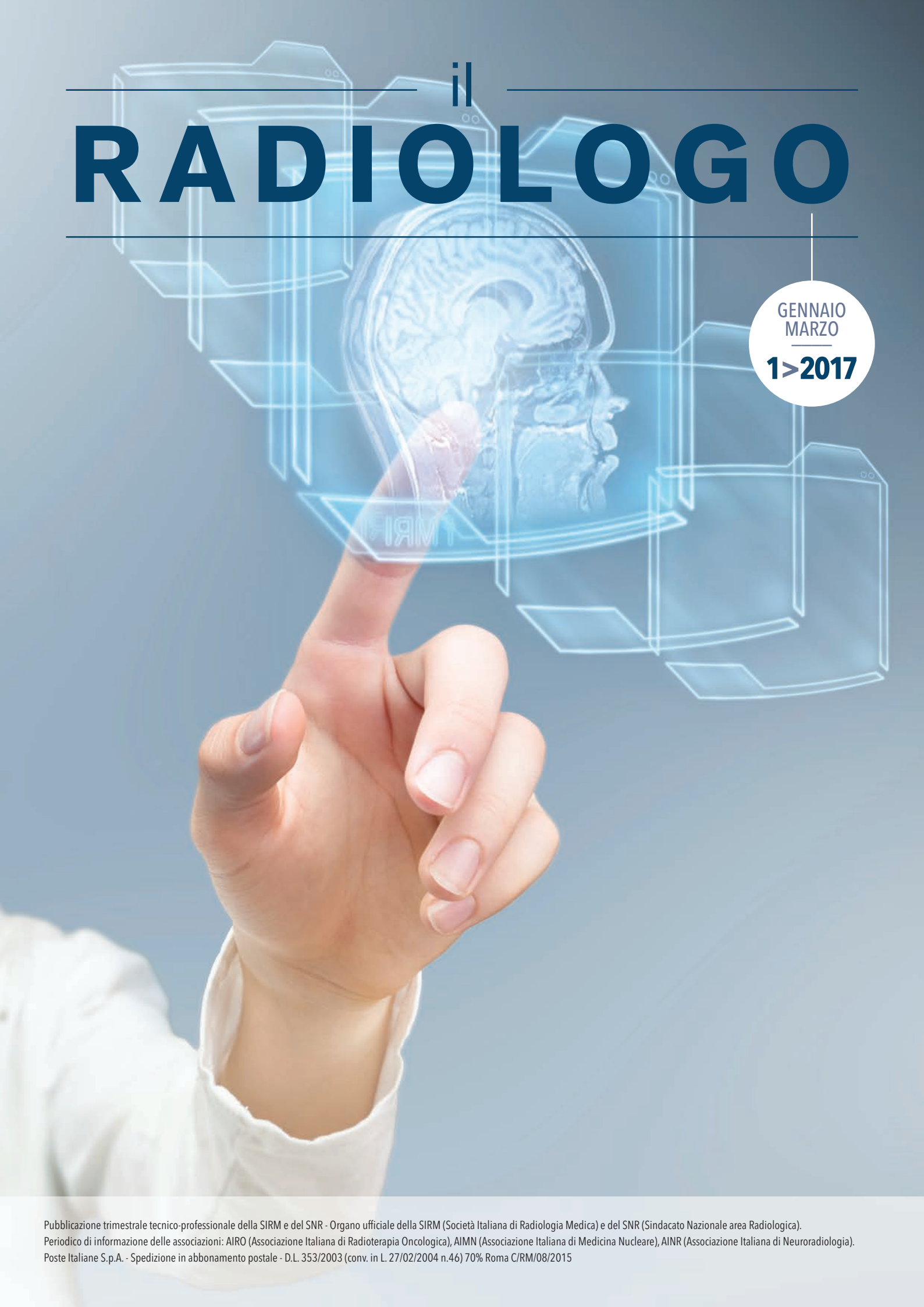


il RADIOLOGO

GENNAIO
MARZO
1>2017

Pubblicazione trimestrale tecnico-professionale della SIRM e del SNR - Organo ufficiale della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) e del SNR (Sindacato Nazionale area Radiologica).
Periodico di informazione delle associazioni: AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica), AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare), AINR (Associazione Italiana di Neuroradiologia).
Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) 70% Roma C/RM/08/2015

SIRM
Società Italiana di Radiologia Medica
Via della Signora 2 - 20122 Milano
Tel. 0276006094 / 0276006124
Fax 0276006108
e-mail: segreteria@sirm.org
www.sirm.org

il RADIOLOGO

FONDATO NEL 1961 DA CARLO FRATINI - DIRETTO SINO AL 1981 DA LAZZARO BARONE
DIRETTO SINO AL 2004 DA DONATO FIERRO - DIRETTO SINO AL 2014 DA CORRADO BIBBOLINO

Pubblicazione tecnico-professionale della SIRM e del SNR - Organo ufficiale della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) e del SNR (Sindacato Nazionale Area Radiologica). Periodico di informazione delle associazioni: AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica), AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare), AINR (Associazione Italiana di Neuroradiologia).

Direttore Responsabile
Palmino Sacco
email: direttore.radiologo@gmail.com

Direttore Onorario
Corrado Bibbolino

Coordinatore Editoriale SIRM
Antonio Pinto

Coordinatore Editoriale SNR
Andrea Magistrelli

Collaboratori Istituzionali
Fabrizio Calliada (SIRM)
Maria Canevari (AINR)
Renzo Corvò (AIRO)
Gerardo Dessì (SNR)
Andrea Magistrelli (SNR)
Massimo Midiri (SIRM)
Giuseppe Villa (AIMN)

Segreteria
Claudio Guerra
Bianca Lucà
Ilan Rosenberg

PERIODICO TRIMESTRALE
ANNO LVI - N. 1
GENNAIO - MARZO 2017

Editore
SIRM - SNR
Piazza della Repubblica, 32
20124 Milano

Redazione
Via della Signora, 2 - Milano

Stampa
Tipografia Mariti
Via di Monteverde 66/A
00152 Roma
Tel. / Fax 06 538653
Tel. / Fax 06 68801736
e-mail: info@tipografiamariti.com

Immagine di copertina:
© istockphoto/contributor: SKapl

Tariffa R.O.C. "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) 70% Roma C/RM/08/2015".
Questo numero è stato chiuso e stampato nel mese di Aprile 2017.
Abbonamento annuo per i non iscritti alle associazioni: 40,00 (I.V.A. assolta dall'editore - art. 74 lett. c) D.P.R. 26/10/72 n. 633 e D.M. 28/12/72 - compresa nel prezzo dell'abbonamento).
Registrazione del Tribunale di Milano n. 66 del 17/03/2015

IN QUESTO NUMERO

GENNAIO MARZO
1>2017

LE PAGINE SNR

3 | Il coraggio di cambiare - *C. Bibbolino*
6 | XV Congresso Nazionale. Il programma
8 | Il radiologo beuta (ma non beota): una rivoluzione culturale necessaria e indifferibile - *S. Canitano*
11 | La responsabilità professionale del medico in attività libero-professionale - *F. Lucà, G. Pasceri*
14 | L'INPS chiarisce i termini dell'opzione donna - *C. Testuzza*
15 | Relazione medico-paziente: principi generali - *F. Lucà*
19 | Relazione medico-paziente in radiodiagnostica - *V. Biondi*
21 | Verbale. Segreteria Nazionale FASSID – Area SNR. Roma, 13 Luglio 2016

LE PAGINE SIRM

23 | Lettera del Presidente SIRM - *C. Privitera*
25 | La teleradiologia in marina militare - *E. Cesarano, C. Privitera*
27 | 48° Congresso Nazionale SIRM
La radiologia tra innovazione tecnologica ed evidenza clinica: un mare di opportunità - *G. Garlaschi*
29 | Anche la notte più lunga non durerà in eterno - *G. Addonisio*
31 | ECR 2017. I poster italiani premiati
32 | In memoriam. Ricordo di Francesco Dalla Palma
33 | In memoriam. Ricordo del Prof. Ludovico Dalla Palma - *M. A. Cova*
35 | Management. L'ecatombe delle apicalità: una tendenza da invertire - *P. Sartori*
37 | Angolo Forense. Risarcimento del danno esistenziale per il mancato godimento dei riposi compensativi secondo la Cassazione - *C. Guerra, A. Pinto*
38 | Angolo Forense. Corte dei Conti: condannato medico a risarcire la ASL per iperprescrizione di farmaci secondo la Cassazione - *C. Guerra, A. Pinto*

LE PAGINE AIRO

39 | XXVII Congresso AIRO. Il radioterapista oncologo tra nuovo imaging e nuovi farmaci
40 | Verbale. Consiglio Direttivo 21 Novembre 2016
42 | Verbale. Consiglio Direttivo 26 Gennaio 2017
45 | Verbale. Consiglio Direttivo 13 Febbraio 2017

LE PAGINE AIMN

47 | Verso il XIII Congresso Nazionale AIMN. Sinergie in campo - *O. Geatti*
48 | Orazio Schillaci nuovo Presidente - *G. Villa*

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

50 | Da un trimestre all'altro. Il rischio del riscaldamento tissutale nell'indagine con risonanza magnetica - *G. Garreffa, F. Potito, P. L. Indovina*
54 | Da un trimestre all'altro. Delineati gli obblighi di notificazione al garante per il trattamento dei dati sanitari - *G. Pasceri*
55 | Letto per voi. Allegro ma non troppo - *P. Pavlica*
56 | Letto per voi. L'impiccato di via De Fratineri - *A. Pinto*

SEGRETERIA NAZIONALE

Segretario Nazionale
Corrado Bibbolino

Vice Segretario Nazionale
Stefano Canitano

Presidente Nazionale
Paolo Sartori

Coord. Interregionale Nord
Stefano Bracelli

Coord. Interregionale Centro
Claudio Fioroni

Coord. Interregionale Sud
Vincenzo Arcuri

Segretario Amministrativo
Ilan Rosenberg

Presidente Fondazione Area Radiologica
Francesco Lucà

Primo Presidente
Raffaele Pinto

Direttore "Il Radiologo"
Palmino Sacco

Direttore sito web
Andrea Magistrelli

Rappr.Te Radiodiagnostica
Lorenzo Bison

Rappr.Te Radiodiagnostica
Giuseppe Capodieci

Rappr.Te Radiodiagnostica
Luisa Manes

Rappr.Te Radiodiagnostica
Roberto Vinattieri

Rappr.Te Radioterapia
Giovanni Mandoliti

Rappr.Te Medicina Nucleare
Augusto Manzara

Rappr.Te Neuroradiologia
Maria Anna Canevari

Rappr.Te Settore Università
Vincenzo David

Rappr.Te Settore Fisici
Antonella Soriani

Rappr.Te Settore per i Liberi Prof.
Bruno Accarino

Segretario Verbalizzante
Claudio Guerra

Corrado Bibbolino

IL CORAGGIO DI CAMBIARE

Nei primi mesi del 2017 qualche piccolo timido sussulto di dignità ha scosso il nostro paese. E questo, come componente di un frammento significativo del complesso sistema della società civile, ci riguarda direttamente. Molti non ci crederanno e lo troveranno aulico od enfatico, eppure il nostro Parlamento è riuscito a fare qualcosa, di buono.

Come ho dichiarato alla stampa ed ampiamente ripreso, il 28 febbraio 2017, appena terminato il voto definitivo della Camera, "L'approvazione del Disegno di Legge sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale da parte della Camera rappresenta un chiaro segno che la capacità politica e di Governo possono risolvere problemi apparentemente insormontabili. I radiologi italiani plaudono alla grande fatica di Federico Gelli e al lavoro svolto in questi mesi dai senatori della Commissione Sanità. Volontà e dialogo hanno reso possibile questo passo legislativo, fondamentale per risolvere un problema in campo da venti anni e ristabilire una serena relazione medico-paziente. I temi della riservatezza degli audit, del tetto agli indennizzi e della extracontrattualità, per citarne solo alcuni, rappresentano una conquista di civiltà. La legge è un punto di arrivo ma apre anche numerosi cantieri, dando la possibilità alla categorie professionali e ai cittadini di essere veramente protagonisti del proprio futuro e di una buona sanità. Senza più alibi per nessuno."

Quindi una volta tanto la volontà politica si è fatta realtà, ma come abbiamo subito detto siamo solo all'inizio. Senza unirci al coro di coloro che hanno scritto instant books, improvvisato fiorite analisi, corsi up to date più o meno insigni ed approfonditi, dal 28 febbraio è partito un treno che può arrivare dove non avremmo mai sperato.

SEGRETARI REGIONALI

Abruzzo Antonio Calabrese	*Calabria* Vincenzo Arcuri	*Friuli V. Giulia* Lorenzo Bison	*Lombardia* Stefano Bracelli	*Piemonte* Alda Borrè	*Sicilia* Giuseppe Capodieci	*Umbria* Claudio Fioroni
Alto Adige Guenther Schifferle	*Campania* Vincenzo Biondi	*Lazio* Stefano Canitano	*Marche* Giulio Argalia	*Puglia* Fernando Lupo	*Toscana* Roberto Vinattieri	*Valle D'aosta* Davide Machado
Basilicata Francesco Borraccia	*Emilia Romagna* Francesco Monteduro	*Liguria* Ilan Rosenberg	*Molise* Domenico Innamorato	*Sardegna* Giancarlo Caddeo	*Trentino* Luisa Manes	*Veneto* Paolo Sartori

On. Federico Gelli

E che questo avvenga dipende da noi. Come John Fitzgerald Kennedy, non dobbiamo chiederci cosa possono fare gli altri, ma cosa possiamo fare noi. Soprattutto in tempi bui per una società civile che ruzzola verso la barbarie se lo deve chiedere chi, come noi, ancora crede nel ruolo delle associazioni e delle istituzioni, dedicando una parte del proprio tempo alla professione ed alla difesa del ruolo della medicina in Radiologia.

Perché abbiamo parlato di cantieri e di alibi? Perché si parla finalmente del ruolo delle società scientifiche nella costruzione delle linee guida utili al percorso di difesa professionale, ma sono le società scientifiche pronte a questo? Sicuramente le nostre di area più di tante altre ma non basterà quanto fatto in passato al nostro interno o nell'ambito dell'ISS.

Occorreranno linee guida di appropriatezza, ma anche comportamentali: prescrizioni sul che e quando fare, ma anche sul come fare.

Il come fare, il tempo, il modo, il quanto dettati e specificati dalle nostre società saranno applicati più analiticamente e strutturalmente di quanto fatto fin ora. Perché dovranno avere valore giuridico e giudiziario per essere vidimate dall'ISS ed allegate in giudizio senza tema di opposizione. Citazioni ed ampio grado di evidenza. Cose a cui il nostro paese è poco abituato. Per nostra fortuna con l'ISS lavoriamo da anni e la citazione nella legge Gelli non è avvenuta per caso ma proprio per aver i legislatori preso atto negli incontri ripetuti avuti negli ultimi 18 mesi anche della esperienza avvenuta da parte nostra con l'Istituto Superiore di Sanità da più di dieci anni.

Ma quale è la consapevolezza media del "popolo" radiologico di tutto questo? Quante Scuole hanno messo tra le loro materie di insegnamento questi passaggi fondamentali avvenuti negli ultimi anni? L'ignoranza crassa della nuova legislazione dipende anche dal mancato aggiornamento delle materie.

L'esercizio quotidiano del nostro mestiere è regolato ed influenzato da argomenti non insegnati e sconosciuti ai più E' evidente che questo non è utile alla categoria ed è fonte di tutte quelle falle comportamentali che da qualche anno stiamo cercando di riparare in ogni dove del nostro Paese.

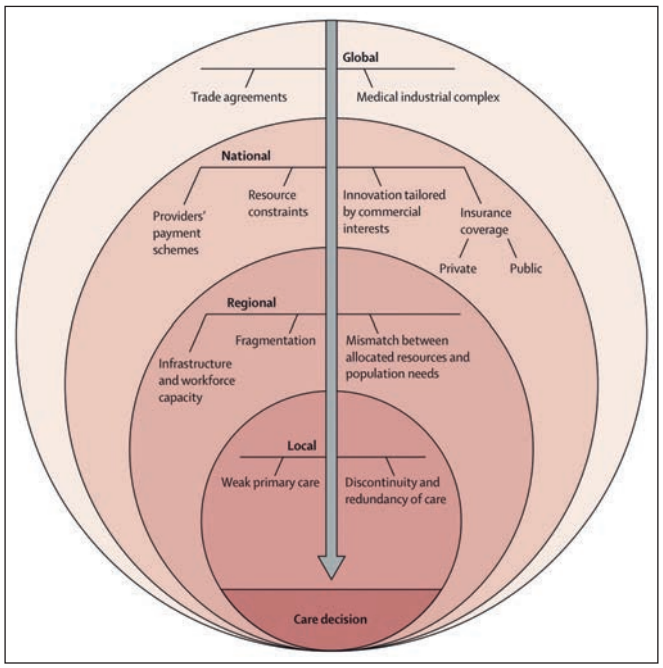
Tra queste l'attenzione al paziente ed alla qualità del lavoro; il ruolo del medico ed il rapporto medico paziente. Non per caso dopo L'RSNA del 2012 "Patient First" l'ECR 2017 è stato dedicato al burn out dei medici ed alle peculiarità della nostra professione.

Più che in passato quest'anno a Vienna una parte preponderante dei lavori congressuali era dedicata non solo agli avanzamenti tecnologici ma alla riflessione sugli operatori, sulla dose ai pazienti, sull'attuazione delle direttive, sui flussi e sugli algoritmi lavorativi.

Eppur si muove! avrebbe detto Galileo. Anche se per noi, antesignani di una cultura latina della appropriatezza intesa come espressione di un substrato umanistico, o meglio ancora umano, non si tratta di una novità. Il fatto che anche un congresso da sempre rivolto alle novità tecniche si sia posto come centrali i temi diversi trattati quasi esclusivamente in Italia e nelle Giornate di Montecatini è un indicatore preciso di non aver sbagliato strada, nonostante l'incomprensione di tanti legati alla macchina come gli antichi contadini legati alla zolla.

Molto rimane da fare. Il mondo radiologico sta conoscendo una asimmetria importante tra la consapevolezza acquisita da molti suoi quadri dirigenti societari e sindacali e la serena trascuratezza di tutti coloro che ancora ballano sul Titanic nonostante i molteplici segni di questi ultimi anni.

Andrea Gardini, fondatore di Slow Medicine, ha mostrato in un recente convegno dell'Ordine dei Medici dell'Aquila la sintesi di una monografia di Lancet dell'8 gennaio di quest'anno sul sovrautilizzo delle risorse diagnostiche e terapeutiche.



La Sanità è sempre più sottomessa ad interessi economici e politici che ne influenzano la gestione a tutti i livelli: mondiale, nazionale, regionale e locale.
Illustrazione tratta dall'articolo "Drivers of poor medical care" di Vikas Saini et al, The Lancet, 8 gennaio 2017.

Una interessante diapositiva sintetizza quella che è stata la evoluzione finanziaria del mondo moderno che ha automatizzato, remotizzato, iperprodotto ed espropriato di conseguenza i clinici del loro ruolo, sempre più ridotto ad una burocratica funzione di passacarte pronto, come avvenuto nelle banche, ad essere sostituito dalla macchina.

Il profetico e visionario Kubrick di 2001 Odissea nello spazio oggi non avrebbe difficoltà a raccontare un mondo dove la "normalità" viene selezionata da un robot e la "diversità" semplicemente scartata.

Non è questa la sede per addentrarsi in disquisizioni che ai più risulterebbero ostiche ed astruse elucubrazioni, ma non vi è dubbio che proprio la Radiologia sia chiamata a gestire e guidare l'avanzata delle macchine a supporto e non a guida della nuova Medicina, dopo la automazione dei laboratori che potrebbero peraltro conoscere una rivincita con la incalzante e personalizzata "medicina di precisione".

La "semplificazione" tecnologica è andata di pari passo con quella gestionale ed amministrativa, dove la dimensione sovraprovinciale, spesso regionale, delle ASL corre più veloce del reale adattamento delle strutture, se non per una selvaggia semplificazione che, realizzando uno pseudorisparmio di facciata, riduce alcuni numeri come quelli dei primariati senza uno straccio di studio che ne dimostri la reale efficacia economica. Anche perché non c'è nulla che valuti il reale indicatore economico sanitario, ovvero l' efficacia delle cure.
Intanto è aumentata la mortalità e l'onda lunga del disastro comincia a lambire le nostre spiagge. Quanto è costata l'incapacità di frenare i demagogici attacchi alle vaccinazioni? Quanto ci costa e ci costerà la ripresa del morbillo? Quanto la sovradiagnosi?

Compito di un sindacato moderno è la difesa dei propri iscritti, intesa sia in senso tradizionale, economico-amministrativo, ma anche in senso propositivo. Se il ruolo ed il significato della propria professione cadono, cade anche il salario.

L'occasione data dalla legge 24/2017 Gelli Bianco è proprio quella di dedicare alla riflessione su questi temi i prossimi mesi, partendo dai decreti delegati sulle Società Scientifiche, sulle assicurazioni, sulle tabelle di rimborso, sugli Osservatori.

Senza per questo trascurare i temi della tradizionale attività sindacale nelle aziende e nei tavoli centrali. Se il contratto non parte, e non si vede perchè andare ad una trattativa dove non è previsto ristoro economico, ai tavoli aziendali il confronto è continuo, con una direzione sempre poco attenta alle caratteristiche della nostra attività. Il tema dei volumi di attività e del rispetto della direttiva europea sui tempi di recupero, il superamento del precariato, l'assalto alle prerogative della attività radiologica che il legislatore europeo ha nuovamente con la Direttiva 13/59 confermato agli specialisti, anche questo rientra nella sicurezza delle cure e delle linee guida.

Il prossimo congresso di Padova ci darà l'occasione di approfondire questi temi per affrontare con forza il dibattito successivo, che sarà essenziale per la nostra sopravvivenza.
Che parte ancora una volta dalla consapevolezza di essere persone, medici, che curano altre persone. Non produttori automatici di bulloni per macchine in attesa di essere sostituiti dai test computerizzati come quelli introdotti nelle officine. Anche perché ogni essere umano è una "fuoriserie" e come tale ha bisogno di un artigiano capace di comprendere le più minute differenze. Ne va della nostra pelle come esseri umani e come categoria. ■

XV CONGRESSO NAZIONALE

Sindacato Nazionale Area Radiologica SNR

FASSID

Con il Patrocinio del Comune di Padova

Comune di Padova

XV CONGRESSO NAZIONALE

Sindacato Nazionale Area Radiologica SNR

FASSID

IL CORAGGIO *DI CAMBIARE*

18-20 MAGGIO 2017

PADOVA

AUDITORIUM SAN GAETANO

Via Altinate 71

Presidente: *Giovanni Mandoliti*

Vicepresidenti: *Lorenzo Bison - Luisa Manes - Francesco Monteduro*

www.raggix.eu

XV CONGRESSO NAZIONALE

Sindacato Nazionale Area Radiologica SNR

FASSID

IL CORAGGIO *DI CAMBIARE*

GIOVEDÌ 18 MAGGIO 2017

14.30	Apertura dei Lavori	*G. Mandoliti*
	Saluti Autorità	
15.00	Relazione del Segretario Nazionale	*C. Bibbolino*
15.30	Intervento del Responsabile SNR Giovani	*C. Liguori*
15.45	Intervento del Presidente FIDESMAR	*A. Rotondo*
	Interventi dei Presidenti delle Società Scientifiche Area Radiologica	
	AIMN	*O. Schillaci*
	AINR	*A. Beltramello*
	AIRO	*E. Russi*
	SIRM	*C. Privitera*
	Intervento del Presidente della FISM	*F. Vimercati*
	Intervento Segretario Generale CODIRP	*M. Sellini*
	Intervento Coordinatore Nazionale FASSID	*M. Mazzoni*
	Interventi degli altri Sindacati	
	Intervento del Direttore del Radiologo	*P. Sacco*
	Intervento del Direttore del Sito Web	*A. Magistrelli*
17.30	L'attività Internazionale	*I. Rosenberg*
17.45	La Fondazione Area Radiologica	*F. Lucà*
18.00	La parola ai Delegati	

AUDITORIUM SAN GAETANO

PADOVA, 18 - 20 MAGGIO 2017

VENERDÌ 19 MAGGIO 2017

CORSO DI AGGIORNAMENTO ECM

GESTIRE IL CAMBIAMENTO:
L'AREA RADIOLOGICA NELLE AZIENDE SANITARIE

Presidenti: V. David, P. Sartori

LETTURA MAGISTRALE

09.00 **Il Radiologo del Futuro** — *C. Masciocchi*

LO STATO DELL'ARTE
LE REGOLE

Moderatori: C. Fioroni, F. Lupo, A. Manzara

09.30 Il contratto — *S. Canitano*

09.50 L'orario di lavoro europeo — *F. Pinto*

10.10 La specificità radiologica — *S. Bracelli*

10.30 Dibattito/Discussant
L. Manes, A. Rapellino, G. Schifferle, A. Soriani

IL LAVORO

Moderatori: V. Biondi, L. Bison, R. Vinattieri

11.00 La fine del precariato? — *R. Ferrari*

11.20 Autorizzazione e Accreditamento — *B. Accarino*

11.40 Il calcolo dei fabbisogni — *I. Rosenberg*

12.00 Dibattito/Discussant
F. Borraccia, A. Calabrese, L. Colì, D. Innamorato

LETTURA MAGISTRALE

12.30 **Le nuove linee guida INAIL in RM** — *F. Campanella*

13.00 **La direttiva europea 13/59** — *P. Rossi*

LUNCH

L'ORGANIZZAZIONE
LE NUOVE AZIENDE PIÙ OMBRE CHE LUCI

Moderatori: A. Borrè, A. Canevari, F. Monteduro

15.00 L'Azienda Ospedaliero Universitaria — *G. Argalia*

15.20 Le aree vaste — *C. Guerra*

15.40 Le macroaziende — *D. Schettini*

16.00 Il teleconsulto — *G. Gasparini*

16.20 Il medico legale e le complicanze delle nuove organizzazioni — *M. Martelloni*

16.40 Dibattito/Discussant
G. Caddeo, V. De Ruvo, R. Ferranti, A. Siciliani

LETTURA MAGISTRALE

DEMATERIALIZZAZIONE E TELERADIOLOGIA

17.30 **Nell'Italia…** — *A. Orlacchio*
…e nel mondo — *R. Grassi*

18.30 Chiusura lavori

SABATO 20 MAGGIO 2017

LA LEGGE:
LA SICUREZZA DELLE CURE
E LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Moderatori: V. Arcuri, G. Capodieci, A. Pinto

09.00 I profili assicurativi — *M. Martelloni*

09.20 Gli interrogativi — *G. Pasceri*

09.40 Le certezze — *R. Cattarini*

10.00 La sicurezza delle cure — *R. Tartaglia*

10.20 Il Direttore Generale — *M. Branca*

10.40 Dibattito/Discussant
D. Berritto, E. Genovese, D. Machado, F. Mangiapane

LETTURA MAGISTRALE

11.30 **L'iter Legislativo….** — *Sen. G. Maturani*
…..e il Radiologo — *Sen. A. Scavone*

LETTURA MAGISTRALE

12.30 **Il Medico Nuovo** — *R. Chersevani*

13.00 Conclusioni

Stefano Canitano

IL RADIOLOGO BEUTA (MA NON BEOTA): UNA RIVOLUZIONE CULTURALE NECESSARIA E INDIFFERIBILE

Non molto tempo fa, in collaborazione con SIRM, SAGO e IMS, nonostante l'assedio del produttivismo dilagante, riuscimmo a descrivere la nostra attività diagnostica in modo sistematico in un documento condiviso. Quel momento storico ebbe (se non altro) il pregio di spiegare ai non addetti ai lavori l'attività radiologica in sala e i suoi necessari tempi tecnici.

