
il RADIOLOGO

APRILE
GIUGNO

2>2021



www.sirm.org



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 Interventistica) e del SNR (Sindacato Nazionale Area Radiologica). Periodico di informazione delle associazioni: AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia Clinica), AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare), AINR (Associazione Italiana di Neuroradiologia).

Direttore Responsabile

Palmino Sacco

direttore.radiologo@gmail.com

Direttore Onorario

Corrado Bibbolino

Coordinatore Editoriale SIRM

Antonio Pinto

Coordinatore Editoriale SNR

Andrea Magistrelli

Collaboratori Istituzionali

Fabrizio Calliada (SIRM)

Francesco Marletta (AIRO)

Gabriele Gasparini (AINR)

Claudio Guerra (SNR)

Carlo Liguori (SNR)

Massimo Midiri (SIRM)

Giuseppe Villa (AIMN)

PERIODICO TRIMESTRALE

ANNO LX - N. 2

APRILE - GIUGNO 2021

Editore

SIRM - SNR

Piazza della Repubblica, 32

20124 Milano

Redazione

Via della Signora, 2 - Milano

Impaginazione grafica

Tipografia Mariti

Tel. 06 538653 - 06 68801736

e-mail: info@tipografiamariti.it

Segreteria di Redazione

Antonella Bellacqua

e-mail: redazioneilradiologo@gmail.com

Redattori

Sabrina De Leonardis

Zairo Ferrante

Claudia Giaconi

Filippo Mangiapane

Daria Schettini

.....
Questo numero è stato chiuso nel mese di luglio 2021.

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



LE PAGINE SNR

- 3 | Il Segretario SNR. COVID, YALTA, IL PNRR E IL ... NOSTRO CONTRATTO - *C. Bibbolino*
- 5 | Programma XVII Congresso Nazionale SNR
- 13 | SNR Giovani. LA CARICA DEI QUATTROCENTO - *C. Liguori*
- 14 | Fems. ASSEMBLEA GENERALE, 7 MAGGIO 2021 - *F. Pinto, I. Rosenberg*
- 15 | LA BUSTA PAGA DEL MEDICO RADIOLOGO - *F. Pinto*
- 19 | IL RISCATTO DEGLI ANNI DI LAUREA - *F. Lucà*
- 21 | IL CCNQ SULLE AREE CONTRATTUALI - *F. Lucà*
- 22 | Verbali. SEGRETERIA NAZIONALE FASSID – AREA SNR. VIDEOCONFERENZA, 15 FEBBRAIO 2021
- 23 | Verbali. SEGRETERIA NAZIONALE FASSID – AREA SNR. VIDEOCONFERENZA, 17 MAGGIO 2021



LE PAGINE SIRM

- 25 | IL NUOVO IMPACT FACTOR DE LA RADIOLOGIA MEDICA: 3,469! - *V. Miele, A. Barile*
- 26 | SIRM Giovani. MISSIONE IN EGITTO - *C. Messina*
- 28 | IL DOCUMENTO INTERSOCIETARIO SIRM-AIFM SULLA RADIOLOGIA DOMICILIARE - *B. Accarino, V. Miele*
- 29 | Gestione delle Risorse. LA SFIDA DEL RECOVERY PLAN. SESTA MISSIONE 1.1 AMMODERNAMENTO PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO: UN'OCCASIONE DA NON PERDERE - *B. Accarino*
- 33 | SIRM Forense. IL "REFERTO" RADIOLOGICO: ASPETTI NORMATIVI - *A. Magistrelli*
- 35 | Management. TEMPI DI CONSEGNA DEI REFERTI - *B. Accarino, C. Guerra*
- 37 | Radioprotezione. LA REFERTAZIONE IN ATTIVITÀ COMPLEMENTARE - *A. Magistrelli*



LE PAGINE AIRO

- 39 | In Memoriam. IN RICORDO DEL PROF. LUCIO TRODELLA - *S. Ramella, R. M. D'Angelillo*
- 40 | Verbali. CONSIGLIO DIRETTIVO STRAORDINARIO. 11 GENNAIO 2021
- 41 | Verbali. CONSIGLIO DIRETTIVO. 21 GENNAIO 2021
- 45 | Verbali. CONSIGLIO DIRETTIVO. 22 FEBBRAIO 2021
- 47 | Verbali. CONSIGLIO DIRETTIVO. 22 MARZO 2021



LE PAGINE AIMN

- 52 | ENTRATA IN VIGORE DEL REGOLAMENTO 536/0214 IN TEMA DI SPERIMENTAZIONE CLINICA DI MEDICINALI PER USO UMANO: SCENARI VECCHI E NUOVI IN MEDICINA NUCLEARE - *M. C. Marzola*
- 55 | MEDICINA NUCLEARE PEDIATRICA: IL BAMBINO AL CENTRO DI UN LAVORO DI SQUADRA - *M. Garganese*



LE PAGINE DELLE RUBRICHE

- 57 | Da un trimestre all'altro. DISPONIBILITÀ SUL TERRITORIO E (PRESUNTA) OBSOLESCENZA DELLE APPARECCHIATURE DI RISONANZA MAGNETICA - *F. Campanella*
- 60 | Da un trimestre all'altro. CESARE RUFFATO: TRA RADIOLOGIA E POESIA - *Z. Ferrante*
- 61 | Da un trimestre all'altro. "LE FONTI AWARDS" PREMIANO LE MIGLIORI REALTÀ - *F. Chiezzi*
- 62 | L'Erba del vicino. I GUADAGNI E L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DEI MEDICI ITALIANI: IL SONDAGGIO DI MEDSCAPE SULL'IMPATTO DEL COVID-19 - *B. Bellandi*
- 64 | Il Radiologo in viaggio. IN VIAGGIO CON SIRM - *A. De Paola*
- 66 | Paleoradiologia. TAVOLA PERIODICA E RADIOLOGIA DEGLI INIZI - *P. Cosmacini*
- 71 | I labirinti della Radiologia tra storia e storie. SAN MICHELE ARCANGELO PROTETTORE DEI RADIOLOGI - *A. E. Cardinale*

