e si potrebbero destinare le scarse risorse economiche a nostra disposizione a chi ne ha davvero bisogno».

Già, perché bisogna ricordare che il nostro Paese sta vivendo un'epoca di bulimia sanitaria, in cui l'eccellenza sembra passare dal numero di esami che si riescono a effettuare in un dato periodo e non dalla necessità degli esami stessi. È come se la sanità fosse diventata strumento di campagna elettorale costante e quindi la politica spingesse gli operatori a produrre sempre di più per far felici i propri cittadini. «Senza riflettere, però, è difficile riuscire a fare buona medicina», sottolinea Privitera. Una situazione che vede anche noi, cittadini utenti e pazienti del Ssn, attori fondamentali: sì, perché spesso non ci fidiamo più del nostro medico e lo spingiamo a prescriverci esami che magari non servirebbero nemmeno, convinti di saperne di più. La mancata sensibilità che si verrà a creare con il recepimento del decreto farà sì che le persone scelgano la struttura con i macchinari più nuovi, di fatto divenendo uno sti-

molo in favore della rottamazione dei vecchi macchinari. Inoltre, sarà occasione per i radiologi clinici per mostrare

Ogni referto dovrà riportare la quantità di radiazioni utilizzata per l'indagine radiologica

la loro professionalità, impegnandosi nella ricerca del percorso diagnostico più breve, efficace ed economico, anche se ciò significasse "produrre meno".

2013/59 Euratom: occasione per selezionare le migliori equipe radiologiche

«L'ambito radiologico», riprende Privitera, «non è come quello chirurgico in cui ci può essere l'uomo che eccelle e dà lustro al reparto. In radiologia ciò che conta è avere un'équipe abile nel decidere quali sono le migliori indagini da utilizzare sul singolo paziente, abile nel farle e produrre immagini di qualità e abili anche nel leggere tali immagini e arrivare a una diagnosi. Questo è un punto che deve divenire chiaro tanto al sistema quanto ai pazienti. Purtroppo negli ultimi anni la semeiotica clinica ha ceduto il passo alla radiologia: ciò significa che se prima si valutavano i sintomi, si faceva

un'ipotesi di diagnosi e in seguito l'esame radiologico serviva per confermare o meno tale ipotesi, adesso si fanno le indagini radiologiche e solo dopo si fa una diagnosi. Ecco quindi che ancora più di una volta, la preparazione dei radiologi è fondamentale per trovare il giusto percorso diagnostico e, in ultima analisi, anche per risparmiare e ridurre le liste d'attesa. In questo, è fondamentale ricordarlo, va recuperato anche il rapporto con i medici di medicina generale, dal momento che sono il primo filtro con la popolazione dei pazienti. Occorre smettere di pensare ai medici di medicina generale come a medici che fanno quello che i pazienti chiedono loro e basta. Occorre tornare a dargli un ruolo essenziale. Inoltre, va ricordato, esiste anche la radiologia interventista che è sempre più importante, dal momento che moltissimi sono gli interventi che vengono oggi svolti in laparoscopia: e anche qui occorre avere macchinari di ultima generazione per lavorare al meglio. Ecco perché guardiamo a questa legge 187 con la speranza che possa portare a un miglioramento da tutti i punti di vista».

L'entrata in vigore di questa legge – che fa anche richiesta di diminuire la quantità di esami radiologici cui è sottoposta la popolazione – avrà effetti anche sulla medicina difensiva?

La medicina difensiva verrà intaccata?

«L'entrata in vigore della direttiva 2013/59/Euratom sarà un'occasione per migliorare l'appropriatezza della scelta dell'esame radiologico da fare e, quindi, la possibilità di utilizzare le risorse risparmiate per curare più persone. In un certo senso ciò significa anche ridurre la medicina difensiva. Ma temo che alcune sacche rimarranno, soprattutto quelle nei Pronto Soccorso, dove il tempo per la riflessione è per antonomasia inesistente, dal momento che si lavora in regime di emergenza.

La crescita della medicina difensiva, inoltre, è motivata dall'aumento delle denunce per presunta malpractice da parte dei cittadini pazienti, un po' sul modello americano. Chiedo: quale medico rischierebbe la propria carriera per aver effettuato un esame in meno? Nessuno, credo. Da questo punto di vista, spero che la legge Gelli-Bianco potrà concorrere a risolvere questa situazione».

Un ragionamento che non fa una piega. D'altronde,



Carmelo Privitera

questa situazione si vede un po' ovunque, dal mondo della sanità a quello della scuola: man mano che paziente e genitori pretendono sempre più che i propri diritti vengano rispettati, senza però ricordarsi dei propri doveri, medici e insegnanti si difendono con maggior forza.

È però vero che, come ricorda Privitera: «oggi io potrei essere portato in giudizio perché accusato di aver effettuato un esame diagnostico in meno... domani, senza che sia cambiata una sola legge, ma solo per il recepimento della direttiva Euratom, potrei essere portato a giudizio per aver effettuato un esame

in più e macchinari che emettono un'alta dose di radiazioni, certificate dai referti». Quindi, difendersi potrebbe significare, nel tempo, anche effettuare meno esami piuttosto che più esami: una realtà che potrebbe incidere anche sulle pratiche dei Pronto Soccorso. Sicuramente, come accennato, la nuova sensibilità dei cittadini

sarà fautrice di una nuova sensibilità nel decisore politico, cui si chiederà probabilmente di tornare a una medicina lenta, che dia spazio al ragionamento e alla riflessione. Una medicina più a misura umana. Una medicina che forse tutti vorremmo ma che inconsciamente teniamo lontana perché assorbiti dal vortice del "tutto e subito". ■

In Italia il 60-65% delle indagini radiologiche viene effettuata con macchinari di primo livello, di tipo tradizionale, superati dal punto di vista tecnologico e con emissioni di radiazioni maggiori rispetto a quelli moderni

© RIPRODUZIONE RISERVATA