All'interno di questo processo di analisi riuscimmo anche a definire gli ulteriori ambiti di lavoro lontano dalle macchine, descritti con una certa approssimazione come "*attività di tipo clinico-organizzativo, quali consulti con medici specialisti di UU.OO. diverse e/o riunioni di medici della U.O., ecc.*"

Per salvaguardare queste attività era stata ai tempi stimata nel calcolo una percentuale di tempo pari all' 8% di quello che fu definito allora "*Tempo Medico Radiologo Utile*".

Ma i tempi cambiano.

A questo primo documento di salvaguardia, quale primo tentativo di esprimere la attività radiologica legata alla attività di sala, sono seguite valutazioni complesse che lentamente hanno imprigionato la nostra categoria al mero conteggio del tempo di produzione di esami.

E di conseguenza la nostra valutazione professionale è basata solo sulla nostra produzione secondo nomenclatore, piuttosto che alla attività clinica relativa agli esiti di salute, ovvero in termini di "value-based radiology": una innovativa modalità di misurare la produttività in medicina (raccontata recentemente con efficacia dal presidente SIRM in carica Carmelo Privitera e dal presidente eletto Roberto Grassi in un articolo del Sole 24 ore del 18/12/2016, pag.17).

Purtroppo risalire la china è oggi difficile, un po' come la famosa parabola della rana nell'acqua fredda sul fuoco, che dal piacevole tepore iniziale si ritrova presto nell'acqua bollente finendo lessata, così ora ci ritroviamo imbrigliati in un sistema che, come in una beuta graduata, prevede solo il riempimento fino al limite massimo del nostro orario di esami e prestazioni, come se non fosse necessario nient'altro all'interno dei percorsi clinici, se non "leggere immagini e produrre referti".

Le altre discipline vivono criteri valutativi molto diversi, ad esempio i chirurghi magari fanno due, o tre sedute operatorie a settimana e il resto del tempo lo impiegano in altre attività cliniche (revisioni dei casi, attività assistenziali lontane dalla sala operatoria, "visite", scambio di opinioni su particolari casi clinici, ecc.).

In Italia la compressione in sala diagnostica dell'attività dei radiologi sembra ovvia, perché deriva da una visione produttivistica della radiologia ereditata dagli USA.

Questa visione trova peraltro in alcuni casi, con le dovute eccezioni, validi alleati anche in alcuni nostri Direttori di S.C.

Questi colleghi purtroppo assumono comportamenti che prediligono, invece della crescita culturale e qualitativa del proprio reparto, blandire le proprie direzioni vantando teutonica efficienza.

Tutto questo in barba ai principi di appropriatezza e se da "Area Clinica" rischiamo di essere ricondotti a semplice "servizio", con livrea o meno, non facendo altro che assecondare la richiesta pressante degli altri clinici, che spesso non sanno bene cosa sia davvero utile al percorso diagnostico-terapeutico del singolo paziente.

Ad esempio il Royal College of Radiology, nel descrivere il lavoro dei clinici radiologi, (https://www.rcr.ac.uk/publication/guide-job-planning-clinical-radiology) elenca ben 12 attività assistenziali dei medici radiologi, nella tabella in calce, non legate alla attività di sala.

Fra quelle che vengono classificate *Direct Clinical Care*, cioè attività assistenziali dirette, definite come "attività direttamente correlate alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento delle malattie", sono elencate solo tre attività su 15 legate alla attività di sala.

Le restanti 12 fanno parte del corrente lavoro clinico di un medico specialista in radiodiagnostica. È esperienza comune

in Italia che queste attività vengano svolte non in un tempo definito e protetto ma nei ritagli di tempo se non addirittura in molti casi contemporaneamente al lavoro di sala o di refertazione, con grave danno per la qualità del lavoro e la sicurezza dei pazienti.

Fuori di tabella ne sono citate solo alcune, ad esempio la partecipazione ai meeting multidisciplinari, oppure la preparazione e la revisione delle immagini prima dei meeting, la discussione e la revisione di casi difficili o complessi, la doppia refertazione, il controllo di qualità e la verifica dei protocolli di studio, la partecipazione alle riunioni di staff per la rivalutazione di casi controversi con discrepanza di conclusioni.

Va poi rammentata una seconda categoria di attività lontana dalle sale, definite "Attività di Supporto professionale" (Supporting Professional Activities, SPAs, ben 17 attività ritenute obbligatorie), anch'esse conteggiate nel computo delle ore lavorative, fra le quali possono essere incluse le attività che impropriamente designiamo come "aggiornamento" (la dizione corretta secondo CCNL è "attività non assistenziali") ma anche le indispensabili attività di gestione clinica, audit, ricerca, gestione del rischio clinico etc., escluse le funzioni di direzione di struttura. Insomma in poche parole tutto quello che si fa per rendere sicuro e di qualità il nostro lavoro, che richiede una quota di tempo dedicato.

O, in altri termini, quello che mi sono sentito rispondere di recente da una collega portoghese (nel corso di un audit di accreditamento all'Istituto Portoghese di Oncologia di Lisbona per conto dell'Organisation of European Cancer Institutes) cui avevo chiesto come facesse ad andare a due riunioni multidisciplinari di tre ore a settimana conciliandolo con il lavoro di sala: "Ma non stiamo mica tutti i giorni in sala diagnostica!".

Ecco, sempre per citare l'RCR, senza volersi spingere nei dettagli del documento, i cui estremi sono riportati in fondo e la cui lettura è comunque interessante e istruttiva: di 40 ore settimanali previste dai contratti, divise in 10 sessioni da 4 ore, 2,5 sessioni sono dedicate alle SAPs.

Leggendo la tabella SAP non si potrà non rimarcare che il concetto è troppo stressato e le attività non strettamente cliniche lontane dalle macchine presentano una certa ipertrofia. Tuttavia delle 7,5 attività clinico assistenziali "DCC", 3 sono legate alle sale diagnostiche e 12 si svolgono correttamente lontane dalle sale. Cioè lontane dalla produzione di esami.

Non serve nemmeno spiegare cosa comporta questa modalità organizzativa del lavoro. Basti pensare che ovviamente un reparto più produce più spende, ma se una parte consistente di quello che produce non è appropriato, o semplicemente inutile o, peggio, di scarsa qualità, il rapporto costi/beneficio sarà incrementato; o ancora peggio sarà una fonte di sprechi ulteriori se non di danni a pazienti, con l'inevitabile corollario di ulteriori danni finanziari, in una possibile spirale crescente.

Dunque che fare? Siamo moralmente costretti a dare vita a una irrinunciabile rivoluzione culturale in quello che facciamo e come lo facciamo.

In questi giorni il Ministero ha aperto un tavolo sulle dotazioni organiche, per individuare nuove modalità di definizione delle superate e obsolete piante organiche.

Purtuttavia, in un paese in cui la matematica ha prevalso tradizionalmente, per noi radiologi, sulla medicina, e in cui il nostro ruolo subalterno di "servizio" è radicato in diverse realtà, non è facile fare saltare il banco per una nuova mentalità innovativa difficile da accettare.

Si gioca quindi una partita decisiva, per il ruolo della Area Clinica Radiologica, cercando di far seguire alla nostra visione clinica i fatti, mantenendo i piedi per terra.

E' del tutto illogico, ad esempio, che l'uso delle macchine nelle strutture di Radiodiagnostica e interventistica coprano l'intero fabbisogno orario dei medici, e che negli acquisti invece di una scelta oculata di cosa realmente serva, prevalga la scelta di apparecchiature nuove che, invece di andare a sostituire quelle obsolete, semplicemente si aggiungano alle prime creando altra necessità di personale.

Il numero dei radiologi non può essere espresso da una relazione matematica con le macchine e con gli esami effettuati. Questo tipo di schema è idoneo per calcolare il lavoro di sala, per capire quanta è l'effettiva produttività dei singoli medici, per le realtà ambulatoriali, ma deve essere commisurato alla sola valutazione delle attività legate alle sale. E deve essere considerato in modo tassativo un tempo protetto da dedicare alle altre attività.

I radiologi, non per essere autoreferenti e poco modesti, sono gli unici specialisti che, oltre ad essersi rinnovati più tumultuosamente e rapidamente di altri, hanno caratteristiche operative della medicina e della chirurgia, necessitano di un panorama di conoscenze molto ampio, devono conoscere l'anatomia, l'anatomia patologica, la nefrologia, la fisica, la clinica, la cardiologia o l'infettivologia o l'oncologia, la farmacocinetica, ora anche la biologia molecolare e la genetica. Questo è quanto ci differenzia dall'essere meri esecutori di indicazioni altrui ed è ciò che ci caratterizza anche per recuperare la relazione con il resto delle équipes nelle quali lavoriamo. Ma questa è un'altra storia. ■

TABELLA 1

ATTIVITÀ CLINICO ASSITENZIALI LEGATE AL LAVORO DI SALA (DCC)

1) Ottenimento del consenso informato
2) Supervisione dei tecnici di radiologia
3) Refertazione di ogni tipo di esame

ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI NON LEGATE AL LAVORO DI SALA (DCC)

1) Discussione di casi clinici e pianificazione dei successivi più appropriati esami
2) Revisione di immagini in un contesto clinico per stabilire una diagnosi; questo può essere effettuato nell'ospedale del radiologo o con immagini da un altro centro
3) Partecipazione a riunioni clinico radiologiche
4) Preparazione e revisione delle immagini per partecipare alle riunioni cliniche multidisciplinari (DMT)
5) Documentazione con eventuali addendum dopo un DMT o una successiva discussione clinica con un altro collega
6) Supervisione di personale amministrativo o di tecnici di radiologia in compiti non legati alle sale
7) Doppia refertazione per revisione fra pari
8) Controllo di qualità, elaborazione di protocolli per l'imaging e per massimizzare la qualità d'immagine
9) Discussione con i medici delle altre specialità sulle procedure interventistiche
10) Discussione con i pazienti delle potenziali procedure interventistiche
11) Partecipazione alle riunioni della divisione sulle discrepanze diagnostiche e revisione dei casi difficili

TABELLA 2

ATTIVITÀ CLINICO ASSITENZIALI LEGATE AL LAVORO DI SALA (DCC)

1) Insegnamento e letture per lo staff medico, tecnico, infermieristico, amministrativo
2) Pianificazione e attuazione delle attività di aggiornamento professionale continuativo (CPD, per noi ECM)
3) Lettura delle riviste
4) Audit
5) Pianificazione del servizio e sviluppo sia del lavoro interno sia ambulatoriale
6) Organizzazione del lavoro
7) Attività valutative
8) Rivalidazione, revisione delle procedure
9) Attività di clinical governance, incluse quelle di risk management
10) Partecipazione alla stesura e aggiornamneto delle procedure e dei percorsi di qualità
11) Rispondere ai reclami
12) Leggere e rispondere alle mail istituzionali giornalmente
13) Comunicazioni con i colleghi, i managers e lo staff
14) Partecipare alle riunioni con le direzioni
15) Addestramento obbligatorio (per noi aggiornamento obbligatorio)

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO IN ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

Francesco Lucà

Giovanni Pasceri

Premessa

L'evoluzione normativa della disciplina afferente l'attività libero-professionale si delinea per la sua complessità ma anche per la mancanza di linearità circa la portata, l'ambito e le modalità di esecuzione delle prestazioni libero-professionali erogate dal dirigente medico.

Evoluzione normativa

Il rapporto di lavoro tra il dirigente medico e la struttura sanitaria è storicamente caratterizzato dall'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro subordinato, pubblico o privato, in ragione del regime di "esclusività" del rapporto d'impiego che lega il dirigente medico alla struttura sanitaria, così come previsto dalla Legge n. 412/91.

L'art. 4, comma 10, del D. Leg. n. 502/1992 ha attenuato il regime di incompatibilità prevedendo la possibilità per il dirigente medico di esercitare, in appositi spazi all'interno della struttura sanitaria, la libera professione intramuraria.

Successivamente l'art. 1 della Legge n. 662/1996[1] ha previsto per il dirigente medico la possibilità di optare per lo svolgimento dell'attività libera professione extramuraria, alternativamente alla libera professione intramuraria.

A prevedere l'irreversibilità della preferenza è intervenuto il D. Lgs. n 229/1999 il quale prevedeva che la scelta di svolgere il rapporto di lavoro in modo esclusivo non consentiva al dirigente medico di ritornare sulle proprie decisioni. A fronte del mantenimento di un rapporto esclusivo il dirigente medico percepiva una indennità di esclusività[2].

La Legge n 138/2004 modificando l'art. 15 quater del D. Lgs. n 502/1992 ha cancellato di fatto l'irreversibilità dell'opzione prevista dal d. leg. 229/99 prevedendo la possibilità, per i dirigenti medici, di optare, entro il 30 novembre di ciascun anno, salvo diversi termini previsti dalle Regioni, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Le previsioni del CCNL

Il CCNL 2002-2005 all'art. 10 prevede che: "*…il rapporto di lavoro della dirigenza medica può essere esclusivo o non esclusivo. I dirigenti medici già a rapporto esclusivo, possono optare per il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno…*".

Nello stesso CCNL all'art. 12 individua gli effetti del passaggio

NOTA 1

Il comma 5 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, dispone che: L'attività libero professionale da parte dei soggetti che hanno optato per la libera professione extramuraria non può comunque essere svolta presso le strutture sanitarie pubbliche, diverse da quella di appartenenza, o presso le strutture sanitarie private accreditate, anche parzialmente. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, al direttore generale dell'azienda ospedaliera o dell'unità sanitaria locale interessata. ■

NOTA 2

Il comma 9 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, che precisa che il regolamento che disciplina l'attività libero professionale deve prevedere il divieto per i dirigenti del ruolo sanitario che abbiano optato per l'esercizio della libera professione extramuraria di rendere prestazioni professionali, anche di natura occasionale e periodica, a favore o all'interno di strutture pubbliche, o private accreditate. ■

dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo e viceversa disponendo che: "*… il passaggio dei dirigenti al rapporto di lavoro non esclusivo non preclude il mantenimento o il conferimento di incarico di direzione di struttura complessa o semplice" e che "i dirigenti di struttura complessa dopo l'opzione continuano a percepire l'indennità di struttura complessa senza soluzione di continuità solo in caso di mantenimento dell'incarico; non compete la retribuzione di risultato; la retribuzione di posizione viene determinata sulla base dell'incarico dirigenziale attribuito; è inibita l'attività libero-professionale intramuraria; cessa di essere corrisposta l'indennità di esclusività che, dalla stessa data, costituisce risparmio aziendale*".

Il regime di responsabilità

Dalla lettura della citata normativa emerge chiaramente che il dirigente medico ha il diritto di svolgere la libera professione in quanto detta attività è connaturale al rapporto di lavoro e costituisce suo complemento.

Proprio per tali ragioni si è detto che "*l'attività libero professionale completa e migliora l'attività istituzionale pubblica delle ASL e delle Aziende Ospedaliere verso la collettività: l'Azienda consente e sostiene, quindi, l'attività libero professionale e con essa il diritto alla salute*".

L'attività libera professionale, pur presentando specifiche peculiarità, rimane sempre un'attività sanitaria svolta per garantire il diritto alla salute di tutta la collettività.[3]

Sulla questione sono però sorti dubbi, in dottrina e in giurisprudenza, circa l'operatività della limitazione della responsabilità per dolo o colpa grave del dipendente, secondo quanto disposto dal DPR 10 gennaio 1997 n. 3, nel caso questi operi in regime libero professionale.

Secondo un primo orientamento, infatti, il paziente rivolgendosi direttamente al medico crea un rapporto immediato e diretto con il professionista. Secondo tale prospettazione, in questi casi, l'Amministrazione rimane estranea al rapporto professionale sicché non si comprenderebbe la ragione, sempre secondo tale tesi, per cui l'Amministrazione debba rispondere in vece del dirigente medico in caso di responsabilità professionale.

Tale orientamento, secondo il mio parere, è frutto di una frettolosa deduzione che non tiene conto della particolarità del rapporto di lavoro della dirigenza medica e soprattutto non si confronta con le norme che disciplinano l'ordinamento sanitario.

Circa il coinvolgimento dell'Amministrazione basta qui ricordare che l'Ente partecipa all'organizzazione definendo, indirettamente, i tempi dell'erogazione dell'attività libero professionale rispetto l'orario istituzionale: le prestazioni erogate in libera professione infatti devono essere le stesse fruibili anche in regime istituzionale; l'erogazione della prestazione in regime libero professionale è subordinata alle esigenze di garantire in via prioritaria il regolare svolgimento dell'attività istituzionale ed il singolo dirigente deve fornire una precisa identificazione dei tempi attribuiti alla propria attività libero-professionale; l'attività libero professionale è separata rispetto all'attività svolta nel debito orario complessivo; deve essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio, dei turni di pronta disponibilità e di guardia medica.

Parimenti, l'Amministrazione partecipa alla determinazione dei costi della prestazione definendo, "in contraddittorio con i dirigenti interessati" (CCNL 22/7/00 art. 57 comma 2 g), le tariffe a carico dell'utenza e ricevendo, a sua volta, una percentuale della tariffa stessa anche nel caso di prestazione libero-professionale extramuraria.

A conferma di tale secondo orientamento si ritiene utile richiamare le Sezioni Unite della Corte di Cassazione le quali hanno stabilito che il medico anche nell'esecuzione di prestazioni libero professionali continua ad agire in qualità di dipendente pubblico (Cass. Civ., Sez. Un., 3 marzo 1994, n. 2085; Cass. Civ. Sez. Un., 3 aprile 1990, n. 1028).

Più chiaramente la giurisprudenza ha precisato che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha: "*natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 cod. civ., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonchè, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo*

NOTA 3

Sul punto si vedano le Circolari Agenzia delle Entrate n. 362/E del Dicembre 1997; n. 69/E del 25 Marzo 1999 e n. 83/E del 28 settembre 2001. La Circolare n. 69/E del 25 Marzo 1999, chiaramente ed in modo non equivoco, afferma che i compensi per l'attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale devono essere assimilati a quelli di lavoro dipendente. "L'attività libero-professionale non può infatti essere assimilata all'attività libero professionale in senso proprio neppure nel caso in cui venga temporaneamente esercitata in spazi reperiti all'esterno dell'azienda in strutture non accreditate per carenza di idonee strutture all'interno dell'azienda stessa". Si ricorda che sulla quota derivante dall'attività libero professionale il contributo previdenziale viene corrisposto dal singolo professionista all'Enpam e non all'Inps come avviene per i dipendenti e quindi assimilato a libera professione assoluta. ■

ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto" (Cass. 14.07.04 n. 13066; in senso conforme Cass. 26.01.2006 n. 1698).

Detto orientamento non sembra essere scalfito nemmeno dalla recentissima sentenza n. 4924/2016 del Consiglio di Stato pubblicata il 23.11.2016 la quale ha precisato che "le prestazioni sanitarie assoggettabili al pagamento di un ticket sono soltanto quelle ricomprese nei LEA garantiti dal SSN a tutti i cittadini (come ha affermato la Corte Costituzionale nella sentenza n.203/2008 sulla competenza legislativa statale in materia di previsione di ticket per prestazioni ambulatoriali)" e non anche quelle intramoenia. Secondo i giudici, infatti, l'attività libero professionale svolta intramoenia non integra l'erogazione di prestazioni rientranti nei LEA (quali individuati dal DPCM 29 novembre 2001), restando, al contrario, nell'ambito di una attività svolta in qualità di libero professionista dal medico con particolari vincoli e modalità organizzative" ne tantomeno dalla nota circolare 15/2011 del Ministero del Lavoro che si limita ad escludere dall'orario di lavoro le attività professionali intramurarie.

La circostanza però che le prestazioni libero-professionali non possono, per definizione, essere erogate dal SSN non modifica il regime di responsabilità del medico che esercita la propria attività libero-professionale posto che, comunque, detta attività non può essere assimilata, per le ragioni esposte, all'attività libero professionale in senso proprio. Sul punto si richiama l'ordinanza della Corte di Cassazione Sezione Sesta Civile (Ordinanza n. 27391 del 24.12.2014) secondo cui qualora il rapporto tra l'utente e la struttura sanitaria del S.S.N. (o convenzionata) abbia corso con l'espletamento di una serie di prestazioni aggiuntive, il cui costo sia posto direttamente a carico dell'utente e non del Servizio Sanitario Nazionale ed anzi con l'espressa esclusione dell'operatività delle procedure del S.S.N., come nel caso (di cui alla specie) di esecuzione di un intervento operatorio espletata da un medico della struttura sanitaria in regime intramurario, con addebito all'utente dei costi della sua prestazione e di altri medici nonché di quelli della struttura, sulla base di un vero e proprio contratto intervenuto fra l'utente e la struttura del S.S.N., salvo per una parte minore che rappresenti il costo aziendale normalmente a carico del S.S.N., trova applicazione alla controversia di risarcimento danni derivanti dall'esecuzione della prestazione, in quanto nel rapporto da considerarsi su base unitaria, la struttura sanitaria si è posta direttamente nei confronti dell'utente. ■

Claudio Testuzza

L'INPS CHIARISCE I TERMINI DELL'OPZIONE DONNA

L'Inps, dopo la pubblicazione della legge n. 258 del 28 dicembre 2015 interviene, con una specifica circolare, la n. 45 del 29 febbraio, a chiarire i termini della cosiddetta opzione donna su cui in passato era intervenuta in maniera restrittiva creando non pochi problemi a coloro che avessero voluto usufruire di tale disposizione.

Ricordiamo che l'articolo 1, comma 9, della legge 23 agosto 2004 n. 243 e successive modifiche, prevedeva e prevede che, in via sperimentale, fino al 31 dicembre 2015, le lavoratrici possono conseguire il diritto all'accesso al trattamento pensionistico di anzianità, ove in possesso dei prescritti requisiti anagrafici e contributivi, optando per la liquidazione del trattamento medesimo secondo le regole di calcolo del sistema contributivo.