SEGRETERIA NAZIONALE

Presidente Nazionale
PAOLO SARTORI

Segretario Nazionale
CORRADO BIBBOLINO

Vice Segretario Nazionale
FABIO PINTO

Segretario Amministrativo
ILAN ROSENBERG

Coord. Interregionale Nord
STEFANO BRACELLI

Coord. Interregionale Centro
GIULIO ARGALIA

Coord. Interregionale Sud
GIUSEPPE CAPODIECI

Rappr. Te Settore per i Liberi Prof.
BRUNO ACCARINO

Rappr. Te Settore Università
ANTONIO ORLACCHIO

Rappr. Te Radiodiagnostica
LORENZO BISON

Rappr. Te Radiodiagnostica
FRANCESCO MONTEDURO

Rappr. Te Radiodiagnostica
LUISA MANES

Rappr. Te Radiodiagnostica
CLAUDIO GUERRA

Rappr. Te Radioterapia
GIOVANNI MANDOLITI

Rappr. Te Medicina Nucleare
AUGUSTO MANZARA

Rappr. Te Neuroradiologia
GABRIELE GASPARINI

Rappr. Te Settore Fisici
ANTONELLA SORIANI

Presidente Fondazione Area Radiologica
FRANCESCO LUCA

Primo Presidente
RAFFAELE PINTO

Direttore "Il Radiologo"
PALMINO SACCO

Direttore sito web
ANDREA MAGISTRELLI

Segretario Verbalizzante
VINCENZO DE RUVO

SNR Giovani
CARLO LIGUORI

COVID, Yalta, il PNRR e il ... nostro contratto



Corrado
Bibbolino

La guerra contro il COVID è ancora in corso e non possiamo dire se la vittoria sia imminente o ancora di là da venire, certo è che i segni di una sconfitta prima o poi del virus sono abbastanza rilevanti.

E' quindi in corso una guerra che sembra di poter vincere tra poco o qualche tempo.

Come tutte le guerre che durano a lungo si iniziano programmi e riunioni per stabilire gli assetti futuri. Così avvenne nella seconda guerra mondiale ed ebbe il suo momento centrale nella Conferenza di Yalta che governò il mondo fino al 1991 e ancora adesso ne disegna i destini in gran parte. Come si legge su Wikipedia l'incontro si tenne in Crimea, nel Palazzo di Livadija, vecchia residenza estiva di Nicola II a Jalta, fra il 4 e l'11 febbraio 1945, pochi mesi prima della sconfitta della Germania nazista nel conflitto mondiale. Esso fu il secondo ed il più importante di una serie di tre incontri fra i massimi rappresentanti delle grandi potenze alleate, iniziati con la Conferenza di Teheran (28 novembre - 1° dicembre 1943) e conclusi con la Conferenza di Potsdam (17 luglio-2 agosto 1945).

Quindi a dicembre 1943 già si iniziavano a disegnare i destini dei futuri stati, 18 mesi prima della fine della guerra i futuri vincitori già si riunivano per sapere quello che avrebbero fatto. Praticamente quello che sta avvenendo oggi con il PNRR in vista dell'arrivo dei fondi promessi.

SEGRETARI REGIONALI

Abruzzo
ANTONIO CALABRESE

Alto Adige
LUCA LA MARCA

Basilicata
FRANCESCO BORRACCIA

Calabria
ADOLFO SICILIANI

Campania
FABIO PINTO

Emilia Romagna
ZAIRO FERRANTE

Friuli V. Giulia
STEFANO SMANIA

Lazio
PASQUALE PAOLANTONIO

Liguria
ILAN ROSENBERG

Lombardia
STEFANO BRACELLI

Marche
GIULIO ARGALIA

Molise
EUSTACHIO COIA

Piemonte
GIANPAOLO DI ROSA

Puglia
VINCENZO DE RUVO

Sardegna
GIANCARLO CADDEO

Sicilia
GIUSEPPE CAPODIECI

Toscana
CLAUDIO GUERRA

Trentino
LUISA MANES

Umbria
ROBERTO FERRANTI

Valle D'aosta
GIANMARCO LUNARDI

Veneto
PAOLO SARTORI

CONSIGLIERI

Campania
CARLO LIGUORI

Emilia Romagna
MARILENE ECCHER

Lazio
ANGELO GAETANO CARRIERO
FRANCESCA SALVIA

Liguria
DARIA SCHETTINI

Lombardia
UGO SONVICO

Puglia
STEFANO ANDRESCIANI

Sicilia
FILIPPO MANGIAPANE

Toscana
LORENZO TESTAVERDE

Veneto
ALTIN STAFA

Come tutti sanno nel piano nazionale di ripresa e resilienza la missione 6 è dedicata alla sanità.

Come ha ben illustrato in questo numero Bruno Accarino, è stato inviato a Bruxelles ad esplicitazione della missione un allegato di ben 720 pagine, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4720984.pdf>, contenente numerose indicazioni per il futuro. Ma se andate a chiedere chi l'ha redatto una coltre di nebbia avvolge il quesito. L'unica cosa che è dato sapere e che qualcuno ci ha lavorato, qualcun altro ci sta lavorando e qualcun altro ci lavorerà.

"L'investimento prevede l'ammmodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi), sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello."

Nella distrazione ci siamo visti assegnare più di 3133 apparecchiature non si sa bene da chi e soprattutto senza saper bene chi le potrà utilizzare. Di una cosa siamo sicuri: una volta arrivate e non utilizzate ci sarà imputata la responsabilità del mancato utilizzo. E' necessario porre la massima attenzione a quello che sta accadendo in questi giorni. Molte associazioni oltre alle nostre (Dossetti, Slow Medicine, FNOMCEO) si stanno chiedendo e attrezzando meritoriamente, ma quello che sorprende è l'assenza di un percorso istituzionale di governo che coinvolga coloro che poi dovranno attuare queste direttive. Il mancato coinvolgimento, come a Yalta, comporterà l'esplosione e il permanere di problemi e la inefficacia dell'effetto positivo di accordi anche buoni ma presi in astrazione.