Detta facoltà di opzione è stata ribadita, dal citato comma 281, anche per le lavoratrici che entro il 31 dicembre 2015 abbiano maturano un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni (per le gestioni esclusive dell'AGO – dipendenti pubblici: Inpdap - 34 anni, 11 mesi e 16 giorni) e un'età anagrafica pari o superiore a 57 anni e 3 mesi per le dipendenti e 58 anni e 3 mesi per le autonome a prescindere dalla data di decorrenza del trattamento pensionistico.

In particolare la disposizione, afferma l'Inps, è volta a consentire l'accesso alla pensione anche qualora la decorrenza del trattamento pensionistico sia successiva al 31 dicembre 2015, ferma restando la maturazione dei requisiti entro tale data.

Pertanto, la data del 31 dicembre 2015 è da considerarsi quale termine entro il quale devono essere soddisfatti i soli requisiti contributivi e anagrafici per il diritto alla pensione di anzianità in regime sperimentale donna.

In sostanza, come già da noi più volte ribadito in passato, l'accesso al canale di pensionamento anticipato viene garantito alle nate sino al 30 settembre 1958 (1957 se autonome) con pieno superamento delle indicazioni contenute nelle circolari Inps nn. 35 e 37 del 14 marzo 2012 e del messaggio n. 9231 del 28 novembre 2014 nella parte in cui fissava, erroneamente, alla data del 31 dicembre 2015 il termine ultimo entro il quale doveva collocarsi la decorrenza della pensione di anzianità ai sensi dell'articolo 1, comma 9, della legge 23 agosto 2004 n. 243.

Al riguardo, l'istituto previdenziale invita le sue sedi a procedere alla lavorazione delle domande di pensione di anzianità in regime sperimentale presentate dalle lavoratrici che hanno perfezionato i prescritti requisiti entro il 31 dicembre 2015 e la cui decorrenza della pensione si colloca successivamente alla predetta data.

L'Inps interviene anche nel merito delle disposizioni impartite dall'art. 1, comma 113 della legge n. 190/2014 che prevede l'esclusione delle riduzioni percentuali dei trattamenti di pensione anticipata ai trattamenti pensionistici anticipati già liquidati negli anni 2012, 2013 e 2014. Riduzione prevista dell'1% per ogni anno di anticipo nell'accesso al pensionamento anticipato rispetto all'età di 62 anni e del 2% per ogni anno ulteriore di anticipo rispetto a due anni e sospesa per i pensionamenti attivati sino a tutto il 2017.

In particolare la circolare si esprime sulla questione legata alle penalizzazioni per i lavoratori e le lavoratrici che sono usciti con la massima anzianità contributiva nel sistema misto tra il 2012 ed il 2014 con un'età anagrafica inferiore ai 62 anni e che, pertanto, hanno visto l'applicazione della riduzione dell'1-2% sulle quote retributive dell'assegno per ogni anno di anticipo rispetto alla suddetta età. L'Inps ricorda che il comma 299 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 estende l'applicazione di tale norma ai trattamenti pensionistici anticipati aventi decorrenza negli anni 2012, 2013 e 2014, al fine di escludere anche per essi le penalizzazioni, esclusivamente con riferimento ai ratei di pensione corrisposti a decorrere dal 1° gennaio 2016. Pertanto, in ragione della decorrenza della norma, la ricostituzione pensionistica avverrà senza riconoscimento di interessi o arretrati per i ratei relativi a periodi precedenti alla data del 1° gennaio 2016. ■

Francesco Lucà

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE: PRINCIPI GENERALI

Con la definitiva approvazione della riforma della responsabilità sanitaria sembra essere stato raggiunto, dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, prodotto con la legge Balduzzi, l'obiettivo di normare la materia.

Il mondo sanitario sta vivendo momenti di grande complessità e difficoltà perché se da un lato emerge l'aumento esponenziale dei contenziosi tra medici e pazienti, con una diminuzione della fiducia nella sanità, dall'altro aumenta la richiesta di qualità nelle prestazioni.

Non solo è cambiato lo scenario di riferimento con l'invecchiamento della popolazione; l'aumento delle patologie cronico degenerative; lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche; la destrutturazione del tessuto familiare e urbano, con maggiori bisogni per particolari fasce di bisogno; l'aumento del tasso culturale della popolazione e parallelo aumento della capacità di conoscere i propri bisogni sanitari ed i relativi percorsi di accesso; il risparmio forzoso per bilanci pubblici vincolati a tetti di spesa per crisi della finanza pubblica. E' cambiato anche il contesto sociobiologico per le risorse limitate, l'"esplosione" della richiesta di salute, l'incremento dei costi e quello dell'incremento di complessità operativa, il tumultuoso progresso scientifico e lo schematismo "colpa-danno".

La *customer satisfaction* è appunto la percezione che ha l'utente della qualità della prestazione ricevuta.

Si fa presto a parlare di *empowerment* degli utenti perché la disparità cognitiva ed emotiva del profano rispetto al tecnico è tale che la misurazione della *customer satisfaction* rischia di essere assolutamente parziale, generando semplificazioni pericolose, come stare bene vuole dire sentirsi in forma o essere stati curati bene perché si è stati trattati in modo confortevole.

In tempi di profonda crisi sociale, la qualità del sistema deve necessariamente basarsi sulla fiducia e soddisfazione del paziente e questo deve avere fondamento su una forte umanizzazione del rapporto medico-paziente. Solo un migliore rapporto può permettere la costruzione di percorsi appropriati e soprattutto vicini alle istanze del malato. Umanizzare le cure vuol dire porre attenzione alle differenze ed assicurare a tutti le stesse opportunità, anziani, bambini, disabili, con una ricerca di soluzioni dedicate.

La fiducia nelle istituzioni sanitarie aveva, nel passato, come alleato un atteggiamento fatalista espresso dal detto *errare humanum est*. Il riconoscimento della fallibilità è dire che i medici sono esseri umani e quindi possono sbagliare. Una richiesta di benevola indulgenza senza cadere nel *diabolicum in malo perseverare* di Sant'Agostino o nel *nullius nisi insipientis perseverare in errore* di Cicerone.

La medicina paternalistica si è trasformata in una medicina piena di tante informazioni. Il profano riceve una quantità di dati, più o meno dettagliati e ridondanti ed il più delle volte trasmessi in modo freddo e distaccato, al che gli riesce difficile discernere le notizie rilevanti da quelle secondarie, in ordine alla sua personale decisione.

Il paternalismo oggi contestato ha assolto una sua funzione fondamentale quando la medicina era una pratica legata alla semplice analisi dei dati riferiti dal paziente ed era sprovvista di autentiche conoscenze scientifiche e povera di mezzi tecnologici e terapeutici.

La medicina di quei tempi incarnava quel sostegno che è oggi demandato alla psicologia ed agli psicologi. Guai se i malati non si fossero fidati e non avessero posto la loro vita nelle mani del medico! La certezza che qualcuno si facesse carico del paziente e lo curasse come un figlio ha costituito la pietra miliare del successo secolare del modello paternalistico.

Con l'avanzamento tecnologico la rivendicazione della corretta ed articolata informazione clinica, la volontà dei pazienti di partecipare e condividere la propria cura, assumono una centralità irrinunciabile. Si sono verificate importanti trasformazioni culturali che hanno coinvolto sia il rapporto tra cittadino e servizi sanitari sia, in modo ancora più evidente, tra medico e paziente.

E' accertato che quando il paziente partecipi al processo decisionale la sua soddisfazione sia maggiore e la consapevolezza renda migliori i risultati.
Per tornare ai principi base dell'approccio medico-paziente si deve parlare, come già espresso, di un processo decisionale di tipo paternalistico in cui il paziente, in verità, non decide nulla. Di contrasto a ciò è il consenso informato da cui il paziente riceve le informazioni necessarie per prendere una decisione. Il consenso informato non deve essere inteso come mero atto burocratico ma come momento decisivo per promuovere l'alleanza terapeutica. In mezzo a queste due modalità esiste la condivisione delle decisioni in cui il paziente ed il medico contribuiscono insieme alla decisione ultima. Per fare ciò il dialogo deve essere aperto ed il paziente vi deve essere pienamente partecipe, anzi deve essere sollecitato ad esprimere le proprie preferenze in modo da discutere le opzioni in campo. Se, per esempio, il medico ha previsto un trattamento che richiederà modificazioni importanti delle proprie abitudini di vita, è necessario essere certi che le indicazioni fornite siano seguite. Bisogna comunicare al paziente tutte le componenti tecniche del trattamento, i rischi ed i benefici in modo soprattutto comprensibile indipendentemente dal grado culturale del soggetto. Il paziente deve comprendere per partecipare.
Un contributo specifico sui requisiti del coinvolgimento del paziente è stato dato dalle Raccomandazioni del Consiglio d'Europa, che prevedono che le informazioni debbano assicurare scelte consapevoli sulla base di una valutazione dei rischi e benefici delle opzioni di trattamento.
La fine del secolo scorso e i primi anni del nuovo secolo hanno visto la crescita esponenziale della medicina, soprattutto nelle sue componenti tecnologiche. Questo ha modificato il rapporto sociale tra professione medica e cittadini, considerato anche che l'innalzamento dell'aspettativa di vita ha prodotto l'aumento delle malattie croniche e degenerative. Quindi il modus operandi del medico ha dovuto confrontarsi con l'evolvere delle attese della società che ha, di fatto, modificato il rapporto medico-paziente.
La società, influenzata dai mass media, tende a credere che la medicina possa risolvere qualsiasi situazione patologica. Ma mentre cresce la fiducia nella medicina nel suo insieme, decresce la fiducia nel medico. La professione medica è percepita in modo completamente differente dal passato e per questo assistiamo alle richieste più o meno congrue, all'escalation di una medicina definita come difensiva, alla crescita delle liste di attesa, in una parola ad un'attività professionale che si volge più alla quantità che alla qualità.
Di contro la formazione professionale e l'aggiornamento sembrano legati a vecchi stereotipi mentre occorrerebbe una diversificazione dei processi di apprendimento, perché se è vero che non si può essere più, come nel passato, medici tuttologi è anche vero che troppo spesso assistiamo ad atteggiamenti professionali che mostrano carenze culturali.
Nel passato il paziente accettava il giudizio del medico come insindacabile, anzi ci si rivolgeva al medico come ad un consigliere laico, in contrapposizione al sacerdote. In una parola assistevamo ad una medicina olistica. Basti pensare al medico condotto che faceva piccola chirurgia, riduceva fratture, faceva l'ostetrico, praticava comunemente toracentesi e paracentesi.
Cosmacini afferma che "*quest'atteggiamento compensava spesso la propria scarsa efficienza terapeutica con la propria ancora cospicua efficacia curativa; il compenso della tecnologia carente stava in un'antropologia esaustiva, modellata sul buon rapporto interpersonale*".
La crescita delle conoscenze, della tecnologia, ha portato ad un'ampia scelta dei pazienti che ha finito per incrinare il rapporto medico-paziente. In contemporanea è cresciuta la burocrazia medica ed una visione della medicina vista sotto la luce dei costi invece che del prodotto finale.
Questo è un altro fattore, ovvero la visione del medico come un burocrate che prescrive secondo intendimenti poco comprensibili, vedi le recenti diatribe sulle norme sull'appropriatezza prescrittiva, ha finito per creare vere e proprie conflittualità ed animosità nel rapporto. In poche parole il comune denominatore che sembra essersi instaurato è quello della diffidenza reciproca. Per questo ormai una pletora di soggetti prende informazioni su internet sul come risolvere i propri problemi e si presenta al cospetto del medico, anche specialista, con innumerevoli domande su procedure diagnostiche e terapeutiche. Il medico si trova così a dover fronteggiare richieste apparentemente erudite che richiedono risposte rapide e soprattutto congrue per non essere considerato impreparato professionalmente. Ormai per il medico è la malattia l'oggetto da studiare e non più, come nel passato, la persona malata. Non più una medicina con l'individuo al centro ma una medicina avulsa dalla storia del soggetto. Si è quindi modificato il rapporto "umano" medico-paziente e siamo caduti in una professione in cui si parla di "contratto" professionale, una sorta di accordo commerciale che, svilendo il rapporto interpersonale etico e sociale, porta all'accusare il professionista ogni qual volta non ci senta trattati correttamente. Ecco perché il diritto ed il contenzioso legale finiscono per prevaricare il codice deontologico.

Il colloquio medico-paziente non può quindi essere un'informazione monodirezionale ma bidirezionale. La relazione non più mezzo per formulare una diagnosi, ma deve tornare ad essere scopo della medicina. Il paziente è un nuovo attore che vuole essere protagonista, mentre sulla precedente scena il protagonista era il medico.

Questa pariteticità non può prescindere, come accennavamo in precedenza, da un percorso formativo del medico assolutamente innovativo, che sia consapevole di dover non solo utilizzare le informazioni e le sue ipotesi ma deve ritrasmetterle al paziente in modo da renderlo partecipe e consapevole del percorso diagnostico e terapeutico da fare insieme. In una parola il raggiungimento di una ritrovata empatia.

La comunicazione può essere definita come "*l'attività che ci permette di mandare segnali che, a loro volta, generano risposte significative nell'ambiente, attuando un processo circolare e teoricamente infinito di stimoli e risposte*". La comunicazione è un circuito di retroazione che trasmette informazioni ed impone un comportamento. La nostra abilità e la nostra efficacia nel comunicare dipendono dunque dalla capacità di rilevare sistematicamente quanto il nostro interlocutore percepisce di quello che noi diciamo. La comunicazione si svolge in un clima in cui l'interlocutore si sente valorizzato e disposto a parlare. Quindi ascoltare attivamente significa non limitarsi all'interpretazione letterale dei messaggi dell'interlocutore, ma andare oltre nel capire certe sue affermazioni o alcuni suoi comportamenti. Ascolto attivo non significa necessariamente dedicare molto tempo ad ascoltare le cose che gli altri ci raccontano; significa solo dedicare un'attenzione reale e sincera agli altri, accettando i loro punti di vista e la loro logica, dimostrando il nostro interesse attraverso le risposte che diamo.

La comunicazione medico-paziente è riconosciuta come parte fondamentale della cura. Quanto e, soprattutto, come comunicato può avere un impatto fondamentale sulla soddisfazione del paziente, sulla comprensione delle informazioni ricevute e sulla adesione alla cure prospettate e quindi sul modo con cui egli affronta la malattia. Bisogna pensare che una cattiva notizia può modificare le aspettative della propria vita e di conseguenza le modalità di trasmissione di tali notizie ha un impatto fondamentale sulle decisioni da prendere. Una comunicazione efficace favorisce un migliore atteggiamento psicologico, una più attenta comprensione delle informazioni ricevute. L'abilità comunicativa ha la capacità di ridurre le controversie medico legali per *malpratice*. In un mondo in cui si ragiona sempre più in termini economici, una buona comunicazione ha effetti importanti anche da questo punto di vista dal momento che riduce il numero di consultazioni, spesso pagate di tasca propria dal soggetto.

Nel caso della comunicazione medico-paziente, gli obiettivi principali degli interlocutori saranno fornire e ricevere le migliori soluzioni possibili. Il modello centrato sul paziente è caratterizzato dal fatto che il medico ricerca attivamente il punto di vista del paziente. Si stimola il paziente a esprimere se stesso ed egli si deve sentire libero di parlare apertamente e fare domande corrette. Il medico risponde in base all'idea che si è fatto il paziente sulla propria malattia nel tentativo di trovare una base comune su cui ragionare e sul rispettivo ruolo. In linea di principio esistono dei passaggi per rendere le informazioni meno traumatiche e di conseguenza permettere al paziente un migliore adattamento alla malattia. Una relazione forte è fondamentale per una pratica clinica efficace. Senza un rapporto corretto il malato si sentirà a disagio e farà fatica ad affidarsi al medico.

Ci preme ricordare che la comunicazione non è solo quello che si dice ma anche il modo in cui ci si pone. Le persone preferiscono una comunicazione faccia a faccia, in un ambiente chiuso dall'impatto con gli altri. Certamente è importante capire se il paziente è preparato a ricevere le notizie che si stanno per dare. Non a caso molti richiedono la presenza di famigliari fino a delegare a questi la ricezione delle informazioni, ma se il paziente è debilitato dalla sua malattia o dalle cure a cui si è già sottoposto, è opportuno considerare che potrebbe non essere nelle condizioni fisiche e mentali adatte a ricevere ed ascoltare con attenzione qualunque notizia sia trasmessa.

Determinare la conoscenza che il paziente ha della propria malattia permetterà al medico di adeguare le proprie parole ed otterrà il risultato di far sentire il paziente coinvolto in modo attivo nel colloquio. La mancata corrispondenza tra le aspettative del paziente ed i fatti può causare rabbia o altre emozioni negative.

Uno dei problemi principali per un medico è quello di dire o non dire la reale situazione del paziente. In poche parole è sempre meglio raccontare la verità, anche nella sua crudezza, o negarla completamente o dire quelle che si possono definire come "mezze verità"? Indubbiamente la verità è più stressante sia per chi la riferisce sia per chi la riceve, ma è anche vero che la menzogna può ferire maggiormente e creare maggiori paure, dubbi, ansia e confusione. Ma la cosa principale è che senza corrette informazioni i pazienti non possono partecipare attivamente al processo decisionale e quindi dare un consenso

valido e condiviso. Il problema non dovrebbe essere se dire o non dire, ma come e in che tempi dire la verità.

Informare è un'abilità che richiede valutazione dei bisogni veri di informazione di chi ci ascolta, della sua capacità di capire e, in primo luogo, delle emozioni che si vanno a trasmettere. Molti studi hanno evidenziato che il paziente modifica il tipo di informazione che vuole ricevere a seconda del variare della situazioni che vive. Questo perché ognuno di noi ha i propri limiti nell'assorbire e gestire le notizie, ovviamente sempre di più se queste sono negative. Quando le informazioni sono negative esiste il problema di mantenere in vita tutte le speranze del paziente ed, allo stesso tempo, non dare false illusioni. Se far vedere il bicchiere mezzo pieno è certamente positivo, d'altra parte un eccesso di ottimismo può portare a sottovalutare la situazione ed è facile che si crei una maggiore disillusione quando le cose non debbano andare come previsto.

Spesso le informazioni date al paziente e ai suoi famigliari generano intense emozioni e queste potrebbero provocare, a loro volta, nel medico forti sentimenti, dall'ansia alla tristezza; all'impotenza davanti al progredire della malattia; alla colpevolizzazione di se stesso per non essere riuscito a fermarla; al timore di essere accusati di incompetenza. La consapevolezza di non riuscire a gestire le emozioni del paziente potrebbe indurre il medico a non dare informazioni complete o quantomeno a comportarsi in modo meno aperto con lui. D'altra parte pensare che chi riceve certe notizie non ne resti coinvolto è incongruo, quindi è fondamentale imparare a gestire tali situazioni. Occorre ricorrere all'empatia, ma questa è l'unica tecnica proponibile di fronte a certe situazioni. Occorre ricordare che entrare in empatia con il paziente non significa provare quello che egli sta provando né essere coincidenti con le sue emozioni, ma semplicemente far capire al paziente che ha tutta la nostra comprensione e che ci stiamo occupando di lui come persona e non come portatore di una patologia. In poche parole fargli capire che abbiamo compreso quali siano le cose importanti per lui, perché chi è colpito da una malattia, più o meno grave che essa sia, si trova in una condizione di non controllo della propria vita. Le cure mediche inducono la persona ad assumere un ruolo passivo, ma abbiamo visto nella nostra esperienza professionale che il paziente partecipa meglio alla cura quanto più sia consapevole del proprio stato, e lo stesso vale per i suoi famigliari.

Nonostante tutto quello che si è detto fino ad ora, ovvero l'importanza della comunicazione e della relazione medico-paziente, poi di fatto ci accorgiamo che nei colloqui raramente si utilizzano le regole che si dovrebbero seguire. I medici accusano la scarsità di tempo provocata dagli eccessivi carichi di lavoro, ma questa affermazione è facilmente confutabile visto che è stato dimostrato che bastano pochi minuti, 5 al massimo, per presentarsi ed illustrare i passaggi fondamentali di una corretta relazione. Dimostrare empatia, come già sottolineato in precedenza, può favorire maggiore sicurezza nel paziente nei confronti della malattia, senza per questo allungare i tempi della visita.

Dobbiamo invece assolutamente eliminare le interruzioni: una telefonata; una porta che si apre; un collega che chiede chiarimenti; tutto questo interrompe il dialogo e il paziente per prima cosa pensa che il medico non sia attento alle sue problematiche. Oltre al fatto che le interruzioni portano inequivocabilmente ad un disturbo dell'attenzione ed alla necessità di riprendere il filo del discorso.

D'altro canto il medico può pensare di non doversi interessare degli aspetti sociali della malattia o addirittura può temere di non saper rispondere a certe domande e non saper gestire le proprie emozioni. Ma è anche vero che se non tutti hanno il dono di saper comunicare, come non tutti hanno quello di saper insegnare, le modalità per saper comunicare possono essere insegnate ed apprese.

Dalla parte del paziente dobbiamo considerare che può dimostrarsi refrattario al dialogo perché può pensare che il medico di fondo non sia interessato ai suoi problemi o, addirittura, non promuovere il processo comunicativo, non domandare, perché così, non sapendo, non fa crescere le proprie paure e quindi non rischia di non saper controllare la situazione.

È evidente che solo con un'adeguata comunicazione al paziente della potenziale possibilità di errore può essere recepita la fallibilità umana, nonché compresa la percentuale di incertezza insita nel metodo, e apprezzata la sincerità. In tal modo è possibile instaurare il legame empatico fra medico e paziente; infatti una comunicazione efficace (empatica) costituisce la più cruciale delle risorse personali e consente di coordinare tutte le altre capacità che si possiedono, come osservare e risolvere problemi; trasforma la qualità della relazione impedendo disfunzioni, incomprensioni, errori, spreco di tempo e di risorse. Creando una comunicazione empatica il medico avverte le necessità del paziente, è più concentrato e fa meno errori e contestualmente il paziente comprende le difficoltà del medico. ■

Vincenzo Biondi

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE IN RADIODIAGNOSTICA

La disciplina specialistica di Radiodiagnostica o, con aggiornata terminologia estensiva, di Diagnostica per Immagini, condivide con tutte le altre attività e specialità medico-chirurgiche le esigenze, le problematiche ed i fini propri della medicina nella società odierna.

Perciò risulta pienamente applicabile anche a questa specialità dell'Area Radiologica tutto ciò che, per quanto attiene il rapporto medico-paziente, è stato analizzato ed esposto nella parte generale in cui, con orizzonte esteso a comprendere ogni ambito della professione medica, sono stati considerati evoluzione, caratteristiche, fattori e difficoltà di questo rapporto, fornendo anche indicazioni pratiche sui comportamenti consigliabili al medico-chirurgo attore in tale relazione.

Oltre ciò, però, nello specifico esercizio specialistico di questa disciplina concorrono alcuni ulteriori elementi caratteristici che creano condizioni ed esigenze particolari: anche a causa di queste esigenze il medico Radiologo deve essere preparato ad agire in una realtà professionale che richiede specifica e studiata attenzione verso elementi tecnico-comportamentali pressoché ineludibili, da gestire con notevole impegno.

Pertanto appare giustificato proporre, sul tema affrontato, considerazioni specificamente rivolte ai medici che praticano la Radiodiagnostica, nel convincimento che esse valgano a sottolineare aspetti di rilievo nella quotidianità professionale e che, inoltre, siano sostanzialmente motivate dalla diffusione e dall'importanza assunte, nella complessiva strategia clinica, da questa disciplina specialistica che, forse più di altre, si è confrontata con le notevoli evoluzioni culturali, tecnologiche e sociali degli ultimi decenni.

Perciò, dunque, qui di seguito rivolgeremo la nostra osservazione verso alcuni tra gli aspetti della relazione medico-paziente più caratteristici della Radiodiagnostica.

E' noto che molteplici fattori socio-culturali incidono nel determinare atteggiamenti, consci o inconsci, che possono influire sull'approccio delle persone agli atti ed alle situazioni della realtà quotidiana.

Per evidenziare, tra tutti questi, solo quelli che ci sembrano i principali che riguardano la Radiodiagnostica, partiamo dalla considerazione che la società attuale attribuisce tanto valore all'immagine al punto di averne creato, per certi aspetti, addirittura un culto: l'immagine, nella "cultura" massmediologica e dell'apparire, viene semplicisticamente vista come entità di per sé esplicita, oggettiva, significativa e, quindi, come realtà percepibile in maniera universale, immediata e diretta.

Soffermiamoci, poi, sul fatto che si tende, in maniera generalmente acritica, a percepire la moderna tecnologia come fattore determinante d'innovazione intrinsecamente positiva, se non addirittura salvifica. Questo tipo di pregiudizio, peraltro, non è molto diverso da quello con cui ci si può porre nei confronti dell'informatica allorquando ne vengano considerate solo superficialmente le stupefacenti capacità, senza approfondirne anche aspetti problematici come sono, ad esempio, quelli legati all'etica dell'intelligenza artificiale.

Se pure ci limitiamo a riferirci, dunque, ai soli fattori citati, già intuiamo quale possa essere la percezione della Radiodiagnostica che è maggiormente diffusa presso i cittadini influenzati da simili riferimenti socio-culturali: qualora essa venga considerata solo come attività che impiega costose ed avanzate tecnologie, spesso con ampio supporto di potenti computer, per produrre immagini ritenute immancabilmente eloquenti ed oggettivamente inequivocabili, di fatto vengono esaltate le suggestioni emotive della modernità, ma viene, purtroppo, ignorato il ruolo determinante svolto nel processo diagnostico dall'uomo, più precisamente dal medico Radiologo.

Infatti, in una visione del genere, tecnologia ed immagine, quasi mitizzate, possono giungere ad apparire entità in grado di "consegnare" la realtà, da esse autonomamente ed inconfutabilmente rivelata, ad un qualsivoglia intermediario pressoché inerte ed invisibile, che poi dovrebbe solo incaricarsi burocraticamente di trasmetterla "a chi di dovere", secondo schemi organizzativi appositamente preordinati ed omologati.

Senza dubbio l'atteggiamento verso il Radiologo di un paziente che si lasciasse guidare dalla visione appena esposta, sarebbe a dir poco problematico: quale rapporto umanizzato, per non dire addirittura empatico, potrebbe mai intercorrere

tra lui ed una figura che neanche lascia individuare distintamente il proprio ruolo?

Ecco perché il Radiologo deve essere ben preparato a prevenire adeguatamente casi del genere: egli potrà farlo con successo se saprà ben comunicare al paziente soprattutto il proprio ruolo e la propria disponibilità a considerare lui come singolarità da rispettare. Quando egli, al paziente, avrà prestato attento ascolto, sapendone rispettosamente cogliere eventuali richieste o timori anche solo accennati; quando avrà scrupolosamente fornito dei seppur brevi ragguagli su utilità, limiti oggettivi o possibili difficoltà dell'esame, ottenendo quindi un consenso effettivamente informato; quando avrà palesemente adeguato il proprio modo di agire, anche durante la predisposizione e la conduzione dell'esame, alle esigenze cliniche o situazionali specifiche, allora, sostanziando il proprio ruolo di medico, avrà favorito un avvio positivo al rapporto con la persona con cui interagisce.

Proprio partendo da una siffatta situazione relazionale basilare, il paziente può dunque liberamente esercitare la propria volontà, decidendo se rifiutare o, al contrario, se ulteriormente sviluppare l'interazione con questo medico, permettendo alla relazione medico/paziente di rinsaldarsi quale alleanza terapeutica. Nel realizzare quest'ultima, il Radiologo si avvarrà sempre della preparazione culturale anzitutto fondata sulla compiuta impostazione medica olistica, poi ulteriormente arricchita dalla visione e dalle pratiche specialistiche. Ciò, nell'alleanza, lo mette in grado di essere percepito come la sola figura medica che possa assicurare con la propria opera, responsabilmente, le diverse garanzie necessarie al paziente che fruisce della radiodiagnostica, integrandole tutte funzionalmente: le competenze e l'impegno deontologico ai fini della radioprotezione; l'appropriatezza realizzativa del procedimento semeiologico strumentale, reso specificamente adeguato al quesito ed alle situazioni cliniche; l'elaborazione dei dati miratamente ottenuti e l'interpretazione di essi in coerenza anche con eventuali elementi clinico-anamnestici da lui stesso appositamente individuati e valutati; la qualificata ed articolata collaborazione attiva con il medico curante per ottimizzare l'iter diagnostico di propria competenza ed integrare ciascun atto medico radiologico nel complessivo e specifico processo diagnostico-terapeutico in atto.

In definitiva, dunque, l'eventuale influenza sui cittadini di erronee, seppur diffuse, concezioni circa i rapporti tra immagini, tecnologia e diagnostica radiologica può determinare sul paziente atteggiamenti poco adatti ad un utile e corretto rapporto con il Radiologo. Pertanto, in Diagnostica per Immagini, appare importante che il medico specialista sia egli stesso il primo a comportarsi in maniera da testimoniare costantemente il corretto ruolo del Radiologo ed annullare ogni deleteria ipotesi di medicina "automatizzata" o ridotta a burocratica applicazione di procedure pre-omologate: tutto ciò allo scopo di stabilire con il paziente sempre l'alleanza terapeutica più proficua per la tutela della salute. ■

SUL PROSSIMO NUMERO:

Giovanni Mandoliti tratterà
"La relazione medico-paziente in Radioterapia"
e
Lucio Mango esaminerà
"La relazione medico-paziente in Medicina Nucleare"

VERBALE

VERBALE SEGRETERIA NAZIONALE FASSID – AREA SNR

ROMA, 13 LUGLIO 2016

La Segreteria Nazionale Fassid - Area Snr si riunisce il giorno 13 del mese di luglio dell'anno duemilasedici presso la sede di Roma, in via Farini 62, per discutere il seguente Ordine del Giorno (O.d.G.):

1. Approvazione verbale SN del 19 maggio 2016.
2. Situazione politico-sindacale.
3. CODIRP
4. Approvazione nuovo statuto e nuovo regolamento
5. Convocazione Assemblea Generale per il 17.9.16.
6. Istituzione gruppo di lavoro sulle aziende ospedaliero-universitarie
7. Varie ed eventuali

Alle ore 10.35 hanno inizio i lavori. Sono assenti giustificati: Vincenzo David, Roberto Vinattieri, Luisa Manes, Lorenzo Bison, Giovanni Mandoliti e Raffaele Pinto.
Alla SN odierna partecipa, in aggiunta ai componenti effettivi, il segretario regionale delle Marche Giulio Argalia.
Assiste la responsabile di segreteria Antonella Bellacqua.

Punto 1 all'O.d.G.

Viene approvato all'unanimità il verbale dell'ultima SN (19.5.u.s).

Punti 2, 3 e 4 all'O.d.G

Il Segretario Nazionale **Corrado Bibbolino** dà inizio alla relazione sulla situazione politico-sindacale: circa l'iter del Ddl ex art. 22 del Patto della Salute, dopo due incontri ufficiali presso il Ministero, l'intesa appare sempre più lontana con le Regioni in merito alla nuova figura professionale sanitaria (proposta dalle Regioni) da inquadrare come categoria non dirigenziale e da ammettere in soprannumero alle scuole di specializzazione; i livelli di autonomia e di responsabilità professionale previsti appaiono di difficile attuazione in quanto non possono essere sovrapponibili a quelli dei medici specialisti.
Il Segretario comunica che Aran e Sindacati hanno firmato l'accordo quadro nazionale che ridefinisce i nuovi comparti e le nuove aree di contrattazione del pubblico impiego: esso definisce la nuova cornice entro la quale avranno luogo i rinnovi contrattuali del triennio 2016-2018 dove i comparti di contrattazione, passando da 11 a 4, diventano Funzioni centrali, Funzioni locali, Istruzione e ricerca, Sanità (in quest'ultima area è presente la Fassid). All'uopo viene attivato un gruppo di lavoro, coordinato da **Canitano** e composto da **Rosenberg**, **Bracelli**, **Lucà**, **Guerra** e **Liguori**, che dovrà compiere il proprio mandato entro il prossimo CN previsto per Fiuggi in data 22.9.p.v.
Per quanto concerne la Fassid, **Bibbolino** continua ad esortare la SN nell'intensificare i coordinamenti medici e sanitari per migliorare l'articolazione periferica, ricordando nuovamente di raccogliere ed incrementare le iscrizioni viste le potenzialità della platea attuale: il numero attuale dei radiologi dipendenti del Ssn è di circa 6500 unità mentre i radiologi iscritti, secondo gli ultimi dati censiti, sono circa 3000 unità, poco meno della presumibile metà: in previsione del Congresso Sirm 2016 a Napoli è necessario attivare un censimento reale del numero esatto dei dirigenti medici dell'area radiologica del Servizio sanitario nazionale. Alla situazione politico-sindacale attuale segue una discussione partecipata.
Lucà ritiene che sul prossimo rinnovo contrattuale c'è il macigno delle risorse perché 300 milioni di euro sono troppo pochi (circa 0,4% del monte salari); auspica un incremento di esse nella prossima Legge di stabilità che dovrebbe contenere ufficialmente gli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
Sacco comunica che in Toscana, nelle nuove Asl di area vasta, sono da poco stati nominati i super-capi dipartimento che saranno figure cardine della riorganizzazione sanitaria

regionale per la realizzazione della programmazione per garantire omogeneità dei percorsi assistenziali e delle procedure; in quest'ultimo caso teme che, nell'ambito della Diagnostica per immagini, la Telegestione possa venire sovrautilizzata se ritenuta poco dispendiosa dalla maggioranza delle valutazioni che superficialmente ne considerano solo i costi diretti.

Capodieci comunica di aver ricevuto recentemente la visita dei Nas presso l'unità operativa da lui diretta; durante l'ispezione è stato richiesto se le procedure in atto di Telegestione fossero applicate secondo le linee guida Istisan, le modalità di acquisizione del consenso informato durante la procedura e l'esistenza di protocolli aziendali in merito.

Rosenberg riferisce che anche in Liguria, a Genova e Savona, ci sono state ispezioni recenti dei Nas dovute alla denunzia di apparecchi radiologi per la Moc ubicati in zone inappropriate.

Canitano auspica un maggior coinvolgimento delle UO di Radiologia nel recepimento delle linee guida Istisan per la Telegestione e ricorda come il recepimento in periferia del futuro CCNL da parte della categoria dei medici radiologi deve essere l'occasione per dimostrare il loro ruolo decisivo nella stessa appropriatezza.

Punto 3 all'O.d.G

Bibbolino, in merito alla situazione organizzativa, comunica che la confederazione Codirp è ufficialmente riconosciuta dall'Aran e che attualmente la sua composizione comprende tutti i comparti di contrattazione dei dirigenti del pubblico impiego; esorta a trasmettere l'articolazione Codirp anche a livello regionale.

Punti 4 e 5 all'O.d.G

Vengono dibattuti il nuovo statuto e regolamento; **Rosenberg** esprime perplessità sull'articolo 30 del nuovo statuto nella forma proposta e ritiene che gli attuali quadri sindacali debbano essere rinnovati solo dopo la scadenza naturale del mandato.

Terminato il dibattimento, il nuovo statuto e il regolamento sono approvati all'unanimità dalla SN: essi saranno proposti all'Assemblea generale che viene convocata a Napoli il 17.9.p.v. e pertanto sarà straordinaria.

Punto 6 all'O.d.G

Bibbolino propone alla SN di istituire un gruppo di lavoro che analizzi la mission attuale, prevalentemente per l'ambito radiologico, delle aziende ospedaliere- universitarie.

Esse nacquero alcuni anni fa nelle varie realtà universitarie italiane, con decreto del rettore di appartenenza, con lo scopo dichiarato sia di assistenza pubblica ma anche di didattica universitaria con dotazione di strategia gestionale autonoma; nel frattempo è indubbio che siano diventate "laboratori" dove sono sorte progressivamente dinamiche strutturali complesse e complicate (formazione, volumi di attività, etc) causate dalla natura interna spuria: al tempo stesso oggi queste strutture sanitarie detengono, a torto o ragione, il ruolo prevalente di eccellenza nel ricovero e cura del Servizio Sanitario Nazionale. Riguardo al Gruppo di Lavoro, viene proposto **Argalia** Coordinatore, e **Sacco**, **Canevari** e **Schettini** come **Componenti**.

Punto 7 all'O.d.G

Accarino comunica che i nuovi Lea sono in dirittura d'arrivo in quanto è stato approvato il Dpcm; è atteso a giorni il via libera del Mef ma la partita non finirà qui perché si prevedono, dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, altre intese Stato-Regioni per modificare indicazioni di derogabilità di alcune prestazioni.

In accordo a ciò, prima della pubblicazione ufficiale, a breve egli invierà alla SN i nuovi Lea dell'Area Radiologica affinchè ognuno effettui i rilievi che riterrà opportuno di concerto con le Società Scientifiche di riferimento dandone riscontro.

Alle ore 15.00, non essendovi altri argomenti da discutere, vengono dichiarati conclusi i lavori della Segreteria. ■

Lettera del Presidente SIRM

Presidente
Carmelo Privitera

Past President
Carlo Masciocchi

Presidente eletto
Roberto Grassi

Vice Presidenti
Bruno Accarino
Giovanni Battista Meloni

Consiglieri
Bruno Accarino
Alda Borré
Fabrizio Calliada
Giuseppe Capodieci
Antonio Raffaele Cotroneo
Massimo De Filippo
Francesca Fornasa
Salvatore Giuseppe Galea
Morando Grechi
Silvia Magnaldi
Giovanni Battista Meloni
Massimo De Filippo
Germano Scevola

Direttori sito web
Palmino Sacco

Coordinatore ECM
Vittorio Miele

Direttore delle attività editoriali
Andrea Giovagnoni

Direttore de "Il Radiologo"
Palmino Sacco

Direttore de "Il Giornale Italiano di Radiologia Medica"
Antonio Pinto

Rappr. Area Radiol. nel Cons. Sup. di Sanità
Adelfo Elio Cardinale

Presidente SNR
Paolo Sartori

Rappr. CollegioProf. Radiologia
Roberto Lagalla

Coordin. Gruppi Regionali
Antonio Orlacchio

Coordin. Sezioni di Studio
Vittorio Miele

Presidente FIdeSMAR
Antonio Rotondo

Coordin. Collegio Dirig. Radiol. Ospedalieri
Nicoletta Gandolfo

Coordin. Collegio Liberi Professionisti
Valeria Viterbo

Segretario alla Presidenza
Antonio Barile

Segretario Amministrativo
Luca Brunese

Vice-segretario Amministrativo
Giorgio Benea

Coord. Attività Internazionali
Massimo Midiri

Coordinatore Rapporti Sezioni di Interesse Societario
Francesco Coppolino

Presidente Congresso Nazionale
Giacomo Garlaschi

Cari Soci,
come promesso nella lettera di insediamento desidero informarvi periodicamente, possibilmente con cadenza trimestrale, dell'attività del CD al fine di condividere il percorso e le iniziative intraprese.

La nostra segreteria di Milano si è ingrandita con l'acquisizione dell'immobile sottostante, destinato ad essere la sede del Centro di Formazione che agirà sinergicamente a quello del Cardello. Contiamo di poterlo rendere fruibile già entro la fine dell'anno.
Ciò in ragione della particolare attenzione posta all'attività educazionale e di aggiornamento, orientata verso tutti i soci, ma particolarmente verso gli specializzandi, gli junior ed gli interventisti. Sarà tecnologicamente avanzato e permetterà a tutti coloro che vi afferiranno per attività di aggiornamento di ritrovarsi a casa propria nella prestigiosa sede istituzionale societaria.

Con l'aiuto di Palmino Sacco e dei colleghi che collaborano con lui troverete il sito rinnovato.
Potrete fruire con maggiore facilità della raccolta dei documenti più recenti esitati dalla SIRM, peraltro sfrondata di quelli ormai obsoleti.
Con l'aiuto del nostro responsabile ECM Vittorio Miele potrete acquisire sino a 26 crediti formativi gratuiti per il 2017 attraverso i corsi FAD, inseriti proprio sul sito ed anche sul Giornale Italiano di Radiologia.
Spero che apprezzerete le iniziative di aggiornamento professionale

offerte dalla rubrica apposita curata da Alessandro Carriero, ormai veterano del progetto educazionale on line, disponibile, con spirito istituzionale, a proporne una versione fruibile da tutti i soci sul sito.
Tulle le Sezioni di Studio ed i Gruppi Regionali afferiscono al sito con una propria pagina, che faremo di tutto affinché possa essere costantemente aggiornata.

Insieme al Prof. Garlaschi, a Nicoletta Gandolfo, ad Enzo Silvestri ed agli altri colleghi liguri abbiamo potuto finalmente confermare definitivamente **Genova** come sede del prossimo **Congresso Nazionale**, che si svolgerà **dall'8 all'11 novembre del 2018** presso il padiglione blu della Fiera.
Soprattutto Mino Garlaschi ha molto lavorato per ottenere le necessarie garanzie delle autorità politiche ed istituzionali del capoluogo ligure affinché il congresso possa essere un successo. I presupposti ci sono tutti e Nicoletta Gandolfo ha già da tempo iniziato, nella qualità di Presidente del Comitato Scientifico, riunioni in linea con il cronoprogramma a suo tempo definito.
Troverete sul sito e con i remind sulla vostra posta elettronica tutte le notizie aggiornate sul nostro prossimo Congresso Nazionale.

Il rapporto con Sezioni e Gruppi si è fatto più stretto e collaborativo, con incontri dedicati e con progetti di lavoro personalizzati, realizzati con la puntuale collaborazione dei nostri Coordinatori Vittorio Miele ed Antonio Orlacchio.
Le prime offriranno una maggior numero di giornate di aggiornamento al Cardello con celebrazione nel 2017 dei rispettivi congressi nazionali di sezione possibilmente in occasione dei raduni dei Gruppi regionali; i secondi saranno più attenti alle esigenze dei soci nelle diverse realtà regionali, affiancando sinergicamente il nostro sindacato, facilitando anche l'adesione allo stesso.

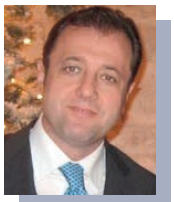
Il SNR è il nostro asso nella manica nei rapporti istituzionali proprio per la diversità del mondo sanitario delle nostre regioni. La loro forza è la nostra forza e la serietà del progetto messo in campo dal nostro sindacato merita attenzione, appoggio e condivisione.

Già nel primo consiglio direttivo di gennaio ci siamo premuniti sul ruolo da esercitare dall'entrata in vigore della nuova legge sulla responsabilità professionale (legge Gelli in vigore dal 2 aprile) ed abbiamo istituito una commissione per aggiornare le linee guida.
Patrizia Garribba, che ne coordina l'attività, sta lavorando sodo con un gruppo di altre colleghe al fine di poter offrire in tempi brevi alle istituzioni (presumibilmente l'Istituto Superiore di Sanità) un documento possibilmente condiviso con le società scientifiche delle altre discipline.
Ciò allo scopo di fornire ai radiologi uno strumento istituzionale societario utile nell'attività professionale di tutti i giorni e comunque forte e ben strutturato in caso di contestazioni anche di fronte all'autorità giudiziaria.

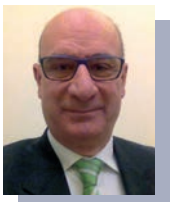
I primi mesi di questa presidenza sono stati intensi ed a mio parere stiamo impostando un lavoro che spero possa dare buoni frutti.

Le ultime settimane ci hanno riservato anche momenti di grande amarezza per la ravvicinata scomparsa di due Past-President che hanno contribuito alla storia della Radiologia Italiana e della SIRM: Ludovico Dalla Palma (Presidente dal 1992 al 1996) e Francesco Dalla Palma (Presidente dal 2004 al 2006).
Figure di altissimo profilo e di profonda dedizione professionale. Li ricordo a coloro che hanno avuto la fortuna di conoscerli ed apprezzarli.
Li indico come modello da seguire ai più giovani, che pur non avendoli conosciuti debbono avere l'ambizione di emularli. ■

LA TELERADIOLOGIA IN MARINA MILITARE



Elviro Cesarano



Carmelo Privitera

La teleradiologia è un argomento particolarmente dibattuto in Sanità che ha sostanzialmente diviso i *discussant* tra gli estremamente favorevoli che ne esaltano i vantaggi e le potenzialità e i favorevoli *con riserva* che pur consci delle concrete possibilità, ne evidenziano le implicazioni in termini di qualità della prestazione, possibili rischi per i paziente e non ultimo per gli operatori sanitari, in definitiva con argomentazioni tese anche alla difesa delle professioni coinvolte.

Per la Sanità Militare, la teleradiologia è *un'attività operativa*, componente della Telemedicina, che opportunamente normata in ragione delle specificità e degli obiettivi dello strumento militare può tradursi e rappresentare oltre che un valido supporto per il personale militare impegnato fuori area, anche un servizio per la collettività, specie in caso di calamità.

Sabato 25 Febbraio è stata una giornata speciale per la SIRM e l'Ispettorato di Sanità della Marina Militare: a bordo della Portaerei Cavour, presso la Stazione Navale Mar Grande a Taranto, si è tenuta la presentazione del documento congiunto di **Telegestione radiologica M.M. – Linee guida e procedure operative**.

La *Direttiva è tesa* a fornire le descrizioni del sistema di gestione integrata dei servizi di diagnostica per immagini della M.M. e le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio di teleradiologia, con riferimento alle attività di Teleradiologia svolte sul territorio nazionale presso i Comandi ed Enti della Marina Militare, in regime di *urgenza/emergenza* su Unità Navali, in operazioni militari e/o comunque in condizioni disagiate ove non sia presente l'Ufficiale/Medico radiologo in servizio, ma sia comunque disponibile un Ufficiale/medico radiologo reperibile.

I capisaldi della Direttiva sono stati nell'occasione illustrati dal collega radiologo *Elviro Cesarano*, Ufficiale Medico Capo servizio diagnostica per Immagini presso il Centro Ospedaliero

Il Prof. Carmelo Privitera con l'Ammiraglio di Squadra Donato Marzano, Comanandante in Capo della Squadra Navale (al centro) e l'Ammiraglio Ispettore Enrico Mascia, Capo dell'Ispettorato di Sanità del Corpo Sanitario M.M.

La nave Cavour è la portaerei STOVL della Marina Militare italiana. Entrata in servizio nel 2009, dal 2011 è la nave ammiraglia della flotta

Militare di Taranto, che ha evidenziato come la teleradiologia in ambito Marina Militare sia "*un servizio ad alta specializzazione teso a fornire assistenza ai nostri militari e ad ottimizzare le risorse.*" In considerazione anche della specificità e dei compiti istituzionali della Forza Armata, la Direttiva individua:

1. Gli elementi di organizzazione

Soggetti ben definiti, ciascuno con incarichi e funzioni ben delineati, che collaborano in sinergia nel conseguimento degli *obiettivi istituzionali.*

2. Le pratiche radiologiche

Sono ammesse tutte le indagini non contrastografiche di radiologia tradizionale e, in ragione della specificità e dell'operatività, su Nave Cavour anche le principali prestazioni TC non contrastografiche.

In previsione del prossimo recepimento della direttiva Euratom 59/2013 si è provveduto a distinguere tra

a. *Pratiche implicanti l'esposizione intenzionale con metodiche per immagini a scopo medico in urgenza/emergenza nel caso in cui la prestazione radiologica sia resa in un punto di primo intervento ove non sia presente l'Ufficiale/Medico radiologo.*
b. *Pratiche implicanti l'esposizione intenzionale con metodiche per immagini a scopo non medico. Lo scopo precipuo dell'esame radiologico è quello di verificare l'esistenza di fattori di rischio individuali, rapportando i risultati conseguiti con i requisiti psico-fisici previsti dall'Ordinamento Militare e dai Regolamenti vigenti e volto alla sorveglianza e prevenzione sanitaria del personale militare.*

3. Le procedure operative

Organizzazione rigorosa sotto la responsabilità dei medici radiologi basata su regole precise conosciute da tutti gli operatori, formalizzata da protocolli redatti dai radiologi, messi in opera con l'aiuto di altri professionisti della sanità e delle strutture coinvolte.

Il prof. Grassi ha spiegato come "*la Direttiva di Telegestione M.M. sia un documento innovativo per genesi e portata, atto a favorire e a sostenere la ricerca di possibili strategie per migliorare gli esiti delle attività e delle prestazioni di teleradiologia, con una attenzione particolare alle esperienze di telegestione della prestazione radiologica – come previsto e richiesto dalle normative vigenti, dalle linee guida nazionali in materia e in coerenza con la specificità d'istituto dello strumento militare.*" Con l'auspicio che la firma congiunta del documento tra la Marina Militare e la SIRM ponga le basi per future collaborazioni.

Da sinstra:
Prof Macarini, Ammiraglio Ispettore Enrico Mascia,
Capitano di Fregata Elviro Cesarano (*Capo servizio Diagnostica per Immagini del Centro Ospedaliero Militare Taranto*),
Dott. Cosimo Nume (*presidente OMCeO Taranto*),
Prof. Carmelo Privitera, Prof. Antonio Grassi
Capitano di Vascello Roberto Micelli (*Comandante della nave Cavour*)

La delegazione della SIRM, rappresentata dal presidente prof. Carmelo Privitera, dal prof. Grassi e dal Prof. Macarini ha ricevuto il "Benvenuto a Bordo" dal Comandante dell'Unità, il Capitano di Vascello Roberto Micelli ed è stata accolta dal Comandante in Capo della Squadra Navale, l'Ammiraglio di Squadra Donato MARZANO.