A questo occorre aggiungere la inesattezza dei numeri dovuta all'azione non coordinata di tutte le regioni e la descrizione di un fabbisogno di personale come si può vedere dalla tabella derivata dall'allegato che non è stato correlato alle esigenze tecnologiche.

| COST ITEM | UNIT COST (EURO) | NR | TOTAL |
|---|---|---------|-----------------------|
| Increase scholarships for specific training on general medical practice | €. 34,809 | 2,700 | €. 93,984,300 |
| Extraordinary training in the field of hospital infections | €. 300 | 293,386 | €. 88,015,700 |
| Training course for the key staff positions of the NHS bodies | €. 4,00 | 4,500 | €. 18,000,000 |
| Financing of n. 4,200 medical-specialist training contracts | €. 25,000 for the first 2 years, and €. 26,000 for the remaining 3 years | 4,200 | €. 537,600,000 |
| TOTAL | | | €. 737,600,000 |

INVESTMENT 2.2: DEVELOPMENT OF TECHNICAL PROFESSIONAL, DIGITAL AND MANAGERIAL SKILLS OF PROFESSIONALS IN THE HEALTHCARE SYSTEM.

Senza parlare di un aggiornamento digitale che consenta trasmissione e lettura di dati e FSE in tempo reale.

Ho avuto modo di dichiarare alla presenza di numerosi deputati nel convegno Dossetti del 10 giugno quanto segue "Altri temi non meno importanti sono l'allocazione di queste attrezzature e come utilizzarle, cioè avere a disposizione sufficiente personale medico formato per sfruttarle al meglio. Ed è proprio la necessità di personale uno dei punti più importanti da mettere al centro dell'agenda. I medici radiologi neolaureati sono sicuramente in grado di utilizzare le apparecchiature più moderne, ma occorre assumerli: negli ospedali italiani c'è un problema di ricambio generazionale, con un'età media del personale medico di 57 anni, anche in ambito radiologico. **Negli ultimi anni sono stati fatti diversi concorsi ma il settore pubblico è in particolare sofferenza e i giovani sono attirati dal mercato privato.** Questo è l'aspetto importante da considerare nell'immediato futuro, perché avere un parco macchine aggiornato, senza il personale medico per utilizzarlo al meglio, è come avere una fuoriserie senza un pilota esperto che possa portarla in pista. Il Pnrr è per la sanità italiana arrivata a questo punto come un calcio di rigore al 90° minuto, per vincere la partita non possiamo sbagliarlo."

Il prossimo contratto può essere l'occasione per rimettere la chiesa al centro del villaggio. Ma sembra che nessuno abbia voglia di insistere su questo punto sarebbe un peccato perché non passeranno altri treni così. I primi movimenti, come riferisce Lucà, si avvertono, speriamo ne seguano altri. ■

PROGRAMMA XVII CONGRESSO NAZIONALE SNR

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202135>

XVII

Sindacato Nazionale
Area Radiologica 

FASSID
Federazione Alpac Aupi Simef Sinfo Ssr Dirigenti

CONGRESSO NAZIONALE

**RITORNO AL
FUTURO**

Presidente: Stefano Bracelli



30 SETTEMBRE 2021
2 OTTOBRE

MONTECATINI TERME

www.raggix.it

GIOVEDÌ 30 SETTEMBRE 2021

- 10.00 Apertura Congresso
Saluti Autorità, Segretari FASSID
e Segretario Generale CODIRP
Stefano Bracelli
- 10.45 Presidente FIDESMAR
Carlo Masciocchi
- 11.00 Presidente Fondazione SNR
Francesco Lucà
- 11.15 SNR Giovani
Carlo Liguori
- 11.30 La Comunicazione SNR
Palmino Sacco
- 11.45 SNR Liberi Professionisti
Bruno Accarino
- 12.00 SNR dipendenti privati
Andrea Magistrelli
- 12.10 SNR dipendenti università
Antonio Orlacchio
- 12.20 **Relazione del Segretario Nazionale**
Corrado Bibbolino
- RITORNO AL FUTURO**
Introduce *Antonio Rotondo*
- 13.00 **Verso il nuovo contratto**
Fabio Pinto
- 13.30 Fine lavori della mattinata
- 14.45 Interventi dei Sindacati e dei Delegati
Conduce *Paolo Sartori*

- 16.30 **WE HAVE A DREAM**
Staffetta di idee per un comune Servizio Sanitario Europeo
Moderatori: Roberta Chersevani, Ilan Rosenberg
- | | |
|----------------------|--------------------|
| Marta Branca | Federico Gelli |
| Luca Brunese | Andrea Giovagnoni |
| Vito Cantisani | Christiaan Keijzer |
| Domenico Colimberti | Antonio Magi |
| João De Deus | Emanuele Neri |
| Maria Pia Garavaglia | Orazio Schillaci |
- Conclusioni
Stefano Bracelli
- 19.30 Chiusura dei lavori

VENERDÌ 1 OTTOBRE 2021**CORSO ECM**

9.00 - 11.00

LA RADIOPROTEZIONE*Moderatori: Giovanni Mandoliti, Antonella Soriani*

ICRP

Andrea Magistrelli

Il ruolo dell'Europa

Zairo Ferrante

101/2020 L'esperto di Radioprotezione

Lorenzo Mazzoni

101/2020 Il medico di Area Radiologica

*Filippo Mangiapane***RIFLESSIONI***Eustachio Coia, Roberto Ferranti**Luca La Marca, Ugo Sonvico*

11.30 - 13.30

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO*Moderatori: Giuseppe Capodiecì, Vincenzo De Ruvo*Assicurazione di qualità e Clinical Competence *Francesco Monteduro*

Valutazione degli esiti: qualità e numeri

Andrea Gardini

I Volumi di attività

Bruno Accarino

DM 70: quali modifiche

*Germano Scevola***RIFLESSIONI***Gianmarco Lunardi, Daria Schettini**Francesca Salvia, Lorenzo Testaverde*

13.30 Chiusura lavori della mattinata



VENERDÌ 1 OTTOBRE 2021

CORSO ECM

14.30 - 16.30

TELEMEDICINA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Moderatori: Carlo Capotondi, Augusto Manzara