La cerimonia è iniziata alle ore 09.45 con la prolusione del Capo dell'Ispettorato di Sanità e del Corpo Sanitario M.M., Ammiraglio Ispettore Enrico Mascia: "*L'impegno di garantire ai nostri uomini e alle nostre donne impiegati in teatro operativo, in realtà disagiate e in condizioni spesso di urgenza ed emergenza, le forme più opportune ed efficienti di partecipazione all'assistenza rappresenta per la sanità militare il leitmotiv della propria mission.*"

"*A tal fine l'Ispettorato di Sanità della Marina Militare ha da sempre considerato la collaborazione con le Società Scientifiche di riferimento una modalità privilegiata per lo sviluppo delle professionalità del proprio personale sanitario, nella certezza che lo scambio delle competenze messe a disposizione possa rappresentare l'occasione di arricchimento e sviluppo professionale*".

Le parole dell'Ammiraglio Ispettore Mascia, pienamente condivise dal Presidente prof. Privitera con la firma congiunta del documento di Telegestione radiologica M.M., hanno posto basi solide e concrete per future e più ampie collaborazioni.

A fine cerimonia la delegazione SIRM ha ricevuto il tributo degli onori militari dall'equipaggio della Nave Ammiraglia che, per l'imponenza delle dimensioni, *lascia senza parole chi la vede per la prima volta e continua a meravigliare gli addetti ai lavori; entrarvi è un vero e proprio viaggio nell'eccellenza dell'ingegneria navale italiana di cui Nave Cavour, probabilmente, è la migliore espressione per l'armonia tra proporzioni, tecnologia e funzioni d'istituto.* ■

48° Congresso Nazionale SIRM

Giacomo Garlaschi

LA RADIOLOGIA TRA INNOVAZIONE TECNOLOGICA ED EVIDENZA CLINICA: UN MARE DI OPPORTUNITÀ…

Cari Soci,

quando, in occasione del 46° Congresso Nazionale di Firenze, il Presidente della SIRM Dott. Carlo Faletti propose la candidatura di Genova come sede del Congresso del 2018, il mio primo pensiero fu per tutti i grandi ed indimenticati Maestri del passato, a cominciare dal **Prof. Alessandro Vallebona** che, come opportunamente ebbe a sottolineare il Prof. *Albert Geerts* in occasione del IV Corso internazionale di stratigrafia, riuscì a trasformare Genova nella *Mecca della Stratigrafia* dove cultori delle Scienze Radiologiche arrivavano tutti animati dallo stesso ideale scientifico e dalla stessa fede stratigrafica, per giungere al **Prof. Luigi Oliva**.

Con il loro operato hanno reso grande ***"la Scuola Radiologica Genovese"***.

Molteplici sono state le motivazioni che mi hanno indotto a perorare la sede di Genova. In primo luogo regalare al **"Popolo Radiologico Ligure"** un avvenimento che mancava dalla Nostra Regione dal lontano 1992, Congresso purtroppo culminato con la improvvisa scomparsa dell'allora Presidente, il Prof. Luigi Oliva.

Ebbene in quei momenti di sgomento e di profondo dolore tutta la Radiologia Ligure si strinse attorno al **Prof. Pietro De Albertis**, Segretario Generale, e gli consentì di portare a termine con grande successo questo gravoso compito.

Fu questo l'inizio di un aureo percorso che ha portato negli anni - lo voglio sottolineare con estremo orgoglio - tutto il Popolo Radiologico Ligure a ritrovare, nelle sue varie componenti, quella compattezza e quella coesione indispensabili per affrontare un momento di così alta significatività ed importanza per la Nostra Società e per la Nostra Disciplina, con la speranza di lasciare un ricordo speciale per le generazioni future.

Ricordo, mi auguro, reso ancora più efficace dalle bellezze di Genova, *città dei contrasti con migliaia di aspetti dove convivono passato*, presente e futuro, con le sue preziose offerte culturali e paesaggistiche: dal **Porto Antico**, restituito alla città dal famoso architetto Renzo Piano, all' **Acquario**, il Parco Marino più grande d'Europa, al **Centro Storico**, alle **Riviere**, a **Portofino** ed alle **Cinque Terre** località conosciute in tutto il mondo.

A tali magnificenze si dovrà contrapporre un **programma scientifico** di altrettanto interesse e di forte impatto culturale. Di fondamentale importanza sarà pertanto il ruolo svolto dal Comitato Scientifico di cui faranno parte i più accreditati cultori delle molteplici branche della Nostra Disciplina in grado di mettere a punto, partendo dal tema Congressuale proposto, **"La Radiologia tra Innovazione Tecnologica ed Evidenza Clinica: un mare di opportunità…. "** il migliore e più efficace programma scientifico.

Ma cosa ha spinto il nostro gruppo ad investire su una tematica certamente affascinante ma al tempo stesso di così ardua complessità?

Innanzitutto la convinzione da un lato che creatività ed innovazione rappresentano i fattori fondamentali per garantire una crescita continua e costante mirata a soddisfare i bisogni clinici della "nuova" sanità e che i sistemi di diagnostica per immagini devono essere considerati "il

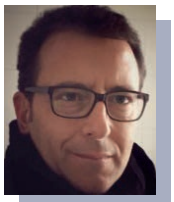
Il suggestivo Padiglione Blu "Jean Nouvel" della Fiera del Mare, a Genova, che ospiterà il 48° Congresso Nazionale SIRM

braccio armato" sia nel prevenire che nel diagnosticare e guidare la terapia, sia essa strumentale che farmacologica, e dall'altro la necessità di una costante collaborazione tra industria, mondo scientifico e politica al fine di trasferire innovazione e progressi scientifici nell'attività clinica quotidiana a beneficio immediato del paziente.

Mi piace, a tal proposito, riportare una frase a me molto cara carpita al Prof. Cosmacini, noto cultore della storia della Nostra Disciplina, che sottolineava come ...***"ricostruire storicamente le scienze biomediche significa costruire un nuovo sapere. Storicizzando, si mette in guardia contro l' enfasi celebrativa delle vittorie della medicina. Il penetrante sguardo al passato tende, nel fondo, a capire meglio il presente e a pensare criticamente il futuro"***...

Per esaltare al massimo tutte queste componenti è stata scelta una sede congressuale di adeguato impatto, il **Padiglione Blu "Jean Nouvel" della Fiera del Mare**, location dove storia, tecnologia e cultura offrono un mix di sicuro effetto e da sempre vanto della nostra città.

E per finire un sincero ed affettuoso ringraziamento, a partire dal mio fraterno compagno "di ventura", il **Prof. Lorenzo Derchi**, esteso a tutti i Componenti della **"Squadra Congressuale"** ed a tutti **Voi** con la speranza di poterVi incontrare a Genova ed esprimerVi, in questa ultima tappa del mio percorso lavorativo, tutta la gratitudine per avermi accolto in quella grande famiglia che è, e sempre sarà, la **SIRM**. ■



Giancarlo Addonisio

ANCHE LA NOTTE PIÙ LUNGA NON DURERÀ IN ETERNO

Prendo spunto da un delirante articolo che il mio amico Giancarlo ha provocatoriamente postato su Facebook: il quale in buona sostanza sostiene con tanto di virgolettato (privo di fonte) che "potrà sembrare strano, ma l'accuratezza della FAST[1] eseguita da un infermiere esperto e correttamente addestrato risulta comparabile con l'accuratezza della FAST eseguita da un medico".

E certo che sembra strano, ma andiamo per ordine.

Uno: il sito da cui è tratto l'articolo è di chiara matrice infermieristica. Che c'azzecca, direte voi? C'azzecca nei termini in cui, nel recente congresso di radiologia d'urgenza che si è tenuto a Belluno, si è espresso Roberto Grassi: il numero degli infermieri, in Italia e negli ultimi 40 anni, ha avuto una progressione geometrica; mentre il numero dei medici è rimasto uguale. E questo fa del corpo infermieristico una lobby in grado di orientare, o quantomeno influenzare, le scelte del decisore politico. La questione, quindi, è di pura e semplice sopravvivenza: nei tempi antichi (ma anche adesso, sebbene con modalità differenti) quando una tribù diventava troppo numerosa e le risorse a disposizione si esaurivano, si cercava fortuna nei territori altrui anche a costo della guerra.

Due: qui, in teoria, non siamo in guerra ma stiamo parlando di come (ri)organizzare un sistema sanitario in evidente affanno e in crisi di risorse. E invece, paradossalmente, il problema è proprio di natura bellica. Da un lato abbiamo un numero di medici rimasto sostanzialmente invariato negli ultimi 40 anni, dall'altro un incremento della pressione lavorativa, nel campo dell'imaging, ai limiti dell'incredibile. Brillante soluzione al problema? Facciamo fare quello che finora è stato di competenza medica, per esempio le ecografie, ad altre figure professionali: i TSRM e gli infermieri. Ma qui si pone un problema enorme: quello delle competenze. In altri paesi esiste una figura specialistica chiamata sonographer: ha un corso di studi strutturato in due fasi e, come spiegato qui senza che vengano specificati gli anni di studio, prima di accedere alla Laurea Specialistica (Master degree) deve aver acquisito una laurea di base (Bachelor degree). Lo stesso articolo sottolinea anche che "ci sono quattro percorsi specialistici: vascolare, cardiaco, medicina generale che generalmente include il distretto muscolo-scheletrico e l'addome e, infine, ostetricia e ginecologia". Il che vuol dire, in soldoni, che il sonographer ha un percorso di studio focalizzato a un obiettivo iperspecialistico e strutturato su almeno quattro o cinque anni, in cui l'impegno dello studente è mirato, appunto, a diventare sonographer. In Italia le cosiddette lauree "brevi" del comparto sono strutturate su tre anni, nei quali viene insegnato ai futuri infermieri o tecnici di radiologia praticamente tutto (nel caso del TSRM, spaziamo da note di anatomia e fisiologia alla fisica della radiazioni ionizzanti, della risonanza magnetica e degli ultrasuoni, per finire con la radioterapia). Insomma, due percorsi di formazione che non hanno nulla a che vedere gli uni con gli altri.

Tre: difficile non capire che la mossa, sebbene imprudente sul piano programmatico, è furba sul piano economico. Un infermiere o un TSRM costano molto meno di un medico e sulla carta possono fare una parte del suo lavoro: non ci vuole un economista consumato per capire dove si vuole andare a parare. Il che mi riporta alla mia personale esperienza con TSRM che, per lo più, e saggiamente, nemmeno ci pensano ad accollarsi a parità di stipendio la responsabilità di refertare un'ecografia: ma, come è noto, la storia è piena di persone che hanno condotto battaglie personali sulla pelle delle persone che avrebbero dovuto rappresentare. Il problema però è il seguente: che tipo di servizio questa innovazione offre ai

NOTA 1

FAST è l'acronimo di Focused Assessment with Sonography for Trauma, ossia l'ecografia fatta ai pazienti traumatizzati per escludere la presenza di versamento peritoneale libero e/o di versamento pericardico. Tale approccio ecografico consta di 4 scansioni, ed è veloce proprio per quello. Da sottolineare che il radiologo, quando chiamato alla barella del paziente traumatizzato, non si limita alla FAST ma esegue un'esame ecografico completo. ■

pazienti che afferiscono al Sistema Sanitario (ancora, ma non è chiaro per quanto) Nazionale?

Quattro: a prescindere dalle osservazioni sul percorso formativo dei singoli operatori ecografici, che tra persone di buon senso già basterebbero a chiudere la faccenda, ci sono implicazioni sottili che non possono essere trascurate e che coinvolgono anche altre figure, questa volta mediche, che si affacciano al mondo ecografico. In calce al post di Giancarlo c'è stato un botta-e-risposta, a tratti delirante, nel quale ho fatto fatica a non farmi trascinare perché tanto esporre un punto di vista, nel variegato mondo della Rete in cui tutti danno aria ai denti perché non si è faccia a faccia con l'interlocutore, è letteralmente inutile. Qualcuno (non è chiaro se medico, e che tipo, o altro) ha scritto: "se vieni nel reparto dove sono io, tutti sanno fare estremamente bene le ecografie, tant'è che se chiedi un radiologo per farne una ti ridono dietro"; e poi: "in epatobiliare bisogna saper fare le ecografie addominali da dio". Al che sorge spontanea una domanda: fatto salvo il radiologo, che ha un corso di studio mirato integralmente all'imaging, chi decide quanto "da dio" sono fatte le ecografie di specialisti che normalmente si occupano d'altro?" Chi certifica la qualità dei referti ecografici di un gastroenterologo, per dire, o di un chirurgo? Al di là dei corsi da cinque giorni dai quali si esce muniti di diplomino con valore legale, chi è il garante dell'attività ecografica di un medico che ha studiato per un profilo differente, medico o chirurgico che sia? Non è che ci stiamo avvicinando pericolosamente a uno dei mali italici per eccellenza, ossia l'autoreferenzialità?

Cinque: il che apre il campo al concetto che oggi volevo focalizzare. Sapete cos'è l'effetto Dunning-Kruger? Come recita Wikipedia alla voce corrispondente, si tratta di una distorsione cognitiva a causa della quale individui inesperti in un dato campo applicativo tendono a sopravvalutare la propria performance giudicando, a torto, le proprie abilità come superiori alla media. Questa distorsione viene attribuita all'incapacità metacognitiva, da parte di chi non è esperto in una materia, di riconoscere i propri limiti ed errori. Guardate con attenzione questo grafico.

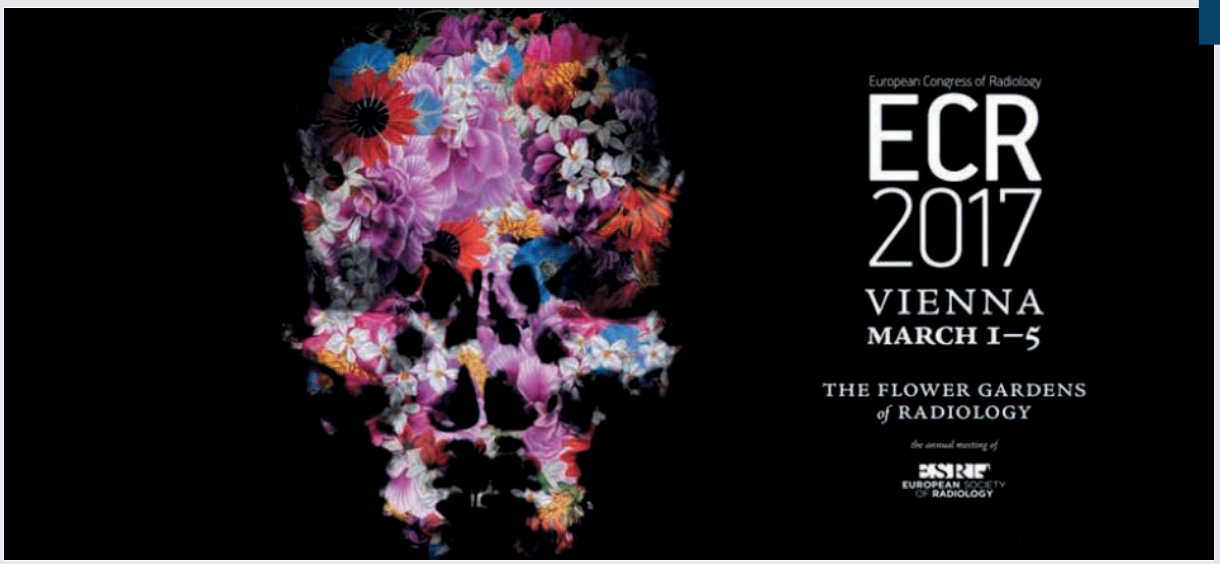
Il livello di confidenza nelle proprie capacità (in questo caso diagnostiche, esplicate mediante l'uso dell'ecografo) è massimo quando si è all'inizio della curva di apprendimento: in buona sostanza l'effetto Dunning-Kruger, documentato da tonnellate di studi psicologici, dimostra che più siamo ignoranti e più la percezione della nostra ignoranza è bassa. E' solo quando l'esperienza aumenta e diventa considerevole che cominciamo a porci dubbi legittimi sul nostro operato (cavolo, ma quel collega è più bravo di me nel muscolo-scheletrico, potrei chiedergli consiglio più spesso. Oppure: cavolo, quel medico ha fatto cinquantamila ecografia nella sua vita professionale, io solo cinquecento). I due premi Nobel ipotizzarono inoltre che, per una data competenza, le persone inesperte a) tenderebbero a sovrastimare il proprio livello di abilità; b) non si renderebbero conto dell'effettiva capacità degli altri; c) non si renderebbero conto della propria inadeguatezza; d) si renderebbero conto e riconoscerebbero la propria precedente mancanza di abilità solo qualora ricevessero un addestramento per l'attività in questione. Da cui torniamo a bomba: chi forma queste figure professionali, e come; e chi si accerta, e in che modo, che queste stesse figure professionali abbiano raggiunto un livello di addestramento sufficiente a riconoscere la propria mancanza di abilità, da un lato, e l'effettiva capacità dell'operatore esperto dall'altro.

Sei: queste considerazioni, che si applicano alla perfezione a chi si picchi di fare l'ecografista senza un'adeguata formazione specialistica e senza una casistica che incrementi il livello di confidenza reale, non quello percepito dall'operatore stesso, danno una risposta concreta allo scenario in cui figure del comparto si dedichino alla diagnostica ecografica senza supervisione medica. Non è questione di difendere il proprio fortino, anche se forse è arrivato il momento di farlo, quanto di decidere la strategia più razionale per l'allocazione delle poche risorse che rimangono. Come scrisse su queste pagine, qualche anno addietro, un noto universitario italiano di cultura radiologica: le cose, in medicina, vanno fatte da chi sa farle. Altrimenti, come sottolineato più volte anche dalla buonanima di mio nonno, finisce che chi meno spende più spende: perché per ogni esame ecografico non diagnostico cresce proporzionalmente il numero di esami di secondo e terzo livello richiesti perché l'ecografista inesperto (ma presuntuoso, come dimostrano Dunning e Kruger) vede reperti che non esistono o non capisce nulla di un quadro appena più complesso del citatissimo "globo vescicale" (sebbene anche lì ci sarebbe da discutere: e se una cisti annessiale gigante fosse scambiata per un globo vescicale dall'ecografista inesperto?).

Sette, e poi metto il punto: tutto quello che ho scritto è inutile e forse pure dannoso. Perché l'effetto Dunning-Kruger ha un campo estensivo di applicazione, cioè il mondo di Internet. Un mondo in cui chiunque si sente in diritto di dire la propria, anche su argomenti dei quali non capisce una mazza, avvalendosi dell'impunità e della mancanza di vergogna che conferisce all'internauta lo schermo asettico di un computer. Un mondo distopico in cui la casalinga di Voghera può dare dell'ignorante al medico con quarant'anni di esperienza, o un matto qualunque sostenere con grande dovizia di particolari che la Terra è piatta, o un gastroenterologo affermare che chiamare il radiologo per un'ecografia è un'evenienza che fa ridere i polli. ■

ECR 2017

I POSTER ITALIANI PREMIATI



CUM LAUDE

Kearns Sayre syndrome: neuroimaging findings in 8 cases
L. Pasquini, M. C. Rossi Espagnet, S. Staglianò, A. Napolitano, C. Dionisi Vici, D. Diodato, M. Catteruccia, D. Longo; Rome/IT

Visualisation of periprostatic neurovascular bundles before and after radical prostatectomy by means of diffusion tensor imaging (DTI), with clinical correlations
A. J. Cybulski1, V. Di Paola2, R. Negrelli1, S. Brancato1, E. Boninsegna1, R. Manfredi1, R. Pozzi-Mucelli1; 1Verona/IT, 2Legnano/IT

CERTIFICATE OF MERIT

Nonenhanced MRI planning for endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: comparison with contrast-enhanced CT angiography
F. Piacentino, E. Macchi, C. Micieli, L. Nocchi Cardim, V. Molinelli, M. G. Angeretti, F. Fontana, C. Fugazzola; Varese/IT

Old but gold: saber-sheath trachea. Correlations between Tracheal Index and automatic CT quantification of air-trapping and emphysema
A. Poerio, F. Ciccarese, A. Bruno, A. M. Chiesa, M. Di Carlo, C. A. Di Ciesco, M. Mazzolini, M. L. Bacchi Reggiani, M. Zompatori; Bologna/IT

Prognostic value of epicardial fat calculated in cardiac MRI
G. Finetto, G. Tabacco, M. Poletti, M. Vettori, R. Malago, R. Pozzi-Mucelli; Verona/IT

Low sensitivity of cardiac magnetic resonance in detecting inflammation in patients with Anderson-Fabry disease
N. Galea, R. M. Ammendola, M. Francone, A. Fiorelli, A. Frustaci, C. Catalano, I. Carbone; Rome/IT ■

In memoriam

RICORDO DI FRANCESCO DALLA PALMA

Dopo un periodo di malattia si è spento l'8 marzo Francesco Dalla Palma, Presidente SIRM dal 2004 al 2006 e per decenni primario radiologo all'Ospedale Santa Chiara di Trento. Nato in Veneto, a Castelfranco, ha conseguito la laurea in Medicina e la specializzazione in Radiologia presso l'Università di Padova.

Nel 1975, a soli 33 anni, è stato nominato primario di Radiologia al Santa Chiara di Trento, diventando il primario più giovane d'Italia. È stato anche il primo primario ospedaliero a diventare Presidente SIRM.

Dal 1993 al 2001, inoltre, è stato direttore del dipartimento di Radiologia della provincia. È stato segretario provinciale del Snr (Sindacato Nazionale Radiologi) e presidente provinciale dell'Anpo (Associazione Nazionale dei Primari Ospedalieri).

La grande passione per la disciplina emerge dai tanti impegni e dalla sua grande attività anche nella ricerca scentifica ed in ambito sindacale.

Con la Sua scomparsa la Radiologia Italiana perde un Presidente competente e gentiluomo. ■

In memoriam

Maria Assunta Cova

RICORDO DEL PROF. LUDOVICO DALLA PALMA

Al mattino di lunedì 13 marzo, il giorno dopo aver compiuto 89 anni, il Prof. Ludovico Dalla Palma ci ha lasciato. Alla funzione religiosa celebrata due giorni dopo ha partecipato una folla commossa, presenti numerosissimi ex-allievi che si sono stretti attorno ai familiari nel ricordare il loro Maestro e Caposcuola, punto di riferimento per la Radiologia Italiana e Internazionale.

Il Prof. Ludovico Dalla Palma si é laureato in Medicina e Chirurgia nel 1951 presso l'Università di Padova e nel 1954 ha conseguito la Specializzazione in Radiologia presso la stessa Università, dove ha ricoperto il ruolo di Assistente dell'Istituto di Radiologia dal 1951 al 1958. Successivamente ha ricoperto il ruolo di Assistente Ordinario presso la Cattedra di Radiologia dell'Università di Firenze e nel 1961 ha ottenuto la qualifica di Aiuto. Acquisito il titolo di Libero Docente in Radiologia nel 1959, è stato Professore Incaricato di Radiobiologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze dal 1965 al 1968. Nel luglio 1968 il prof. Ludovico Dalla Palma è arrivato a Trieste con il ruolo ospedaliero di Primario incaricato dell'Istituto Radiologico di Diagnostica e nel novembre 1969, in concomitanza con l'istituzione del V anno di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Trieste è divenuto Professore Ordinario di Radiologia e gli è stata affidata la Direzione dell'Istituto di Radiologia, ruolo che ha ricoperto fino al 2000. Ha diretto la Scuola di Specializzazione in Radiologia Diagnostica dell'Università di Trieste dalla sua istituzione nel 1971 fino al 2003. Inoltre, dal 2000 al 2003 è stato Direttore del Dipartimento Universitario di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche.

Nel corso della Sua lunga carriera accademica l'attività didattica è stata prioritaria. La preparazione delle lezioni era un rito che non ammetteva interruzioni, sempre alla ricerca di ulteriori perfezionamenti volti a raggiungere la massima efficacia didattica. Il prof. Dalla Palma è stato un didatta esemplare sia per il metodo rigoroso sia per la capacità comunicativa e di coinvolgimento degli studenti e degli specializzandi che si entusiasmavano alle Sue lezioni in cui il ragionamento clinico si coniugava ad una visione della disciplina radiologica sempre rivolta verso il futuro. Il Suo rapporto con gli studenti era sempre improntato a grande disponibilità. Con gli specializzandi era molto esigente, ed i suoi ex-allievi ricordano ancora gli impegnativi meeting settimanali in cui ogni specializzando doveva presentare un caso clinico che Lui analizzava in ogni dettaglio.

Il prof. Dalla Palma ha vissuto anni in cui la Radiologia è andata incontro ad una evoluzione straordinaria e di questa evoluzione è stato protagonista attivo. La Sua mente rigorosa e arguta gli ha consentito una produzione scientifica ricca e

originale, che ha abbracciato quasi tutti i campi della Diagnostica per Immagini e argomenti di Radioterapia e Radiobiologia. Il Suo principale campo di interesse è stato la Diagnostica per Immagini dell'apparato urinario, settore nel quale è stato indiscusso Maestro in Italia e autorevolissima figura a livello Internazionale, co-fondatore della Società Europea di Radiologia Urogenitale (ESUR) di cui è stato il primo Presidente. Oltre che agli aspetti più prettamente clinici, nella Sua attività scientifica il Prof. Dalla Palma ha posto sempre particolare attenzione agli aspetti tecnologici. Sin dalla fine degli anni '80 si è dedicato alle possibili applicazioni della luce di sincrotrone in Radiologia, inizialmente in ambito angiografico e successivamente in ambito senologico. Negli stessi anni ha prodotto una serie di pubblicazioni sull'impiego dei sistemi PACS in Radiologia, dopo essere stato l'artefice nel 1988 dell'installazione nel Suo Istituto di Radiologia del primo sistema PACS in ambiente pubblico in Italia.

Il prof. Dalla Palma ha organizzato una lunghissima serie di eventi scientifici di rilevanza nazionale e internazionale, dei quali curava personalmente ogni dettaglio, con una programmazione meticolosa che iniziava con larghissimo anticipo rispetto all'evento. In questa preparazione coinvolgeva i Suoi collaboratori nei confronti dei quali era particolarmente esigente, ma lo era ancor di più nei confronti di Sé stesso. Si ricordano in particolare i brillantissimi incontri internazionali di Radiourologia organizzati nella seconda metà degli anni '80 nella Firenze a Lui molto cara. La Sua attenzione alla formazione assieme alla Sua capacità di guardare al futuro è testimoniata anche dall'organizzazione negli anni 1993-1996 del progetto Halley, che aveva l'obiettivo di organizzare corsi di Radiologia nei paesi dell'Est, iniziativa che ha contribuito a far sì che l'Italia avesse un ruolo di spicco nell'ambito della formazione post-specialistica.

Caratteristiche indiscusse del prof. Dalla Palma erano la curiosità, il desiderio di conoscere, l'umiltà nell'apprendere - sempre in prima fila ai Congressi con penna e block notes per prendere appunti - e la capacità di vedere lontano. La Sua mente era costantemente proiettata nel futuro. Ne è esempio la progettazione del Suo Istituto di Radiologia dell'Ospedale di Cattinara, da Lui seguita nei minimi dettagli alla fine degli anni '70: sulla planimetria, accanto alle sezioni radiologiche, erano previste due sale vuote, indicate come "Radiologia del futuro". Personalità trainante ed eccellente organizzatore, il Prof. Dalla Palma ha potuto esprimere al meglio queste Sue caratteristiche negli incarichi societari da Lui ricoperti, in particolare nel ruolo di Presidente della SIUMB dal 1988 al 1989, Presidente dell'ESUR dal 1990 al 1994, Presidente della SIRM dal 1992 al 1996 e Presidente dell'European Association of Radiology (EAR) dal 1993 al 1995. A questi ruoli si è dedicato instancabilmente, ponendosi sempre obiettivi ambiziosi che ha tenacemente perseguito. In particolare, da Presidente della SIRM ha compiuto ogni sforzo per dare alla Società una dimensione sempre più europea proiettandola al di fuori dei confini italiani.

Per la Sua brillante attività e per il Suo contributo nello sviluppo e nella divulgazione del sapere radiologico, è stato insignito di numerosissimi riconoscimenti. E' divenuto Membro Onorario di innumerevoli Società di Radiologia, tra queste la SIRM, l'American College of Radiology, la European Society of Uroradiology e le Società di Radiologia di Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Francia, Germania, Polonia, Romania, Russia, Slovacchia, Ucraina, Ungheria. Quali ulteriori riconoscimenti ha ricevuto la Medaglia Boris Rajewsky dell'Associazione Europea di Radiologia, la Medaglia Antoine Beclère della Società Internazionale di Radiologia e la Medaglia del Congresso Europeo di Radiologia.

Il Prof. Dalla Palma è stato un Leader carismatico, dotato di una fortissima personalità e di grande determinazione. Fino a poche settimane fa conduceva una vita sociale ancora molto attiva ed era presente agli eventi scientifici e culturali organizzati a Trieste.

Con il Prof. Ludovico Dalla Palma scompare un pilastro della Radiologia Italiana e Internazionale, ma il Suo insegnamento rimane a indicare la strada a coloro dei quali è stato Maestro. ■

MANAGEMENT

Paolo Sartori

L'ECATOMBE DELLE APICALITÀ: UNA TENDENZA DA INVERTIRE

Negli ultimi anni la tendenza all'aggregazione delle ASL e delle UOC ha prodotto una notevole riduzione del numero di Direttori, specie nell'ambito delle discipline dell'Area dei Servizi in generale e della Radiologia in particolare.

Se inizialmente questa impostazione ha consentito (eliminando unità complesse effettivamente troppo esigue per poter essere giustificabili) di coordinare la gestione del personale e di centralizzare il controllo delle risorse, negli ultimi anni si è andati verso un eccesso che ha portato alla comparsa di macro-realtà, frutto di eccessivi accorpamenti, nelle quali una unica UOC è deputata a servire un territorio troppo esteso, sempre più spesso unico su scala provinciale e con un numero di abitanti spropositato rispetto agli stessi standard previsti dalla normativa di riferimento (in particolare il recente Decreto del Ministero della Salute n° 70 del 2015).

In tale contesto il Direttore di struttura complessa si trova ad essere completamente assorbito dagli aspetti manageriali, perdendo il suo ruolo clinico che nell'ambito della Radiologia rimane fondamentale per evitare inefficaci derive meccaniciste fonte di sprechi e sovra-diagnosi. A tale proposito è opportuno sottolineare come troppo spesso in passato la presenza di apparecchiature altamente tecnologiche, la elevatissima informatizzazione e la assenza di posti letto hanno portato a cadere nell'errore di considerare le UOC di Radiologia come un servizio automatizzato dove le macchine producono un prodotto finito e il dirigente ha compiti prevalentemente di certificazione del prodotto e di gestione di personale e attrezzature. Al contrario le apparecchiature di Radiologia non producono affatto un dato finito a tutti intellegibile, ma immagini che necessitano sia nella produzione che nella interpretazione di tutta la formazione specialistica professionale del Medico Radiologo che completa la prestazione con la stesura del "referto".

Conseguentemente anche le competenze del Direttore risultano diverse: la funzione non può essere solamente o prevalentemente manageriale, poiché in Radiologia si mantiene la necessità di un Direttore che possa fungere anche da riferimento clinico: analogamente a quanto avviene ad esempio per i Direttori di Area Chirurgica, che sono generalmente gli operatori più esperti che intervengono di persona in sala operatoria nei casi più complessi, il Direttore della Radiologia deve essere quindi visto non solo come un gestore, ma anche come il Medico di maggior esperienza che si fa carico dei casi più complessi, relazionandosi con gli altri Direttori clinici, e che cura la formazione dei giovani colleghi. La Sezione di studio della SIRM di Gestione Risorse ed Economia Sanitaria ha deciso di affrontare il problema, producendo un documento dal titolo **"INDICAZIONI PER LA CORRETTA ALLOCAZIONE DELLE UOC DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA", disponibile sul sito della Società Scientifica, che vuol essere uno strumento a disposizione degli Amministratori e dei Colleghi che nelle diverse realtà (Aziendali e Regionali) si trovano a dover affrontare questo problema, fornendo oltretutto opportune fonti normative a sostegno del mantenimento delle UOC**.

Il punto di partenza è stato un censimento delle realtà esistenti, realizzato nel febbraio 2016, che ha certificato l'esistenza di 408 UOC di Radiodiagnostica e 58 di Neuroradiologia (non tutte affidate ad un titolare, per concorso non ancora bandito o concluso, ma tutte ancora comunque previste dalle schede ospedaliere regionali).

Per quanto concerne le UOC di Neuroradiologia esse devono essere considerate come strutture super-specialistiche, generalmente inserite in centri HUB dove siano preferibilmente presenti anche UOC di Neurologia e Neurochirugia e attività di "Stroke Unit"; la loro allocazione è giustificata dalla complessità delle prestazioni che devono erogare, non solo di tipo diagnostico ma anche terapeutico in ambito interventistico.

A tale proposito si rimanda anche allo specifico Quaderno del Ministero della Salute n° 12 del 2011, che tratta nel dettaglio tutto il tema della Radiologia Interventistica, e si sollecita l'opportunità di istituire UOC di Radiologia Interventistica nei centri HUB con attività di riferimento per tutte le patologie tempo-dipendenti.

Per quanto concerne la Radiodiagnostica, considerando 408 UOC per una popolazione di 60.795.612 abitanti abbiamo in media 1 UOC ogni circa 150.000 abitanti: tale dato rispetta il parametro previsto dagli standard di riferimento (DM 70/2014).

E' opportuno evidenziare subito che nonostante la media nazionale sia per alcuni aspetti ancora accettabile, la disomogenea distribuzione territoriale pone alcune regioni (una su tutte il Lazio) in particolare difficoltà per la grave esiguità del numero di UOC.

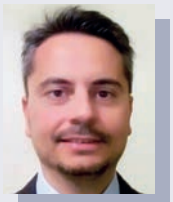
Da ciò si evince che attualmente non è più possibile giustificare ulteriori riduzioni di unità complesse, e che è auspicabile invertire invece il trend istituendone di nuove, al fine di garantire una adeguata qualità assistenziale ai cittadini. Nel testo ampia parte è dedicata alle numerose fonti normative (dalla 502/1992 allo stesso DM 70/2015) che ribadiscono la necessità della presenza di una figura apicale in capo a determinate organizzazioni sanitarie, identificando spesso situazioni proprie della realtà delle unità operative di radiologia, come ribadito recentemente dalla stessa Corte di Cassazione (sentenza 223322 ottobre 2014).

Sulla base di quanto precedentemente esposto e considerando le necessità cliniche reali della nostra disciplina, la SIRM propone che gli indicatori che dovrebbero essere presi in considerazione per l'istituzione di una unità di struttura complessa siano:

1. La estensione del territorio (ad esempio potrebbe essere adeguato per la Radiologia un parametro indicativo di 1UOC/500 Kmq, da non applicarsi ovviamente nei grandi centri urbani né in aree particolarmente disagiate dal punto di vista geografico)
2. Numero di abitanti (è opportuno non superare il valore di riferimento più basso fissato dagli standard ministeriali, cioè 1 UOC/150.000 abitanti)
3. Tipologia di Ospedale (UOC non solo nei centri HUB ma anche negli Spoke)
4. Centro di riferimento per determinate patologie (es: Stroke Unit, Trauma Center, ecc.)
5. Numerosità prestazioni (> 50.000 anno);
6. Attività sulle 24 ore
7. Strutture ospedaliere con DEA di I° e II° livello
8. Complessità delle prestazioni erogate; in particolare gli IRCSS e gli ospedali di riferimento Regionale/Nazionale (cioè i cosiddetti "ospedali di II° livello identificati al paragrafo 2.4 dell'Allegato 1 del Decreto 70/2015 sugli standard di riferimento) dovrebbero, a parità di posti letto, avere un numero di UOC superiore agli altri ospedali che non erogano prestazioni di particolare complessità

In conclusione riteniamo che il documento possa essere un utile strumento per definire correttamente le sedi di UOC, e che possa contribuire a garantire un'assistenza alla popolazione maggiormente paritaria e di qualità attraverso una più corretta razionalizzazione delle risorse e una migliore organizzazione dei servizi di Radiologia su tutto il territorio Nazionale. ■

ANGOLO FORENSE



Claudio Guerra

Antonio Pinno

Risarcimento del danno esistenziale per mancato godimento dei riposi compensativi secondo la Cassazione

Secondo la sentenza n. 17238/2016 della Cassazione sez. civile, in caso di lavoro svolto oltre il sesto giorno consecutivo, rispetto al quale il lavoratore chiede in giudizio il risarcimento del danno non patrimoniale, per usura psicofisica, oppure per la lesione del diritto alla salute o all'esplicazione delle attività realizzatrici della persona, egli deve allegare e provare il pregiudizio del suo diritto: ciò deve avvenire nei suoi caratteri e nella sua dipendenza causale, potendo assumere rilevanza il consenso del lavoratore a rendere la prestazione nel giorno di riposo (anzi la sua richiesta di prestare l'attività proprio in quel giorno).

In pratica nel momento in cui il dipendente chiede questo tipo di risarcimento del danno, egli deve essere in grado di dimostrare in causa quanto assume, chiarendo a quali voci (retributive e/o risarcitorie) si riferisce.

Questo principio affermato dalla Cassazione è utile perché funge da guida nell'impostazione della domanda di danni.

Nel caso commentato il ricorrente chiede il risarcimento del danno da usura psicofisica e del danno morale ed esistenziale per: aver prestato, fin dall'inizio del rapporto di lavoro, turni di servizio in giorni festivi senza godere dei riposi compensativi; aver svolto ogni anno centinaia di turni di pronta disponibilità in giorni feriali, in numero molto maggiore di quelli dovuti per contratto.

La Cassazione avverte che il ricorrente ha proposto domande risarcitorie e non ha rivendicato un credito retributivo: in altri termini ha preteso il ristoro del danno derivante dalla maggiore gravosità del lavoro oltre al pregiudizio prodotto da insostenibili ritmi di lavoro.

Il risvolto pratico del ragionamento è che nel caso in cui il lavoratore si limita a chiedere tali voci risarcitorie, i giudici del merito della causa non possono accordare un quid calcolandolo come se fosse una parte di retribuzione (ad esempio: un compenso aggiuntivo pari al 100% della retribuzione giornaliera ordinaria aumentata per effetto del lavoro festivo).

Possono riconoscere il quantum solo nel caso in cui la domanda tende ad ottenere un credito retributivo, magari in aggiunta ai danni da usura e/o psicofisici.

In conclusione, bisogna porre attenzione particolare nell'organizzazione della prova in giudizio: in pratica, per avere successo nella causa è necessario chiarire, sin dal primo grado, quali sono le domande (risarcitorie e/o retributive) proposte e quali sono le prove a supporto di ogni domanda. ■

Claudio Guerra

Antonio Pinno

Corte dei Conti: condannato medico a risarcire la ASL per iperprescrizione di farmaci

Lo ha deciso la Corte dei Conti, sez. giur. Liguria, sentenza n.98/2016, che ha coinvolto un medico di medicina generale condannato a risarcire la propria azienda sanitaria per una somma di 15,6 mila euro. Farmaci cortisonici per uso topico, calcioantagonisti, farmaci sedativi per la tosse (e non solo) prescritti in dosi "superiori a quelle assumibili dall'assistito nel periodo di tempo considerato, tenuto conto delle indicazioni fornite dal produttore e approvate dal Ministero della Salute, sicuramente note al sanitario prescrittore".

La questione, risalente a prescrizioni effettuate tra il 2010 e il 2012, verteva sulla sussistenza di un danno erariale derivante da comportamenti prescrittivi ritenuti dalla Procura illegittimi, in violazione degli obblighi cui il dottore era vincolato quale medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale

Secondo la Asl la "maggiore spesa derivante dalle prescrizioni ritenute irregolari veniva quantificata, nel triennio 2010-2012, in € 241.567,00 e al netto di sconti e ticket in € 207.481,00". E veniva contestato al medico comportamenti eterogenei, tutti ritenuti irregolari e produttivi di danno, quali la non appropriatezza della prescrizione, l'utilizzo del principio attivo più costoso in commercio, l'impiego del farmaco al di fuori delle indicazioni di carattere tassativo previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio e dalle note AIFA, il superamento della posologia massima prevista dalla relativa scheda tecnica, prescrizioni una tantum di farmaci destinati esclusivamente alla cura di patologie croniche, l'impiego di farmaci in associazioni pericolose.

"In conclusione – si legge nella sentenza -, la domanda attrice di cui all'atto di citazione è accolta limitatamente all'importo di € 15.640,00 (importo dei farmaci non correttamente prescritti dal convenuto, per classi di appartenenza). ■

XXVII CONGRESSO AIRO

Presidente
Elvio Grazioso Russi

Presidente Eletto
Stefano M. Magrini

Consiglieri
Filippo Alongi
Vitaliana De Sanctis
Alfio Michelangelo Di Grazia
Barbara Jereczek
Giovanni Pavanato
Vincenzo Ravo
Fabio Trippa

Segretario alla Presidenza
Rolando M. D'Angelillo

Rappresentante MED36
Vincenzo Tombolini

Rappresentante SNR
Francesco Lucà

Segretario Amministrativo
Vittorio Donato

Coordinatore Comitato Scientifico
Renzo Corvò

Il Radioterapista Oncologo tra nuovo imaging e nuovi farmaci

Il ruolo dell'imaging nella stadiazione dei tumori, nella valutazione della risposta alle terapie, il ruolo dell'imaging «on board», l'impiego in clinica delle nuove terapie target therapy e ormonali e dei nuovi farmaci immunoterapici recentemente introdotti nella clinica oncologica.

Oltre ai consueti Laboratori di Contouring per radioterapia saranno previste 3 sessioni di Guida alla Prescrizione di Farmaci Oncologici per le neoplasie mammarie, prostatiche e polmonari.

Saranno previste altresì 3 sessioni di discussioni multidisciplinari (Tumor Board Session) di casi clinici relativi alle neoplasie encefaliche, testa e collo e gastrointestinali. ■

CONSIGLIO DIRETTIVO 21 NOVEMBRE 2016

In data 21 Novembre 2016, presso la sede di via Farini 62 in Roma, si è svolta la riunione del Consiglio Direttivo AIRO con il seguente Ordine del Giorno:

ORDINE DEL GIORNO

11.00 Approvazione dell'odg

11.05 - 11.35 Documento PDTA Ministero della Salute
(D'Angelillo)

11.35 - 12.15 Consuntivo Congresso 2016
(Corvò)
Congresso 2017
(Bagnara)

12.15 - 12.35 Riunione con Ditte
(Russi, Corvò)

12.35 - 13.00 Casa comune Cardello
(Donato, Lucà)

13.00 - 13.30 Light Lunch

13.30 - 14.00 Sito ed iscrizioni AIRO 2017
(Pavanato, Russi)

14.00 - 14.45 Riviste: Tumori, Radiologia Medica, eHealth
(Russi, Lucà)

14.45 - 15.15 Aggiornamenti su Adroterapia
(Russi)

15.15 - 15.45 Comunicazioni del Presidente
(Russi)

15.45 - 16.15 Varie ed eventuali

16.15 - 16.30 Prossimi incontri del CD
(D'Angelillo)

16.30 - 16.35 Ratifica dei patrocini richiesti
(D'Angelillo)

I lavori iniziano alle ore 11.00.
Per il CD sono presenti: Russi, Corvò, D'Angelillo, De Sanctis, Di Grazia, Donato, Jereczek, Lucà (dalle ore 12.30 alle 14:45), Pavanato, Magrini, Ravo, Tombolini (fino alle 15:40)
Assenti giustificati: Alongi, Greto, Santoni.

Approvazione dell'ordine del giorno

Viene approvato all'unanimità.

Documento PDTA Ministero della Salute

Viene discusso il documento 'Nuovo sistema di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico- terapeutico assistenziali', Versione 4 (10 ottobre 2016), pervenuto dal Ministero della Salute tramite FISM. Il CD propone le seguenti modifiche:

1) per il Tumore operato della mammella nella donna, cambiare la definizione dell'indicatore di processo in: 'Proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che avviano un trattamento di radioterapia entro 180 giorni dall'intervento in assenza di terapia medica'.
2) Per il tumore operato della mammella della donna e per il tumore del retto, eliminare i codici 89.01.p visita radioterapica di controllo e 89.7c.4 prima visita di radiologia interventistica, dalla fonte specialistica quale indicatore di inizio del trattamento radiante.

Il CD da mandato a D'Angelillo di rispondere al ministero con queste richieste di modifiche.

Consuntivo Congresso 2016, Congresso 2017

La Bagnara illustra il consuntivo provvisorio del Congresso congiunto AIRO, AIRB e AIRO giovani, con un guadagno di 109.000 € circa. Dato l'ottimo risultato ottenuto dal punto di vista scientifico, di partecipazione ed economico, il CD da mandato ad ER congressi di organizzare il prossimo congresso

AIRO per i giorni 11-13 novembre 2017, annullando quindi il quarto giorno del 14.
Inoltre, il CD da mandato a Russi e Donato di esplorare con Colella la valutazione degli introiti delle diverse attività, ed eventuali nuove possibilità di bilanciamento.
Donato chiede il risultato dei questionari di gradimento che Bagnara ed ER congressi forniranno in seguito.
Corvò illustra alcune idee circa il congresso 2017 che verrano ridiscusse nell'incontro di febbraio in cui parteciperanno anche i Gruppi Regionali e i Gruppi di Studio, tra cui l'aumento delle comunicazioni orali al numero di 100 e l'anticipo dell'AIRO ascolta prima dell'inizio del congresso e una sessione 'Slow Radiotherapy, appropriatezza prescrittiva e liste d'attesa'. Il CD approva.

Riunione con Ditte

Si conferma la riunione del 15 dicembre 2016 in sede FISM a Milano con le ditte dei dispositivi e con le ditte della diagnostica per immagini dato il tema dell'imaging che verrà trattato nel prossimo congresso nazionale AIRO.
La riunione con le ditte dei farmaci e dei mezzi di contrasto viene invece spostata al 30 Gennaio 2017 sempre nella sede FISM di Milano prevedendo degli slot di 30' circa per incontrare individualmente le ditte.

Casa comune Cardello

Lucà illustra quanto discusso nell'assemblea straordinaria della comunione "il Cardello" del 17/10/2016 dove è stato presentato un inizio lavori con dei preventivi circa l'inserimento di un ascensore e di una tensostruttura.
Il CD è unanime dell'approvare la spesa dell'ascensore, mentre ritiene poco conservativo sull'architettura dell'edificio la tensostruttura così come proposta.
È opinione comune del CD AIRO che sarebbe auspicabile la presenza di diversi preventivi prima di eseguire i lavori a livello della casa comune.
Inoltre Lucà riferisce che sarebbe prevista la costituzione di uno spazio dedicato alla segreteria SIRM, uno per le altre segreterie, la ridefinizione degli spazi tecnici per l'aula conferenze e l'utilizzo dei posti del garage.
È parere unanime del CD che l'utilizzo degli spazi della casa comune debba essere eseguita con il meccanismo dell'affitto con successiva ridistribuzione degli introiti in base alle quote delle diverse società scientifiche. Data la rilevanza e delicatezza di tale punto, il CD da mandato a Russi e Donato di interpellare Colella, quale amministratore del condominio, ed esprimere la posizione dell'AIRO sul tema.

Sito ed iscrizioni AIRO 2017

Pavanato illustra il nuovo sito AIRO mostrando tutte le funzioni accessibili ai pazienti e quelle riservate agli iscritti. Inoltre il sito diventerà funzionante per le iscrizioni del 2017, e chiede ai membri del CD di provvedere a rinnovare nel mese di Dicembre la propria per verificarne il corretto funzionamento.
Il CD approva l'invio di una lettera cartacea a tutti gli iscritti per esporre le modalità di iscrizione sul nuovo sito.
Infine viene espressa la volontà da parte della commissione di realizzare una newsletter da inviare ai soci con eventuali spazi publicitari.

Riviste: Tumori, Radiologia Medica, eHealth

Russi informa che è stato raggiunto un accordo con Tumori con accesso diretto e gratis alle pubblicazioni della rivista dal nuovo sito AIRO; viene illustrata anche la rivista eHealth dove è possibile inserire articoli promossi da soci AIRO sull'utilizzo delle tecnologia.
Il CD approva la spesa di 3 abbonamenti on-line per circa 100€.
Infine il CD da mandato a Magrini di contattare la Radiologia Medica per concordare un coinvolgimento della società scientifica in detta rivista.

Aggiornamenti su Adroterapia

Russi aggiorna circa lo sviluppo di nuovi Percorsi Terapeutici e Assistenziali interni a CNAO. Informa il CD che Livi è stato nominato dal Ministro della Salute quale componente della commissione ministeriale sui LEA.