Stato dell'arte in Italia

Claudio Guerra

La Responsabilità

Giovanni Pasceri

Regole e infrazioni in Teleradiologia

Giulio Argalia

Integrazione o sostituzione

Riccardo Ferrari

RIFLESSIONI

Francesco Borraccia, Antonio Calabrese,

Marilene Eccher, Adolfo Siciliani

17.00 - 18.30

L'ORGANIZZAZIONE DELLA EMERGENZA URGENZA

E LE RETI TEMPO DIPENDENTI

Moderatori: Nicoletta Gandolfo, Enrico Pofi

Il progetto isocrone

Roberto Grassi

Le reti nell'ictus

Gabriele Gasparini

Le reti nell'infarto miocardico

Carlo Liguori

I minimi assistenziali - volumi correlati

Paolo D'Andrea

RIFLESSIONI

Stefano Andresciani, Angelo Carriero,

Alberto Ponzoni, Stefano Smania

SABATO 2 OTTOBRE 2021

CORSO ECM

10.30 - 12.30

**LA GOVERNANCE E LE ISTITUZIONI:
COSA È STATO E COSA SARÀ. UNA NARRAZIONE**

Presiedono: Antonio Orlacchio, Paolo Sartori

La nuova legge sulla RM

Francesco Campanella

Le novità della 101 e la futura normativa

Paolo Rossi

I Rao

Giuliano Mariotti

Choosing Wisely

Sandra Venero

I contratti

Francesco Quaglia

RIFLESSIONI

*Alda Borre, Giancarlo Caddeo,
Gianpaolo Di Rosa, Luisa Manes*

Conclude

Antonio Barile

12.30

LETTURA MAGISTRALE

SIRM SNR:

LE CONVERGENZE PARALLELE

Vittorio Miele

Conclusioni congressuali

Segretario Nazionale

13.30

Chiusura dei Lavori



FACULTY

| | |
|-------------------------|---|
| ACCARINO BRUNO | <i>Rappresentante. Liberi Professionisti. Segreteria Nazionale. SNR</i> |
| ANDRESCIANI STEFANO | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| ARGALIA GIULIO | <i>Coordinatore interregionale. CENTRO. Segreteria Nazionale. SNR</i> |
| BARILE ANTONIO | <i>Direttore. Radiologia. Medica</i> |
| BELLANDI GIUSEPPE | <i>Già. Sindaco. di. Montecatini</i> |
| BIBBOLINO CORRADO | <i>Segretario Nazionale. SNR</i> |
| BORRACCIA FRANCESCO | <i>Segretario Regionale. SNR. Basilicata</i> |
| BORRÈ ALDA | <i>Presidente. Gruppo. SIRM. Piemonte. Valle. D'Aosta</i> |
| BRACELLI STEFANO | <i>Coordinatore interregionale. NORD. Segreteria Nazionale. SNR</i> |
| BRANCA MARTA | <i>Direttore. Generale. ASL. RM3</i> |
| BRUNESE LUCA | <i>Rettore. Università. degli. Studi. del. Molise</i> |
| CADDEO GIANCARLO | <i>Segretario Regionale. SNR. Sardegna</i> |
| CALABRESE ANTONIO | <i>Segretario Regionale. SNR. Abruzzo</i> |
| CAMPANELLA FRANCESCO | <i>Responsabile. INAIL. Sezione. supporto. tecnico. al. SSN. in. materia. di. radiazioni.</i> |
| CANTISANI VITO | <i>Presidente. SIUMB</i> |
| CAPODIECI GIUSEPPE | <i>Coordinatore interregionale. SUD. Segreteria Nazionale. SNR</i> |
| CAPOTONDI CARLO | <i>Direttore. UOC. Radiologia. Ospedale. dei. Castelli. ASL. RM6</i> |
| CARRIERO ANGELO GAETANO | <i>Consigliere Nazionale. SNR</i> |
| CHERSEVANI ROBERTA | <i>Presidente. Ordine. dei. Medici. Gorizia</i> |
| CIGNARELLI TIZIANA | <i>Segretario. Generale. CODIRP</i> |
| COIA EUSTACHIO | <i>Segretario Regionale. SNR. Molise</i> |
| COLIMBERTI DOMENICO | <i>Vice. Presidente. Slow. Medicine</i> |
| D'ANDREA PAOLO | <i>Direttore. UOC. Radiologia. ULSS. 1. Belluno</i> |
| DE DEUS JOAO | <i>Presidente. FEMS</i> |
| DE RUVO VINCENZO | <i>Segretario. Verbalizzante. SNR</i> |
| DI ROSA GIANPAOLO | <i>Segretario Regionale. SNR. Piemonte</i> |
| DI TULLIO ALESSANDRA | <i>Coordinatore Nazionale. FASSID</i> |
| DI TURI ROBERTA | <i>Segretario Nazionale. SINAFO</i> |
| ECCHER MARILENE | <i>Consigliere Nazionale. SNR</i> |
| FERRANTE ZAIRO | <i>Segretario Regionale. SNR. Emilia. Romagna</i> |
| FERRANTI ROBERTO | <i>Segretario Regionale. SNR. Umbria</i> |
| FERRARI RICCARDO | <i>Segretario Regionale. SNR. Lazio</i> |
| GANDOLFO NICOLETTA | <i>Coordinatore. ECM. e. Sezioni. Studio. SIRM</i> |
| GARAVAGLIA MARIA PIA | <i>Presidente. Istituto. Superiore. di. Studi. Sanitari. G.. Cannarella</i> |
| GARDINI ANDREA | <i>Segretario. Generale. Slow. Medicine</i> |
| GASPARINI GABRIELE | <i>Rappresentante. NEURORADIOLOGIA. Segreteria Nazionale. SNR</i> |
| GELLI FEDERICO | <i>Presidente. Fondazione. Italia. in. Salute</i> |
| GIOVAGNONI ANDREA | <i>Presidente. Eletto. SIRM</i> |
| GRASSI ROBERTO | <i>Presidente. Fondazione. SIRM</i> |
| GUERRA CLAUDIO | <i>Segretario Regionale. SNR. Toscana</i> |