Comunicazioni del Presidente

Russi informa che il ministero della salute nell'elaborare il tariffario nazionale che segue i LEA si è reso conto che la tariffazione in radioterapia è molto variabile e soggettiva. Per questo motivo ha chiesto ad AIRO (alla stregua di ASTRO) di farsi mediatore con i soci per raccogliere delle FAQ e dettare delle raccomandazioni che tentino di uniformare le modalità di tariffazione sul territorio nazionale o che segnalino alla nuova commissione LEA eventuali criticità. Il CD approva all'unanimità.
Inoltre, Russi riferisce che l'AIFM insieme con tutte le altre società della nostra Federazione hanno costituito un gruppo di lavoro per valutare come mettere in pratica la nuova direttiva 2013/59 (futura 187) relativamente alla comunicazione della dose al paziente.
Sono proposti Santoni e Genovesi come componenti di detto gruppo di lavoro a nome di AIRO. Il CD approva all'unanimità.

Varie ed eventuali

Jereczek aggiorna circa i lavori della commissione FAD, che ha concordato di sviluppare corsi da 2 ore, e che al momento sono arrivate 9 proposte in tal senso. A queste potranno essere aggiunte altre iniziative dei gruppi di studio, gruppi regionali, congressi, convegni ed iniziative promosse dai soci AIRO.
Per ciò che riguarda il congresso nazionale, è opinione comune nel CD che il corso FAD sia limitato a qualche sessione.
D'Angelillo informa circa l'attività della Commissione dei Patrocini chiedendo parere al CD circa eventuali survey proposte da altre società. Il CD ritiene che venga sentito il parere del gruppo di studio AIRO inerente alla survey e che la stessa qualora ritenuta di valore debba contenere anche il nome AIRO. Infine qualora la survey fosse promossa da oncologi radioterapisti al di fuori dei gruppi di studio o dei gruppi regionali, essi siano regolarmente iscritti AIRO.
Infine il CD ritiene che finché non ci sarà un'agenzia stampa della società sia necessario che qualsiasi lancio su mezzi di stampa o altri network pubblici, sia condiviso dai membri del CD.

Prossimi incontri del CD

Sono definite le date dei prossimi CD: 26 gennaio, 13 febbraio (al Cardello con gruppi di studio e regionali per il congresso nazionale 2017), 13 marzo, 10 aprile, 19 giugno, 18 settembre, 11 novembre (all'interno del congresso nazionale).

Prossimi incontri del CD

Sono ratificati i seguenti patrocini concessi:

- 7° Meeting Imaging Metabolico PET per una moderna Radioterapia. Reggio Emilia, 10 Novembre 2016.
- EMUC 2016. Milano 24 e 25 Novembre 2016.
- Shared decisions, One policy. First International Forum on Cancer Patients Empowerment. Milano 16-17 Maggio 2017.
- IV YOUNG SPECIALIST RENAL CARE. Bologna, 13-14 Gennaio 2017
- 27° SEMINARIO Pezcoller. La terapia radiante nel trattamento dei meningiomi cerebrali. Trento, 2 dicembre 2016.
- Tumori dei seni paranasali e della base cranica. Milano 12-13 dicembre 2016
- Convegno regionale Sipo (Società Italia Psico Oncologia) Veneto "La cultura dell'accoglienza del paziente oncologico". Negrar 16-17 Dicembre 2016.
- PRIMO FOCUS-Uro-Oncologico: TUMORE della PROSTATA. Aviano, 26 novembre 2016.

Alle 16.35 avendo esaurito gli argomenti all'ODG il CD si conclude. ■

Il Presidente	*Il Segretario*
E. G. Russi	R. M. D'Angelillo

CONSIGLIO DIRETTIVO 26 GENNAIO 2017

In data 26 Gennaio 2017, presso la sede di via Farini 62 in Roma, si è svolta la riunione del Consiglio Direttivo AIRO con il seguente Ordine del Giorno:

ORDINE DEL GIORNO

11.00	Approvazione dell'odg
11.05 - 11.35	Esito riunone con ditte dei dispositivi e pianificazione riunione con ditte dei farmaci *(Russi, Magrini)*
11.35 - 12.05	Consuntivo definitivo congresso AIRO 2016 *(Russi)*
12.05 - 13.00	Accreditamento società scientifiche, Codice etico, Approvazione codice etico *(Russi)*
13.00 - 13.30	Light Lunch
13.30 - 14.00	Corsi ESTRO *(Russi)*
14.00 - 14.45	Sito e newsletter *(Pavanato, Russi)*

14.45 - 15.00 Centro studi *(Russi)*

15.00 - 15.15 Riviste: Radiologia Medica, eHealth *(Magrini, Russi, Lucà)*

15.15 - 15.45 Comunicazioni del Presidente *(Russi)*

15.45 - 16.15 Varie ed eventuali

16.15 - 16.30 Ratifica dei patrocini richiesti *(D'Angelillo)*

I lavori iniziano alle ore 11.00.
per il CD sono presenti: Russi, Alongi (fino alle 15:00), D'Angelillo, De Sanctis, Di Grazia, Donato, Fiorentino (fino alle 15:00), Jereczek (fino alle 15:00), Lucà (dalle 13:30), Pavanato, Magrini, Ravo, Santoni (fino alle 13:30), Tombolini (dalle 13:30), Trippa.
Assente giustificato: Corvò

Approvazione dell'ordine del giorno

Viene approvato all'unanimità.

Esito riunione con ditte dei dispositivi e pianificazione riunione con ditte dei farmaci

Russi aggiorna circa l'ottimo successo in termini di presenze e partecipazione alla riunione con le ditte dei dispositivi tenutasi a Milano il 15 dicembre u.s.
Nel corso della riunione è emerso che il 39%, dati del Ministero della Salute (il 40% secondo i dati AIRO), degli Acceleratori presenti in Italia è a rischio vetustà. Alla luce del continuo impegno delle Istituzioni nel reperire fondi per l'innovazione farmacologica, AIRO dovrebbe farsi promotore presso gli organi competenti dell'innovazione tecnologica, garantendo così equità nelle cure ed evitando migrazioni in stati vicini come già successo in Stati Esteri (Ontario).
Magrini aggiorna sul lavoro della commissione farmaci e AIFA, riferendo di concreti passi in avanti registrati con le Istituzioni, a livello nazionale con AIFA, a livello regionale (di recente la regione Sicilia) e dei nuovi progetti formativi in ambito di utilizzo dei farmaci per radioterapisti oncologi (Master e Position Paper di AIRO). Alla luce di ciò nella riunione del prossimo 30 gennaio con le ditte dei farmaci saranno evidenziati questi passi in avanti con l'obiettivo di rendere fruibile a più iscritti AIRO una formazione pratica sull'utilizzo e gestione dei farmaci soprattutto quando in concomitanza al trattamento radiante.

Consuntivo definitivo congresso AIRO 2016

Russi rende noto al CD il consuntivo del congresso nazionale AIRO, AIRB, AIRO giovani dell'anno 2016 fornito da ER congressi, che vanta un saldo netto positivo per AIRO di € 108.068,58.

Accreditamento società scientifiche, Codice etico, Approvazione codice etico

Russi espone che nel Disegno di legge 'Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie' è previsto nell'articolo 5 comma 2 una regolamentazione delle società scientifiche. In questo disegno di legge emerge l'importanza di stilare delle linee guida per l'accreditamento delle società scientifiche, ed anche l'esigenza, per AIRO, di redigere un codice etico e di garantire nello statuto la presenza di una dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse.
Lucà sottolinea che in quanto disegno di legge c'è la necessità di approfondire tutti gli aspetti relativi alla possibile nuova normativa o ad eventuali altri obblighi da rispettare.
Appare comunque utile a tutto il CD di:

- stilare un Codice Etico della Società valutando attentamente la parte relativa alla sospensione/radiazione del socio da riservarsi "in caso di qualsiasi procedimento penale a carico del socio passato in giudicato con condanna, o che abbia comportato dei provvedimenti censori da parte dell'ordine dei medici". In tal senso Lucà contatterà un giurista per la corretta formulazione del codice; infine saranno coinvolti i probiviri per cui andrà formalizzato un regolamento.
- Promuovere la formulazione, mediante una metodologia condivisa e univoca, di linee guida da parte dei gruppi di studio, che saranno coinvolti nel prossimo CD di febbraio.
- Scrivere una lettera a firma dei Presidenti di AIRO e AIRB alla FIdeSMAR per promuovere una strategia comune sulle linee guida.
- Riformulare con AIOM le regole sul coinvolgimento di AIRO e dei suoi soci nelle linee guida da loro formulate (a tal proposito Russi ricorda l'invito dell'AIOM ad un incontro al vertice rinviato al 23 febbraio 2017).

Corsi ESTRO

Russi espone come in questa fase di crescita di AIRO sia necessario promuovere un networking formativo efficiente con ESTRO, al fine di far accedere un congruo numero di soci AIRO ai corsi ESTRO, nella speranza che in futuro AIRO possa autonomamente sopperire a questa esigenza formativa. Il CD da mandato a Magrini e Jereczek di scrivere ad ESTRO offrendo la diffusione dei loro corsi ai soci AIRO e chiedendo delle agevolazioni per i soci AIRO non iscritti ad ESTRO.

Sito ed newsletter

Pavanato espone le difficoltà avute nel periodo di passaggio dal vecchio al nuovo sito legate essenzialmente alla società consulente. Vengono esposti i miglioramenti apportati e richiesti; sono suggeriti miglioramenti della scheda relativa ai centri (inserire organico medico totale ed evidenziare i soci AIRO) così come valutare l'aggiornamento della scheda del centro. Relativamente alla newsletter il Presidente riferisce che avendo avuto una proposta di sponsorizzazione da parte di una ditta di farmaci ha dovuto ricorrere ad un parere del Dr. Colella e, su richiesta di quest'ultimo, dell'Avv. Pasceri.

Centro studi

Alla luce del crescente bisogno formativo dei soci, il CD da mandato a Russi, Magrini e Donato di indagare con Colella e Pasceri la possibilità di creare un Centro Studi di AIRO che ne conservi la gestione e la governance, ma con autonomia economica.

Riviste: Radiologia Medica, eHealth

Magrini aggiorna circa il mandato ricevuto dal CD di contattare la Radiologia Medica per un coinvolgimento di AIRO in essa, riferendo che la rivista ha accettato di aggiungere come Advisory Editorial Board oltre Livi già presente, lui stesso e Pergolizzi a nome di AIRO e Corvò per AIRB; sarà garantito accesso gratuito on line per i soci e la rivista sarà la rivista ufficiale della società.

Lucà aggiorna circa la rivista eHealth a carattere divulgativo con focus mensili di cui invierà al CD gli argomenti per eventuali contributi da parte di soci AIRO.

Comunicazioni del Presidente

Il presidente, avendo ravvisato un incremento dell'attività lavorativa della segreteria AIRO (legata anche alla attività relativa ai patrocini e diffusione tra i soci delle informazioni di eventi formativi per cui è stato richiesto ai richiedenti un riconoscimento economico compensativo di questa maggiore attività) chiede che venga riconosciuta un rimborso spese una tantum che copra fino alla cifra di € 2.400,00 per la segreteria per l'anno in corso. Il CD approva.

Varie ed eventuali

Magrini propone, data la presenza di una voce di spesa nel preventivo 2017 per 'Formazione e Ricerca', di formalizzare dei bandi competitivi e trasparenti per poter permettere ai soci AIRO l'accesso a detti fondi. Russi manifesta il desiderio che parte di questi fondi siano destinati ad attività di formazione internazionale per i soci giovani di AIRO. Il CD da mandato di stilare una proposta di bando, da inviare ai membri del CD e poi discutere nella riunione del 13 marzo p.v., a Tombolini e De Sanctis per la Ricerca e Fiorentino e di Grazia per la Formazione.

Ratifica dei patrocini richiesti

Sono ratificati i seguenti patrocini concessi:

- CA.P. days Expert Symposium sul Carcinoma Prostatico. BAVENO (VB), 7-8 APRILE 2017
- Disfagia e malnutrizione nelle neoplasie del distretto testa e collo. Pisa, 08 - 09 Giugno 2017.
- Appropriatezza dell'Imaging nella Diagnostica e Radioterapia dei Tumori Ga-strointestinali. Chieti, 23-24 Febbraio 2017.
- Studi Clinici: Criticita' Interpretative. Confidence, directness, relevance. Negrar, 24-25 marzo 2017.
- Corso teorico pratico: "Come si scrive un protocollo di ricerca clinica". Negrar 8-9 settembre 2017.
- Radiochirurgia e radioterapia stereotassica: non solo tecnica. Gruppo regionale AIRO Piemonte Liguria Valle D'Aosta. Genova, 25 Marzo 2017.
- Le novità della radioterapia nel trattamento del carcinoma della mammella. 31 gennaio 2017 – Roma.
- Progetto CANOA (CArciNOma mAmmario). Quali novità per il 2017? "Saper leggere" uno studio clinico per migliorare la pratica clinca. Ospedaletto di Pescan-tina (VR) 31 Marzo / 1 Aprile 2017
- Master Class In Oncologia V Edizione Tumori G.I. Firenze, 2-3 Marzo 2017.
- 2a giornata di Neuroradiochirurgia. Lazise (VR) 31 marzo - 1 aprile 2017.

Alle 16.15 avendo esaurito gli argomenti all'ODG il CD si conclude. ■

Il Presidente	*Il Segretario*
E. G. Russi	R. M. D'Angelillo

CONSIGLIO DIRETTIVO 13 FEBBRAIO 2017

In data 13 Febbraio 2017, presso la Casa Comune dell'Area Radiologica di via del Car-dello, Roma, si è svolta la riunione del Consiglio Direttivo AIRO allargata alla Commisisione Scientifica, ai Coordinatori dei Gruppi di Studio e dei Gruppi Regionali e ai rappresentanti di AIRB e AIRO giovani, con il seguente Ordine del Giorno:

ORDINE DEL GIORNO

11.00 Approvazione dell'odg

11.05 - 12.00 Comunicazioni del Presidente *(Russi)*

12.00 - 13.00 Presentazione del congresso AIRO 2017 'Il Radioterapista Oncologo tra nuovo imaging e nuovi farmaci' *(Corvò)*

13.00 - 13.30 Light Lunch

13.30 - 16.00 Discussione (incluso definizione scheduling, topic, deadline) *(Tutti)*

I lavori iniziano alle ore 11.00.
Per il CD sono presenti: Russi, Magrini, Alongi, D'Angelillo, De Sanctis, Di Grazia, Do-nato, Jereczek, Pavanato, Ravo, Santoni, Trippa. Assenti giustificati: Lucà, Tombolini

Per la Commissione Scientifica: Corvò, Genovesi, Meattini, Pergolizzi. Assente giustificato: Filippi

Per AIRB: Santoni

Per i gruppi di studio: Aristei, Bacigalupo, Cellini (via webex), Ciabattoni, Krengli, Leonardi, Massaccesi, Scotti, Vianello (in sostituzione di Mangoni). Assente giustificato: Mangoni

Per i gruppi regionali: Al Sayyad, Aristei, Corti, Ivaldi (in sostituzione di Antognoni), Lioce, Mantello. Assente giustificato: Antognoni, Dessì

Per AIRO giovani sono presenti: Fiorentino

Altri: Valentini (via webex)

Approvazione dell'ordine del giorno

Viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del presidente

Il Presidente informa circa l'attività svolta dal CD con gli stakeholders, in particolare delle riunioni avute con le ditte dei dispositivi medici e dei farmaci.
Viene sottolineata l'importanza da parte dei gruppi di studio di sviluppare linee guida anche monotematiche, in quanto il disegno di legge 'Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie' prevede nell'articolo 5 comma 2 una regolamentazione delle società scientifiche che saranno riconosciute anche in base alla produzione di linee guida. A questo proposito si invita i coordinatori dei gruppi di studio a consultare sul sito AIRO la metodologia adottata nella pubblicazione delle recenti linee guida Prostata che ad oggi è da considerarsi quella ufficialmente prevista da AIRO.
È altresì illustrato il nuovo regolamento sulla concessione dei patrocini.

Congresso AIRO 2017 'Il Radioterapista Oncologo tra nuovo imaging e nuovi farmaci'

Corvò illustra le linee generali sul prossimo congresso che si volgerà sempre su 3 giorni, 11-13 novembre 2017; sono discusse ed approvate le seguenti novità:

- Aumentare le comunicazioni orali fino ad un totale di 100.
- Valutazione abstract: prevedere un primo livello anonimo svolto dai revisori, ed un secondo aperto svolto dalla Commissione Scientifica per garantire una rappresentatività di tutte le realtà di AIRO.
- Deadline abstract: 31 maggio prolungabile al massimo al 7 giugno.
- Possibilità di sottomettere dei Late Breaking Abstract di rilevante impatto clinico.
- LAB-contouring: aumentare le workstation da 30 a 40.
- Prevedere altre forme di sessioni quali un laboratorio di drug prescription, una sessione tumor board, una sessione educazionale. Gli argomenti concordati per la sessione tumor board sono encefalo, testa collo e gastro-enterico, per il Drug Delivery Lab (DDL) mammella, polmone e prostata. Corvò esplorerà con ER congressi la possibilità di prevedere un televoto nella sessione tumor board. Valentini rende disponibile un sistema da loro implementato che utilizza gli smart phone dei convegnisti, a fronte della copertura dei soli costi di implementazione delle domande e personalizzazione dell'evento.
- Apertura congresso ed Expo alle ore 13:00 di sabato 11 con open lunch.
- Su richiesta di Fiorentino, inizio dei lavori di AIRO giovani dalle 9:30.
- Prevedere nella giornata di sabato 11 le riunioni dei gruppi di studio e la sessione 'AIRO ti incontra'.

Al termine della discussione si da mandato a Corvò di contattare ER congressi per comunicare variazioni e integrazioni a quanto eseguito lo scorso anno e di portare le proposta definitiva sul congresso da discutere ed approvare al CD AIRO del 10 aprile p.v.
I gruppi di studio e regionali vengono invitati ad inviare entro il 20 marzo delle proposte (con relatori) delle sessioni.
Si consiglia, come schema base della sessione quanto segue:

- Imaging nel PDTA (sulla base delle LG-EBM)
- Il nuovo imaging per la stadiazione, per il planning radioterapico e on-board
- Radioterapia e farmaci innovativi: update
- Imaging nel PDTA per la valutazione della risposta e nel follow-up

Sono proposti ed approvati i seguenti Topic del congresso:

Imaging e/o Radioterapia e/o Farmaci innovativi nei:
1) tumori dell'encefalo
2) tumori del testa-collo
3) tumori del polmone
4) tumori della mammella
5) tumori dell'apparato gastro-enterico
6) linfomi
7) tumori uro-genitali
8) tumori dell'apparato ginecologico
9) trattamento dei tumori oligometastatici e oligoprogressivi, trattamenti sintomatici: nuovi farmaci, nuove tecniche, quale imaging?
10) radioterapia interventistica (brachiterapia, IORT)
11) image-guided radiotherapy
12) valutazione della risposta con i nuovi farmaci e nuove modalità di radioterapia
13) AIRO GIOVANI Imaging anatomico e funzionale nel follow-up oncologico dopo trattamenti radianti
14) AIRO GIOVANI I trattamenti combinati radiochemioterapici e/o con i nuovi farmaci nel paziente anziano

Alle 16.00 avendo esaurito gli argomenti all'ODG il CD si conclude. ■

Il Presidente — E. G. Russi
Il Segretario — R. M. D'Angelillo

Verso il XIII Congresso Nazionale AIMN

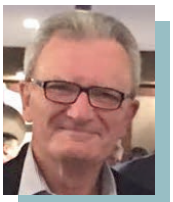
Presidente
Orazio Schillaci

Past President
Onelio Geatti

Consiglieri
Oreste Bagni
Michele Boero
Luigi Mansi
Antonio Garufo
Maria Cristina Marzola
Laura Evangelista

Membri Tecnici Probiviri
Emilio Bombardieri
Gaspare Arnone
Gianni Bisi

Palacongressi di Rimini, sede del Congresso



Onelio Geatti

SINERGIE IN CAMPO

L'Associazione italiana di Medicina nucleare ed Imaging Molecolare (AIMN) considera fondamentale per il "Management delle erogazioni delle prestazioni di Medicina Nucleare", documento recentemente condiviso con i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM), definire gli ambiti lavorativi di tutte le professionalità coinvolte. La proficua integrazione di conoscenze, competenze, campi e modalità d'azione in una branca ad elevato contenuto specialistico valorizza infatti il lavoro d'équipe e lo intende come sintesi produttiva basata su obiettivi condivisi, raggiungibili esclusivamente con il riconoscimento reciproco delle professionalità implicate, operanti in massima sintonia. In vista dell'imminente XIII Congresso nazionale di Rimini, appuntamento che vedrà riuniti dal 2 al 5 marzo esperti provenienti da tutta Italia per discutere delle più importanti tematiche afferenti alla medicina nucleare, è in programma un incontro tra il sottoscritto, presidente AIMN, Onelio Geatti, il Presidente TSRM, Alessandro Beux e il Presidente della Associazione Italiana di Fisica Medica (AIFM), Michele Stasi, per la firma di un documento che definisca gli ambiti lavorativi dei medici nucleari, dei Tecnici di Radiologia Medica e dei Fisici Medici. Lo scopo è quello della definizione di un modello operativo condiviso in grado di garantire l'appropriatezza delle prestazioni di Diagnostica e Terapia Medico Nucleare, nel rispetto delle competenze professionali specifiche.

Avendo già trovato un accordo preliminare con i TSRM, l'AIMN vuole fortemente ribadire la sua volontà di sviluppare sempre di più rapporti cooperativi con l'associazione rappresentativa dei Fisici Medici, con i quali da anni esiste strettissima collaborazione. È infatti già stabilito che la partecipazione alle attività dei rispettivi gruppi di studio sia reciprocamente aperta ai soci delle rispettive associazioni e che, in accordo con quanto già avviene a livello europeo tra l'European Association of Nuclear Medicine (EANM) e l'European Federation of Organizations for Medical Physics (EFOMP), nessun document tecnico di interesse comune sia firmato dalla singola associazione senza avere sentito il parere dell'altra.

La speranza dell'AIMN è che la firma del documento con TSRM e AIFM possa costituire un modello da seguire anche per le altre professionalità dell'ambito della specialistica di Medicina Nucleare (infermieri, radiofarmacisti, biologi, radiochimici, ecc.) per le quali certamente si renderà necessario redigere un documento con lo stesso livello di approfondimento. Rimane prioritaria anche l'intenzione di formalizzare i rapporti di collaborazione con le società mediche dell'area radiologica, con le quali è stato recentemente costituito un nuovo organismo, la Federazione italiana delle Società Mediche dell'Area Radiologica (FIDESMAR). ■

Giuseppe Villa

ORAZIO SCHILLACI NUOVO PRESIDENTE

Orazio Schillaci è il nuovo Presidente dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare (AIMN). La nomina è arrivata a conclusione del XIII Congresso Nazionale AIMN svoltosi a Rimini dal 2 al 5 marzo 2017. Preside della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Schillaci guiderà per i prossimi anni una realtà associativa che ha superato i 25 anni di vita ed il cui scopo è la promozione dello sviluppo scientifico e applicativo dell'impiego medico e biologico, diagnostico e terapeutico delle procedure radioisotopiche.

Il Prof. Orazio Schillaci, nato a Roma nel 1966, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" nel 1990. Ha conseguito la Specializzazione in Medicina Nucleare nel 1994 presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Specializzazione in Radiodiagnostica nel 2009 presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". E' stato Visiting Professor all'Università di California, Davis Medical Center, Sacramento, Sezione di Radiodiagnosi e Terapia nel1999.

Nel 2000 è stato nominato Dottore di Ricerca in "Imaging Funzionale Radioisotopico" presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Successivamente, dal 1998 al 2001, ha ricoperto il ruolo di Ricercatore Universitario S.S.D. F18X presso l'Università degli Studi dell'Aquila.

Ha ricoperto il ruolo di Professore Associato di Medicina Nucleare presso l'università degli Studi di Roma "Tor Vergata" dal 2001 al 2006. Successivamente è stato nominato Professore Ordinario di Medicina Nucleare presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Coordinatore della Scuola di Specializzazione in Medicina Nucleare.

Il 3 maggio 2011 viene nominato Vice Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e il 24 luglio 2013 è nominato Preside della Facoltà.

Le prime parole del nuovo Presidente sono state di elogio verso l'AIMN, una grande associazione scientifica che rappresenta oggi il riferimento in Italia delle attività di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare, seguite da un caloroso ringraziamento al Presidente uscente, Onelio Geatti, che ha saputo gestire con grande competenza e dedizione l'Associazione durante il suo mandato, un uomo capace che sicuramente continuerà a dare un prezioso contributo negli anni a venire.

In proiezione futura, il nuovo Presidente eletto si propone di dare grande spazio ai giovani medici nucleari. Alcuni di essi hanno già ottenuto importanti riconoscimenti scientifici internazionali. Nell'arco della Presidenza lavorerà anche per un'implementazione dei rapporti istituzionali affinché ci sia una maggiore visibilità in tutte le sedi possibili della medicina nucleare e delle pratiche medico nucleari.