| | |
|---------------------|---|
| KEIJZER CRISTIAAN | <i>Vice. Presidente. FEMS</i> |
| LA MARCA LUCA | <i>Segretario Regionale. SNR. Alto Adige</i> |
| LIGUORI CARLO | <i>SNR. Giovani</i> |
| LUCÀ FRANCESCO | <i>Presidente. Fondazione. Area. Radiologica</i> |
| LUNARDI GIANMARCO | <i>Segretario Regionale. SNR. Valle. D'Aosta</i> |
| MAGI ANTONIO | <i>Presidente. Ordine. dei. Medici. Roma</i> |
| MAGISTRELLI ANDREA | <i>Direttore sito web. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| MANDOLITI GIOVANNI | <i>Rappresentante. RADIOTERAPIA. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| MANES LUISA | <i>Rappresentante. RADIODIAGNOSTICA. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| MANGIAPANE FILIPPO | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| MANZARA AUGUSTO | <i>Rappresentante. MEDICINA. NUCLEARE. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| MARIOTTI GIULIANO | <i>Direttore. UOC. Specialistica. Ambulatoriale. APSS. Trento</i> |
| MASCIOCCHI CARLO | <i>Presidente. FIDESMAR</i> |
| MAZZONI LORENZO | <i>Fisica. Sanitaria. Azienda. Usl. Toscana. Centro</i> |
| MAZZONI MAURO | <i>Segretario. Nazionale. SIMET</i> |
| MIELE VITTORIO | <i>Presidente. SIRM</i> |
| MONTEDURO FRANCESCO | <i>Rappresentante. RADIODIAGNOSTICA. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| NERI EMANUELE | <i>Presidente. Eletto. European. Society. of. Oncologic. Imaging</i> |
| ORLACCHIO ANTONIO | <i>Rappresentante. SETTORE. UNIVERSITÀ. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| PASCERI GIOVANNI | <i>Prof. a contratto. Diritto. Innovazione. Tecnologica.</i> |
| PINTO FABIO | <i>Univ. Vita. Salute. San. Raffaele</i> |
| POFI ENRICO | <i>Vice. Segretario. Nazionale. SNR</i> |
| PONZONI ALBERTO | <i>Consigliere. SIRM</i> |
| QUAGLIA FRANCESCO | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| ROSENBERG ILAN | <i>Direttore. Dipartimento. Salute. e. Servizi. Sociali. Regione. Liguria</i> |
| ROSSI PAOLO | <i>Segretario. Amministrativo. SNR</i> |
| ROTONDO ANTONIO | <i>Direzione. Generale. Prevenzione. Sanitaria. Ministero. Salute</i> |
| SACCO PALMINO | <i>Presidente. SIRM. srl</i> |
| SALVIA FRANCESCA | <i>Direttore. 'Il. Radiologo'. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| SARTORI PAOLO | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| SCEVOLA GERMANO | <i>Presidente. Nazionale. SNR</i> |
| SCHETTINI DARIA | <i>Segretario. Amministrativo. SIRM</i> |
| SCHILLACI ORAZIO | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| SELLINI MARIO | <i>Rettore. Università. Tor. Vergata</i> |
| SICILIANI ADOLFO | <i>Segretario. Nazionale. AUPI</i> |
| SMANIA STEFANO | <i>Segretario. Regionale. SNR. Calabria</i> |
| SONVICO UGO CARLO | <i>Segretario. Regionale. SNR. Friuli. Venezia. Giulia</i> |
| SORIANI ANTONELLA | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| TESTAVERDE LORENZO | <i>Rappresentante. FISICA. MEDICA. Segreteria. Nazionale. SNR</i> |
| VERNERO SANDRA | <i>Consigliere. Nazionale. SNR</i> |
| | <i>Presidente. Slow. Medicine</i> |

SEDE CONGRESSUALE

GRAND HOTEL VITTORIA - CENTRO CONGRESSI
Viale Libertà 2/A - 51016 Montecatini Terme
Tel. +39 0572 74900

ISCRIZIONE

Gratuita e riservata ai soli quadri sindacali SNR

ACCREDITAMENTO ECM

ALL'EVENTO SONO STATI ASSEGNATI

N. 9,1 CREDITI ECM - ID-ECM: 2036-325164

per Fisico e Medico Radiologo con specializzazione in:

**RADIODIAGNOSTICA, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEARE,
NEURORADIOLOGIA, ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE,
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO,
IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA**

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi è necessaria la presenza effettiva del 100% della durata dell'Evento ed il superamento del test di apprendimento

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Sarà possibile ritirare l'attestato di partecipazione al termine del Congresso presso la Segreteria

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA

Antonella Bellacqua

Stefano Murgia

Daniela Usai

e-mail: snr@raggix.it

ELEVEN CONFERENCE

Silvia Polvani

e-mail: info@elevenconference.it

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202136>



Carlo Liguori

LA CARICA DEI QUATTROCENTO

Quattrocentotrentuno è il numero che testimonia la vitalità del nostro Sindacato e autorizza a rimanere fiduciosi sul futuro di questo movimento. Tanti sono infatti i nuovi iscritti under 40 registrati dal 1 gennaio 2020 al 14 giugno 2021, in sostanza la nuova truppa SNR giovani che, oltre a decretare un abbassamento dell'età media degli iscritti, rappresenta una iniezione di vitalità e nuove idee.

I giovani reclutati sono distribuiti su tutto il territorio nazionale con rappresentazione disomogenea: le regioni capofila sono infatti Campania (66), Sicilia (42), Toscana (40) e Lazio (39), storicamente dominanti anche per numero di iscritti globali. Analizzare i numeri genera una inevitabile riflessione sulle ragioni sottese alla loro variazione, specie se si considera il periodo storico pandemico in cui gli stessi sono stati registrati.

La prima considerazione è comparativa con l'andamento delle iscrizioni di altri movimenti sindacali medici e non, valutato nel medesimo arco temporale. Il confronto dimostra come ci sia stato un generale avvicinamento dei lavoratori alle sigle sindacali in epoca covid (dati Adnkronos/Labitalia 2021), segno che la fragilità e solitudine percepita dai lavoratori nel periodo di lockdown, abbia determinato la necessità di una interlocuzione con chi potesse fornire vicinanza e risposte concrete alle esigenze straordinarie.

Nessuno credo abbia dimenticato quanto vissuto in radiologia, nella prima fase covid, dove ha regnato paura ed incertezza in merito a protocolli operativi per l'accoglienza dei pazienti e la sanificazione di ambienti ed apparecchiature. In quel periodo, mentre le Istituzioni lanciavano messaggi difformi e spesso confondenti, il nostro sindacato unitamente alla società scientifica si impegnava a dare certezze con documenti mirati. Una valutazione più approfondita di questa crescita mostra come a salire siano stati fondamentalmente i giovani "ospedalieri". Il dato legittimo quanto già descritto nel precedente numero del Radiologo, dove ci eravamo soffermati sugli "effetti benefici" del COVID.

In sostanza è indiscutibile che le assunzioni in sanità iniziate nel 2020 e rafforzate con i contratti legati all'emergenza, abbiano determinato un rimbalzo positivo. A questo va associato il lavoro evidentemente efficace dei segreterai regionali e aziendali che hanno saputo capitalizzare l'ondata di neoassunzioni.

Ha senza dubbio contribuito all'avvicinamento degli under 40 la nuova opzione assicurativa fornita dal broker AON. Da quest'anno

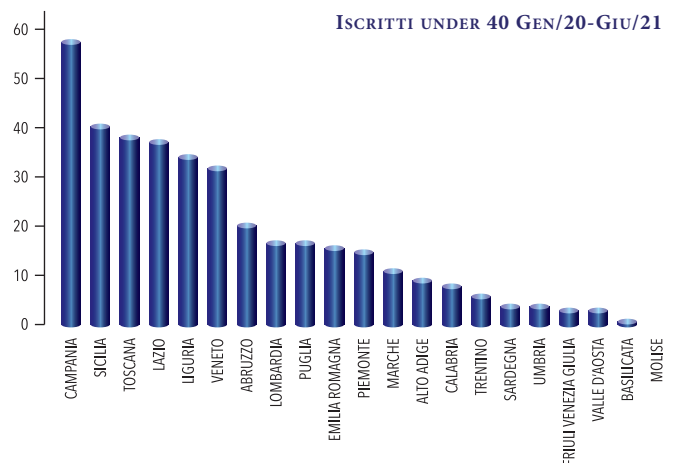
infatti a condizioni di notevole garanzia e vantaggio economico, è possibile per il giovane radiologo iscritto SNR, poter sottoscrivere una polizza che fornisce copertura anche per il pregresso decennio di attività svolta presso strutture in regime libero-professionale o come lavoratore atipico. E' un dato noto da tempo, che il radiologo quarantenne odierno, ha alle spalle una militanza più o meno lunga nel precariato, data la limitata possibilità di accesso al SSN, determinata dal prolungato blocco concorsuale attuato fino al 2017 un po' ovunque in Italia.

L'accresciuta platea di giovani colleghi pone il sindacato nella posizione di poter guardare con entusiasmo rinnovato al futuro, nella convinzione che il movimento stia facendo breccia negli interessi delle nuove generazioni. Allo stesso tempo si apre una nuova sfida, relativa alla necessità di far affezionare alle attività i neoiscritti SNR, sapendo puntualmente rispondere alle loro esigenze e domande.

Sarà necessario attivare punti di ascolto in ciascuna regione, rendendo il più possibile inclusiva l'attività periferica, consapevoli che quelle dei radiologi under 40 sono spesso esigenze peculiari, non esattamente coincidenti con quelle dei colleghi più maturi. In questo contesto sarà inevitabile rafforzare anche l'offerta di formazione sulle tematiche sindacali, già oggi notevolmente cresciuta attraverso i webinar SNR, che non a caso hanno riscosso notevole successo.

Infine a cambiare ed evolvere dovrà essere anche la strategia comunicativa, divenendo più fluida e moderna con il rafforzamento di un linguaggio *social network oriented*.

Una serie di interessanti sfide che siamo certi di poter affrontare, anche grazie al contributo e il sostegno della carica dei quattrocento. ■





<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202137>

ASSEMBLEA GENERALE FEMS

7 maggio 2021



Fabio
Pinto



Ilan
Rosenberg

In data 7 maggio 2021 si è tenuta in modalità da remoto la Assemblea Generale della **FEMS** (Federazione Europea dei Medici Salariati), alla quale, come noto, aderisce da tempo SNR in virtù della propria vocazione europeista. Hanno partecipato alla riunione Ilan Rosenberg vice-Presidente FEMS e Fabio Pinto, Delegato FEMS.

Nella sessione antimeridiana (dalle 9 alle 12) sono state affrontate due principali tematiche riguardanti, rispettivamente, la diffusione della sindrome di burn-out tra i Medici Ospedalieri e la soddisfazione dei Medici al lavoro.

Le cause principali della sindrome da burn-out sono: la carenza di personale medico, il carico di lavoro, lo stress accumulato durante le notti e i weekend, l'antagonismo tra il personale, la mancanza di un organismo di sostegno per i dipendenti in difficoltà, il mancato riconoscimento universale della patologia da burn-out, la scarsa informazione sulla materia; a questi si aggiungono i nuovi scenari che stiamo vivendo nell'era della pandemia da COVID-19. Tali dati sono stati ottenuti mediante un questionario inviato ai Delegati delle diverse organizzazioni sindacali aderenti alla FEMS. Alcune soluzioni per alleviare le difficoltà emerse nel questionario sono costituite dalla implementazione di ambienti più confortevoli e accoglienti per la sosta diurna/notturna e altri tipi di pausa del personale, dalla formulazione di turni distanziati per chi effettua le notti (con migliore recupero delle energie psico-fisiche), dalla messa in campo di sistemi di prevenzione e infine dalla adeguata formazione (anche mediante convegni) sulla problematica.

Per quanto concerne la tematica riguardante la soddisfazione dei Medici al lavoro, è in corso la raccolta dati mediante un questionario inviato ai Delegati FEMS. Purtroppo, al momento, la risposta al questionario è stata carente per alcuni stati membri, fenomeno che rischia di ridurre notevolmente l'attendibilità della ricerca. La risposta dei medici italiana è stata invece notevole: indice di grande sofferenza?

Al fine di raggiungere maggiore partecipazione, sono stati prorogati i termini per la chiusura della raccolta dati: si prevede di giungere alle conclusioni in occasione della prossima Assemblea Generale.

Al termine della mattinata sono state discusse le modalità di introduzione in Europa del "Covid-19 Green Pass" per i vaccinati. Da ultimo il dott. Jean Paul Zerbib, tesoriere sia del board FEMS sia di quello EPHA (European Public Health Alliance), ha ricordato l'importanza dei rapporti tra le due associazioni, nella condivisione di obiettivi e di priorità.