La Medicina Nucleare del terzo millennio ha i suoi punti di forza nell'Imaging Molecolare e nella possibile integrazione tra la Diagnostica e la Terapia con radiofarmaci (la cosiddetta "teranostica"), che aprono a nuovi scenari e possibili nuovi progressi nella diagnosi e nella cura di diverse patologie.

Dal punto di vista scientifico il nuovo Presidente di AIMN crede fortemente che il futuro della medicina nucleare sia legato soprattutto allo sviluppo dell'imaging molecolare e della terapia con radiofarmaci e sottolinea che la Medicina Nucleare può avere un ruolo importante anche nella cosiddetta medicina personalizzata che rappresenta una nuova e moderna cultura medica, che guarda al paziente come individuo singolo più che alla malattia. Questo permette di rimettere il paziente al centro di un percorso diagnostico-terapeutico in cui la Medicina Nucleare può contribuire fortemente.

L'AIMN da diversi anni ricopre un ruolo di primo piano nel settore scientifico della disciplina a livello internazionale, con una crescente e qualificata rappresentanza dei suoi associati

sia nella pubblicazione di articoli sulle più prestigiose riviste che nelle presentazioni nei Congressi.
Schillaci si adopererà affinche l'AIMN possa continuare a contribuire con le sue competenze ad un percorso iniziato da molti anni, sulla via dell'innovazione in Sanità, per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini, in maniera sostenibile, sviluppando rapporti strategici con le istituzioni pubbliche ed accordi con le imprese del settore. La diffusione delle metodiche di Medicina Nucleare e di Imaging Molecolare deve avvenire in maniera appropriata, nel moderno scenario di una medicina personalizzata, che può avere in questa Disciplina un punto di riferimento. L'AIMN deve quindi farsi promotore e sostenitore di questo approccio, puntando in primis sulle capacità e sull'entusiasmo dei suoi associati più giovani che sono i protagonisti delle sfide che attendono la medicina nucleare.
Schillaci ha inoltre sottolineato il grande sforzo che attende l'Associazione nella stesura delle buone pratiche e delle linee guida della nostra disciplina, a cui i medici dovranno attenersi, in ottemperanza all'approvazione della legge sulla responsabilità professionale. Tali linee guida è indicato siano emanate dalle Società Scientifiche iscritte in apposito elenco istituito con decreto. E' un impegno gravoso che l'AIMN vuole onorare con serietà scientifica, rigore applicativo e grande attenzione alla sostenibilità dei costi. ■

DA UN TRIMESTRE ALL'ALTRO

IL RISCHIO DEL RISCALDAMENTO TISSUTALE NELL'INDAGINE CON RISONANZA MAGNETICA

Girolamo Garreffa

Pietro Luigi Indovina

Francesco Potito

Nella pratica clinica si stanno sempre più diffondendo apparecchiature a Risonanza Magnetica (RM) non solo di differente tipologia ma anche con valori di campo superiori a 1,5 tesla e, nell'immediato futuro, anche quelle con campo superiore a 3 tesla. Alla luce delle conoscenze acquisite e contemplate dalle vigenti normative, gli effetti degli agenti fisici che caratterizzano i sistemi RM non possono essere considerati trascurabili. In particolare, gli effetti termici tissutali indotti dalla radiofrequenza (RF) sui pazienti, per i quali il relativo rischio associato cresce con l'intensità del campo magnetico statico, richiedono una crescente attenzione e competenza da parte degli addetti alla gestione dell'esame RM. Ancor più critiche possono essere le circostanze riguardanti i pazienti in età pediatrica, in sedazione, portatori di dispositivi impiantati come protesi metalliche non rimovibili, dispositivi attivi come pacemaker ed altro ancora.

Il rischio in RM associato ai possibili effetti per quanto concerne l'esposizione tissutale a valori critici di temperatura, è tradizionalmente valutato in termini quantitativi attraverso il SAR (Specific Absorption Rate) che rappresenta l'energia rilasciata dal campo a radiofrequenza, per unità di tempo e per unità di massa, al corpo esposto (intero o parte di esso) alla bobina di trasmissione.

I valori massimi di SAR accettabili sono regolamentati da normative internazionali e nelle apparecchiature RM poste in commercio con marchio CE sono implementati criteri e dispositivi di sicurezza che consentono, in relazione allo specifico esame (parametri di sequenza, bobina, peso del paziente, etc.), di ottenere una stima preliminare del SAR in modo da orientare quanto più possibile una corretta impostazione della scansione, in termini di probabile effetto termico dell'energia RF impiegata. Ciò di fatto si traduce in un utile supporto per il Radiologo nel prendere le dovute decisioni in sintonia con la giusta valutazione del rapporto rischio/beneficio. Tali dispositivi, anche in grado di arrestare l'apparecchiatura in caso di superamento di soglie di SAR prestabilite, si basano su criteri e modelli generalizzati che tipicamente non tengono conto di specificità del soggetto in esame (a parte il peso, età e in alcuni casi qualche altro parametro caratteristico del soggetto) ed ancor meno se questi è portatore di dispositivi metallici impiantati e di quale tipologia.

Una adeguata conoscenza dei fenomeni che concorrono al rischio termico in RM richiede figure professionali e competenze non sempre immediatamente accessibili nei presidi diagnostici distribuiti sul territorio e si configura sempre più la necessità ed il dovere che la figura dell'*Esperto Responsabile (ER)* operi in stretta collaborazione con il Medico Responsabile in *RM* nella gestione della sicurezza del paziente portatore di dispositivi impiantati.

Sulle problematiche legate al SAR sono stati ad oggi prodotti numerosi lavori con altrettanti risultati interessanti con particolare riferimento alla modellistica computazionale mediante programmi di calcolo basati sugli elementi finiti ma, tali pubblicazioni sono però in gran parte rivolte a figure esperte del settore.

Si configura dunque la necessità di poter disporre di criteri operativi semplificati ma sufficienti comunque ad innalzare il livello di sicurezza rispetto allo stato dell'arte, magari che contemplino anche circostanze fenomenologiche direttamente associate agli effetti termici in relazione alle pratiche diagnostiche nelle specifiche condizioni operative. Di fatto, va considerato che è il riscaldamento tissutale fuori controllo che costituisce l'essenza del rischio per il soggetto in esame ed in qualche modo è possibile mettere in atto azioni preventive che possano avere effetto sulla sua sensibile riduzione ed in alcuni casi eliminazione.
Gli elementi da prendere in considerazione per una adeguata gestione del SAR sono:

- l'intensità del campo magnetico statico;
- condizioni microclimatiche della sala ed in particolare all'interno del gantry;
- peso e dimensioni del paziente;
- stato di salute del paziente in termini di possibili implicazioni sulla termoregolazione;
- stato del paziente in termini di eventuale presenza di dispositivi impiantati attivi o passivi;
- tipologia di sequenza impiegata e set di bobine utilizzato.

Discuteremo brevemente nel dettaglio queste componenti al fine di evidenziare come si relazionano con il SAR e dunque con il rischio di riscaldamento tissutale.

- L'intensità operativa del campo magnetico statico.
Come premesso, il SAR è una misura della velocità con la quale l'energia RF è trasferita nei tessuti con conseguente produzione di calore e si riferisce al corpo intero o a parti di esso. In prima approssimazione il SAR cresce con il quadrato della frequenza operativa, ciò ovviamente significa che passando da uno scanner di 1,5 T a 3.0 T il SAR aumenta di 4 volte. Il recente D.Lgs del 7 agosto 2016 n. 160 ha difatto rimosso la limitazione autorizzativa del 3 T rispetto alle apparecchiature RM con valore di campo minore o uguale a 2 T, in termini più comuni possiamo dire rispetto a quelle da 1,5 T largamente diffuse. Pertanto, l'entusiasmo della Comunità del settore nel poter disporre con più facilità di uno strumento diagnostico di livello tecnologico superiore deve essere ragionevolmente accompagnato da una maggiore attenzione agli aspetti della sicurezza.

- Condizioni microclimatiche della sala magnete.
Le condizioni microclimatiche della sala magnete sono molto più importanti di quanto comunemente si possa pensare ai fini di una corretta gestione del SAR. Tali condizioni devono essere tali da facilitare una giusta termoregolazione del soggetto che si sottopone ad indagine con Risonanza Magnetica e, senza entrare in complessi concetti matematici, si deve tener presente che la variazione di temperatura, durante un esame RM, è ben rappresentata dalla cosidetta *Bio-Heat Equation* introdotta già nel 1948 in una forma preliminare da Pennes, in seguito modificata (E.H. Wissler, 1998) e ulteriormente adattata da altri autori al contesto RM. L'equazione contiene un termine legato al SAR alimentato dall'energia RF associata agli impulsi "somministrati" nell'unità di tempo durante l'esecuzione della sequenza di un dato esame e contiene anche un altro termine "di bilancio" fisiologico che di fatto rappresenta lo smaltimento del calore accumulato, smaltimento che sarà tanto più efficace quanto più bassa sarà la temperatura ambiente compatibilmente con il comfort del paziente. Le linee guida INAIL 2015 indicano una temperatura ottimale di (22 ± 2) °C.
Le normative vigenti indicano dei valori soglia per il SAR assumendo che i valori di temperatura in sala magnete siano rispettati e tali valori soglia devono essere ulteriormente abbassati nel caso in cui la temperatura della sala magnete risulti più alta di quanto indicato dalle linee guida.

- Peso e dimensioni del paziente.
La determinazione del SAR effettuata dallo scanner RM, oltre ad una serie di parametri della sequenza, tiene conto della massa corporea del paziente di qui l'importanza di riportare il peso reale in fase di preparazione dell'esame durante l'introduzione dei dati.

Gli approcci seguiti *(Franz X. Hebrank ISMRM 2009)* per mettere in atto il monitoraggio del SAR possono essere differenti, alcuni tengono conto di un dato valore limite del valore mediato della RF per una specifica configurazione di trasmissione (Tx) che si applica a tutti i pazienti dopo averlo stimato cautelativamente in condizioni di "worst case" (peggiorativa), questo criterio potrebbe considerare o no la specifica posizione del paziente all'interno dello scanner. Altri approcci invece effettuano stime di SAR "più individuali" per ogni data potenza RF prendendo in considerazione la posizione del paziente dentro lo scanner, altezza ed età.
In sintesi, la posizione del paziente all'interno dello scanner RM, le sue dimensioni ed altre sue caratteristiche possono incidere sensibilmente sul SAR e sulla scelta dei parametri della scansione che si intende applicare. La consapevolezza di queste problematiche deve corredare la professionalità degli operatori RM.

- Stato di salute del paziente in termini di possibili implicazioni sulla termoregolazione

Lo stato di salute del paziente in termini di patologie che hanno stretta correlazione con la sua capacità di termoregolazione, va tenuto in seria considerazione ai fini dell'esposizione a fattori di rischio di critico riscaldamento tissutale durante la scansione RM. Sono da non sottovalutare tutte quelle condizioni, compresi gli stati febbrili, che alterano la sua normale capacità di reazione fisiologica a fattori esterni che inducono incrementi della temperatura corporea. In questi casi il personale addetto deve operare le scelte più opportune al fine di salvaguardare la sicurezza del paziente anche in termini di estemporanea necessità dell'accertamento diagnostico.

- Pazienti con dispositivi impiantati attivi o passivi.

I recenti sviluppi tecnologici e scientifici negli ultimi anni hanno consentito l'introduzione sul mercato di dispositivi impiantabili compatibili con la risonanza magnetica ma solo sotto certe specifiche condizioni dettate dal costruttore (MR-conditional). Tali dispositivi sono predisposti a consentire l'esecuzione, in condizioni controllate dal personale sanitario di competenza, di esami di imaging RM altrimenti preclusi.
Per fare un esempio, i recenti dispositivi cardiaci attivi quali i *pace-maker*, etichettati MR-conditional, possiedono specifiche caratteristiche tecniche poichè sono stati progettati per non essere incompatibili all'ambiente RM anche in fase di scansione. Il personale RM responsabile dell'esame sul paziente portatore deve rigorosamente osservare le indicazioni di "conditional" fornite dal produttore in particolare riguardo il SAR, l'entità dei Gradienti Dinamici (slew-rate e ampiezza) e l'esposizione ai gradienti spaziali. E' comunque opportuno definire un protocollo operativo dettagliato con chiare indicazioni di procedure e competenze sin dall'accettazione del paziente. Va comunque osservato che la normativa attualmente vigente nel nostro paese ancora non contempla la possibilità di eseguire esami su pazienti portatori di pace-maker e resta a carico del Radiologo e, in qualche misura anche del Cardiologo, la responsabilità di eseguire l'indagine RM su questo tipo di pazienti osservando il principio di valutare il rapporto Rischio/Beneficio.
Il device impiantato MR-conditional non deve comunque comportare l'esposizione del paziente a fattori di rischio diversi da quelli contemplati dal costruttore del dispositivo e valutati preliminarmente dal personale RM incaricato all'espletamento degli esami, ferma restando la preliminare valutazione clinica del paziente sia generale che in termini di tolleranza alle differenti modalità operative del dispositivo.
Tuttavia, l'imaging mediante risonanza magnetica (MRI) è ormai divenuto la scelta di elezione per lo studio di importanti patologie e non è da sottovalutare il fatto che il mancato accertamento diagnostico con specifiche tecniche RM potrebbe comportare relativi rischi non trascurabili per la salute del paziente portatore di dispositivi impiantati.

- Tipologia di sequenza impiegata e set di bobine utilizzato.

La componente più significativa che concorre al SAR è certamente la tipologia di sequenza utilizzata in ogni singola scansione del protocollo di esame al quale il paziente è sottoposto. Come si è accennato, il tomografo RM dispone di suoi criteri di monitoraggio SAR al fine di operare nel rispetto di normative che possono essere anche diverse in paese diversi (analogamente riguardo le soglie previste per il rischio di neurostimolazione periferica PNS, di cui non parleremo in questo contributo).

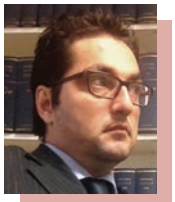
E' importante considerare la tipologia ed il numero di impulsi RF all'interno di ogni singolo "frame" di scansione, intendendo con questo termine tutti gli eventi associati nell'eccitazione di una singola slice ad ogni tempo di ripetizione (TR), che ha una sua durata elementare e se consideriamo che ogni impulso ha una sua energia è chiaro che il numero di impulsi "somministrati" nell'unità di tempo (Energia RF/tempo = Potenza, W) ci mette in stretta relazione con il SAR che di fatto è una "potenza" per unità di massa. Bisogna inoltre tenere presente che nel caso di una "multislices" con NS slices il TR si utilizza in *sharing* con l'eccitazione di altre *slices* durante il singolo tempo di ripetizione impostato, dunque è chiaro che il numero totale di impulsi RF nell'unità di tempo aumenta e conseguentemente anche il SAR. Le procedure di monitoraggio SAR del sistema, a seconda delle scelte, possono intervenire nel limitare sia il minimo TR che il massimo NS per quella data scansione.

Il SAR, in prima approssimazione dipende dal quadrato del FA pertanto un impulso a 180° porta un incremento di 4 volte rispetto all'impulso di 90°. La tipologia di bobina impiegata infine, concorre al SAR e vi è differenza nell'uso di bobine Body, tipo quella integrata nel gantry, e bobine Trasmittenti e Riceventi (Tx/Rx) tipo quadratura che per es. si usano ancora per alcuni distretti. La bobina Body espone a valori maggiori di SAR.

E' importante ricordare che di recente il Ministero della Salute (Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico) ha emanato in data 31 agosto 2016 una nota di chiarimento al fine di prevenire eventuali divergenze interpretative in occasione di bandi di acquisto e successiva installazione di apparecchiature RM. Tale nota stabilisce che di fatto la marcatura CE delle apparecchiature RM, ai sensi della direttiva 93/42/CEE, costituisce garanzia implicita di rispondenza degli adeguati requisiti tecnici compresi quelli riguardanti il SAR.

Questa precisazione del Ministero è molto importante poichè, tra le altre cose, fa decadere le restrizioni sul SAR contemplate dalla normativa italiana mandando implicitamente in vigore quanto previsto dalla Normativa Europea. ■

DELINEATI GLI OBBLIGHI DI NOTIFICAZIONE AL GARANTE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI



Giovanni Pasceri

La seconda Sezione civile della Suprema Corte di Cassazione, con la sentenza n. 188 del 9 gennaio 2017, si è pronunciata sul ricorso del Garante della Privacy contro la sentenza di un Tribunale di Ravenna che ha annullato l'ordinanza di ingiunzione al pagamento della sanzione amministrativa di € 40.000 comminata ad una struttura sanitaria, nel caso di specie privata, per omessa ed inidonea notificazione del trattamento di dati sensibili di pazienti.

La notificazione è una dichiarazione con la quale un soggetto pubblico o privato deve rendere nota al Garante per la protezione dei dati personali l'esistenza di un'attività di raccolta e di utilizzazione dei dati personali svolta quale autonomo titolare del trattamento.

Essa deve essere trasmessa al Garante, in via telematica, una sola volta indipendentemente dalla durata, dal tipo e dal numero delle operazioni di trattamento, sia che si effettui un solo trattamento, sia che si curino più attività di trattamento con finalità correlate tra loro. Le notificazioni sono successivamente inserite in un registro pubblico che è, dunque, consultabile gratuitamente da tutti online.

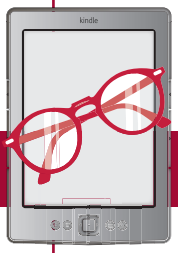
L'omessa notificazione è pesantemente punita con una sanzione amministrativa da € 20.000 a € 120.000.

Nel caso di specie, la Suprema Corte, nel confermare la sanzione del Garante privacy, ha sancito che la notificazione al Garante costituisce un obbligo, il cui omesso adempimento è sanzionato anche nel caso di mera rilevazione delle patologie relative a malattie mentali, infettive e diffusive dei propri pazienti.

A tale deduzione si perviene, secondo la sentenza in commento, dalla mera lettura dell'art. 37, comma 1, lett. b, del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "codice in materia di protezione dei dati personali" il quale prevede l'obbligo di notificare i trattamenti dei "*dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, trattati a fini di procreazione assistita, prestazione di servizi sanitari per via telematica relativi a banche di dati o alla fornitura di beni, indagini epidemiologiche, rilevazione di malattie mentali, infettive e diffusive, sieropositività, trapianto di organi e tessuti e monitoraggio della spesa sanitaria*".

Una diversa interpretazione restrittiva, in cui si vuol leggere la parola "*rilevazione*" riportata nel testo normativo come "*indagine conoscitiva*", è chiaramente arbitraria.

Secondo il Giudice di legittimità, dunque, nell'elenco delle finalità dei trattamenti dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, a cui l'art. 37 del d.lgs. 196/2003 collega l'obbligo di notifica al Garante, è inclusa anche la semplice finalità delle indagini epidemiologiche, a prescindere da quali siano in concreto le patologie oggetto delle indagini stesse. ■



LETTO PER VOI

ALLEGRO MA NON TROPPO

Pietro Pavlica

Carlo Cipolla, pavese di nascita (15.8.1922) ma anche deceduto a Pavia nel 2000, in realtà ha avuto una vita movimentata ed ha viaggiato molto. Storico italiano che ha insegnato in diverse università italiane e degli Stati Uniti Storia dell'Economia. Il suo carattere anticonformista si può desumere anche dall'aggiunta della "M" al nome Carlo, che viene erroneamente interpretata come Maria, ma che anagraficamente non esiste, ma che lui ha aggiunto nelle sue pubblicazioni dopo trasferimento negli USA, per distinguersi da altri studiosi omonimi. Nella sua lunga carriera di professore universitario iniziata a soli 27 anni a Catania e proseguita a Venezia, Torino, Pavia e Scuola Normale Superiore di Pisa e come *full professor* all'università di Berkeley in California, pubblicò molti libri sulla storia dell'economia, soprattutto del Medioevo, che nulla hanno a che vedere con la medicina e la radiologia in particolare.

Nel 1976 si divertì a pubblicare a proprie spese e solo per gli amici un breve scritto, in inglese, sulla stupidità umana formulando la sua teoria della stupidità, dal titolo "**The basic laws of human stupidity**". Il libro è stato poi tradotto in molte altre lingue ed anche in italiano nel 1988, sotto il titolo "**Allegro ma non troppo**" (Edizioni: il Mulino, Bologna). Il volumetto di 83 pagine contiene anche un altro breve saggio umoristico dal titolo "Il ruolo delle spezie (e del pepe nero in particolare) nello sviluppo economico del Medioevo".

AUTORE: *Carlo M. Cipolla*
TITOLO: *Allegro ma non troppo*
ANNO: *1988*
EDITORE: *Il Mulino*

Con fine intelligenza e sottile umorismo Cipolla definisce le cinque leggi fondamentali della stupidità umana e come, riportando i comportamenti umani su un sistema di assi cartesiane, è possibile classificare le persone in quattro gruppi (vedi figura). Cipolla in maniera del tutto razionale e giocando sul filo del paradosso e dell'assurdo, ci convince della validità della sua teoria.

Il saggio è breve, divertente e si legge in fretta in una serata, al posto di qualche trasmissione televisiva stupida e insulsa. ■

L'IMPICCATO DI VIA DE FRATINERI

Antonio Pinto

"L'impiccato de via Fratineri" è una storia di autopsie non convenzionali in un caso di morte sospetta da risolvere in fretta e, soprattutto, prima dell'autopsia giudiziaria.

Il ritrovamento del cadavere di un presunto suicida appeso a un cavalcavia dà avvio a un'indagine che si rivela da subito più complicata del previsto. Il morto è un top manager di una remota repubblica asiatica, al centro di un intrigo internazionale che agita ambienti politici e servizi segreti di mezzo mondo.

La protagonista del racconto, Giulia Santalessio, capitano dei Carabinieri e criminologa, ha ventiquattr'ore di tempo per tracciare il profilo della vittima e accertare se la vicenda rientri nella dinamica di un suicidio, ricorrendo ad analisi di autopsia psicologica di cui è esperta. La coadiuva Giorgio Minardi, capitano del Nucleo Investigativo nonché sua vecchia fiamma del passato.

AUTORE: *Davide Gadda*

TITOLO: *L'impiccato di via de Fratineri*

I ricordi della precedente relazione, le frequente emicranie, l'impazienza di un marito che la vorrebbe più presente a casa e l'ansia per la salute del figlio rischiano di intralciare pesantemente il già arduo lavoro di Giulia. Ma quando le sembra ormai impossibile giungere a una conclusione definitiva, il casuale scambio di battute con un radiologo forense le apre la prospettiva di ricorrere all'autopsia virtuale. Subito il cadavere è sottoposto ad un esame di Risonanza Magnetica post-mortem che consentirà di dipanare i dubbi.

Il racconto, finalista al Premio di letteratura poliziesca "Giallo in Provincia" edizione 2015, segnalato e recensito su riviste online quali C-Side Writer e Sherlock Magazine, è stato pubblicato in e-book da Delos Digital all'interno della collana Delos Crime ed è disponibile sulle principali librerie online (Amazon, Kobo, IBS etc.) nonché direttamente sul sito dell'editore (al link http://www.delosstore.it/ebook/50434/l-impiccato-de-via-fratineri). ■

C'è post@ per voi

Dopo quello di Suez, un altro canale è stato aperto:
è la nuova comunicazione SIRM

SIRM offre ai propri soci un servizio di e-mail,
con accesso dal web e/o con un client di posta

Tutti i dettagli su
www.sirm.org

Per **rispettare la vostra privacy** SIRM invia i dati per la configurazione delle caselle solo su carta per posta tradizionale.

CENTRO DI FORMAZIONE PERMANENTE

Via del Cardello, 24 - ROMA

www.centroformazioneroma.it

Il nuovo Centro di Formazione, sede di riferimento per attività di formazione e per incontri del settore medico scientifico per Società scientifiche, aziende del settore medico-farmaceutico e sanitario, ordini professionali, Enti pubblici e alcune facoltà universitarie, è situato a pochi passi dalla Stazione Termini e dal centro storico di Roma. Il Centro di Formazione è una struttura adatta ad ospitare riunioni, corsi di formazione, Consigli Direttivi di Società scientifiche, riunioni aziendali, attività di formazione continua in medicina, conferenze stampa, etc.

MODALITÀ DI PRENOTAZIONE DATE PRESSO IL CENTRO DI FORMAZIONE:

Per prenotare la sala del Centro di Formazione è necessario inoltrare la richiesta tramite e-mail ai seguenti indirizzi:

1) Al Presidente della società di appartenenza: - SIRM cmasciocchi@sirm.org
   - AIRO elviorussi@gmail.com
   - SNR corrado.bibbolino@gmail.com
   - AINR beltramello.alberto@gmail.com

2) Al Presidente della società che deve autorizzare un eventuale cambio data, se la data prescelta per l'evento non è quella assegnata alla società di appartenenza.