La Sessione pomeridiana ha avuto inizio alle ore 13, riprendendo la discussione sulla introduzione nei paesi europei di un "Covid-19 Green Pass" per i vaccinati.

Si è passati, quindi, alla presentazione dei national reports, incentrati in massima parte sugli effetti locali da pandemia da Covid-19 e sulle rispettive situazioni politico-sanitarie; tra questi si è avuto l'intervento di Fabio Pinto che ha passato in rassegna, in breve, la situazione politico-sanitaria italiana negli ultimi sei mesi.

E' quindi stato il turno dei rappresentanti della UEMS e AEMH, che hanno portato il saluto delle rispettive associazioni.

Da ultimo, si è discusso delle future strategie da implementare nei rapporti con la Commissione Europea e sulla programmazione delle elezioni del board FEMS previste per il prossimo autunno. ■

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202138>



Fabio
Pinto

La busta paga del Medico Radiologo

Le singole voci della retribuzione non risultano sempre comprensibili e chiare agli occhi dei Medici radiologi, i quali rinunciano a compiere quella che possiamo definire una "Mission Impossible"!!

Dopo lunga attesa, la firma del CCNL della Dirigenza Sanitaria per il triennio 2016-2018 ha prodotto un aggiornamento di alcune delle voci stipendiali che troviamo nella nostra "Busta Paga".

Il **Trattamento economico** dei Dirigenti è regolato dagli Artt. 82 e 83 del suddetto CCNL e può essere distinto nella parte Fondamentale e in quella Accessoria. L'Art. 83 disciplina, infatti, la Struttura della Retribuzione.

Il **Trattamento Fondamentale** include le seguenti voci:

- Stipendio Tabellare per la qualifica dirigenziale, comprensivo della indennità integrativa speciale conglobata ai sensi dell'art. 34 del CCNL 3.11.2005;
- Retribuzione individuale di anzianità, ove acquisita;
- Indennità di specificità medico-veterinaria;
- Parte fissa della retribuzione di posizione di incarico;
- Assegni personali, ove spettanti;
- Indennità di esclusività per i Dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo.

Il **Trattamento Accessorio** include le seguenti voci:

- Parte variabile della retribuzione di posizione di incarico, sulla base della graduazione delle funzioni;
- Indennità di Incarico di Struttura Complessa, ove spettante;
- Retribuzione di risultato, ove spettante;
- Retribuzione legata a particolari condizioni di lavoro (ad es. lavoro straordinario);
- Specifico trattamento economico, ove in godimento quale assegno personale ex art. 38, comma 3, del CCNL 8.6.2000;
- Assegno per il nucleo familiare, ove spettante.

Attualmente, con il sistema di tassazione in vigore, lo Stipendio medio dei Dirigenti Medici è di €. 74.500,00 lordi,

al netto dell'esclusività di rapporto (*dati Atlante Sanità PKE Group, Federsanità ANCI 2019*). Può essere necessario, in tal senso, andare brevemente ad approfondire anche i risvolti fiscali.

L'**Irpef**, in effetti, rappresenta l'**imposta sul reddito delle persone fisiche** nata con la riforma tributaria del 1973. Si tratta di un'imposta progressiva, diretta e personale, applicata ai redditi da lavoro e da pensione.

Per **imposta progressiva** si intende che la quota percentuale di reddito assorbita dall'imposta aumenta in proporzione al reddito stesso. Tale progressività è sancita dall'art. 53 della nostra Costituzione, secondo cui "tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva". Sono cinque gli **scaglioni di reddito** da considerare ai fini dell'applicazione delle **aliquote Irpef**, che vanno **dal 23% al 43%**.

L'Art. 82, dal canto suo, chiarisce alcuni importanti aspetti quali la **Retribuzione Giornaliera** e quella **Oraria**. Per calcolare la prima, bisogna dividere la corrispondente voce mensile per 26. Per calcolare la seconda, bisogna dividere la corrispondente voce mensile per 156.

Questa informazione ha particolare valore, ad esempio, per conoscere la decurtazione economica applicata in caso di adesione a sciopero.

Lo **Stipendio Tabellare Mensile** è uguale per tutti i Dirigenti e rappresenta la voce più consistente della retribuzione nella stragrande maggioranza dei casi; esso è utile ai fini della pensione e della liquidazione. Il suo valore economico è di €. 45.260,77 lordi annuali ovvero di €. 3.481,60 lordi mensili.

L'**Indennità Specifica Medica** nasce, in origine, quale strumento di valorizzazione delle differenze rispetto agli altri Dirigenti della Pubblica Amministrazione. La specificità del medico, cioè quella di saper riconoscere e gestire i costi umani della malattia e delle terapie, è, negli anni, progressivamente venuta meno nella mi-

sura in cui i Medici si sono adeguati al concetto di aziendalizzazione, accogliendo i percorsi di riorganizzazione proposti dai vari Sistemi Sanitari Regionali. Alla nostra area professionale, oltre alle attività gestionali proprie della funzione dirigenziale, sono di fatto affidati compiti assistenziali, di diagnosi, di cura e di tutela della salute pubblica, che costituiscono non solo il perno produttivo dell'attività aziendale ma anche il fine istituzionale di essa, diretto al raggiungimento degli obiettivi generali di prevenzione, cura e riabilitazione già previsti dall'art. 1 del D. Lgs. 502/92.

La Dirigenza Medica mantiene una connotazione strategica per l'economia sanitaria aziendale, intesa come allocazione delle risorse ai fini dell'efficacia, efficienza e qualità dell'azione sanitaria. Dal punto di vista del peso economico, l'**Indennità Specifica Medica** è uguale per tutti i Dirigenti sin dal 2000, mentre prima di tale anno essa veniva differenziata sulla base delle posizioni gerarchiche. A valere dal 2019, l'indennità di specificità medico-veterinaria è stata rideterminata in €. 8.476,34 lordi annui, comprensivi della tredicesima mensilità. Questa cifra corrisponde a €. 652,03 lordi mensili.

Il cosiddetto Stipendio di Posizione in busta paga è distinto in due voci (**Posizione Unificata e Posizione Variabile Aziendale**). I valori di retribuzione parte fissa assorbono e ricomprendono i valori in godimento della retribuzione minima contrattuale unificata e della differenza dei minimi, che sono cessate dall'essere corrisposte dal 2019. Tale voce dovrebbe valorizzare la progressione carrieristica del Dirigente Medico ed esaltare la valorizzazione della professionalità, mentre è spesso stata penalizzata da interpretazioni aziendali discutibili.

TABELLA 1

| TIPOLOGIA DI INCARICO GESTIONALE | | VALORE IN EURO ANNUO LORDO PER 13 MESI |
|--|---|--|
| Incarico di direzione di struttura complessa (art. 18, comma 1, par. I, lett. a) | - Area chirurgica | 18.000,00 |
| | - Area medica - Dirigenza sanitaria - Dirigenza professioni sanitarie | 17.000,00 |
| | - Area territorio - Dirigenza veterinaria | 16.000,00 |
| Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale (art. 18, comma 1, par. I, lett. b) | | 12.500,00 |
| Incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa (art. 18, comma 1, par. I, lett. c) | | 11.000,00 |

TABELLA 2

| TIPOLOGIA DI INCARICO PROFESSIONALE | | VALORE IN EURO ANNUO LORDO PER 13 MESI |
|--|--|--|
| Incarico di altissima professionalità (art. 18, comma 1, par. II, lett. a) | A valenza dipartimentale (art. 18, comma 1, par. II, lett. a1) | 12.500,00 |
| | Articolazione interna di struttura complessa (art. 18, comma 1, par. II, lett. a2) | 11.000,00 |
| Incarico professionale di alta specializzazione (art. 18, comma 1, par. II, lett. b) | | 6.500,00 |
| Incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo (art. 18, comma 1, par. II, lett. c) | | 5.500,00 |
| Incarico professionale di base (art. 18, comma 1, par. II, lett. d) | | 1.500,00 |

La Posizione Variabile Aziendale esprime, quindi, il valore fissato dalla Trattativa Aziendale. Pertanto, la tipologia e l'importanza anche economica degli incarichi sono definite solo in parte dal CCNL e in maniera preponderante dal Contratto Integrativo Aziendale. Nello specifico, l'art. 91 del CCNL 2016-2018 recita, al comma 1 che "Ad ogni Dirigente è riconosciuta una retribuzione di posizione correlata a ciascuna delle tipologie di incarico di cui all'art. 18. Essa è fissa e ricorrente ed è corrisposta, con oneri a carico del fondo di cui all'art. 94 (fondo per la retribuzione degli incarichi) per tredici mensilità". In **Tabella 1** vengono riassunte le Tipologie di Incarico Gestionale, con indicazione del relativo valore economico annuo lordo.

Accanto agli Incarichi Gestionali vi sono poi quelli Professionali. Per gli Incarichi Professionali, la forbice va da €. 1500 a €. 12.500 lordi/anno, in base all'incarico assegnato. Anche questa nuova valorizzazione degli incarichi contribuisce ad aumentare la quota economica pensionabile e utile ai fini della liquidazione.

In **Tabella 2** vengono riassunte le Tipologie di Incarico Professionale, con indicazione del relativo valore economico annuo lordo. Dalla analisi della Tabella 2 emerge che per i Dirigenti che hanno superato cinque anni di anzianità, esso è di €. 5.500,00 lordi/anno mentre i Dirigenti neoassunti, superato il periodo di prova, dovranno essere destinatari, in ogni caso, di Incarico Professionale di base del valore economico di €. 1.500,00 lordi/anno: quest'ultima rappresenta una concreta novità introdotta dal CCNL 2016-2018.

Ovviamente le carriere (Gestionale/Professionale) sono comunemente intersecabili. Sempre all'art. 91 del CCNL 2016-18, al comma 6, viene indicata la Retribuzione di Posizione complessiva, intesa quale somma di parte fissa e di parte variabile, definita entro i valori massimi annui lordi per tredici mensilità indicati in **Tabella 3**.

La **Retribuzione Individuale di Anzianità** (RIA) rappresenta un residuo dei CCNL precedenti al 1994. Essa è variabile per ciascun Dirigente in quanto legata al momento in cui il Dirigente è stato assunto: pertanto, coloro che sono stati assunti dopo tale data non godranno più di questa voce retributiva. In passato, mediante meccanismi complessi modificati nei vari CCNL della Dirigenza, veniva garantito un incremento economico ogni biennio. Con la sigla del CCNL - normativo 1994-97 - economico 1994-95, tale istituto fu abolito, mantenendo gli scatti maturati fino al 1996. Difatti, successivamente, tali risorse economiche sono state destinate per alimentare il fondo che finanziava gli incarichi professionali. All'Indennità di Esclusività di rapporto si fa riferimento nell'Art. 89 del CCNL 2016-2018. In realtà solo in tempi recenti, grazie alla Legge di Bilancio 2021, al comma 407, si è avuto un incremento del 27% del valore economico riservato ai Dirigenti in rapporti di esclusività. In **Tabella 4** sono riportati i nuovi valori economici di questa voce stipendiale.

L'**Indennità Professionale Specifica di Rischio Radiologico** è normata dall'art. 99 del CCNL 2016-2018. Essa fu introdotta dal CCNL 1996 e venne acquisita come tale dall'11.02.2004 a favore dei Dirigenti della area radiologica. L'ultimo CCNL 2016-2018 la estende anche ai Fisici Sanitari, confermando il valore economico di €. 103,29 per dodici mensilità annue.

L'**Indennità di Vacanza Contrattuale** è quell'elemento provvisorio che viene riconosciuto alla scadenza del CCNL e fino al momento del suo rinnovo (€. 24,37). Il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale, però, non è immediato: questo, infatti, scatta soltanto dopo un periodo di tolleranza di 3 mesi rispetto alla scadenza del contratto precedente.

Dobbiamo elencare, poi, una serie di voci collegate al

TABELLA 3

| TIPOLOGIA DI INCARICO | VALORE IN EURO ANNUO LORDO PER 13 MESI |
|--|--|
| Incarico di direzione di struttura complessa (art. 18, comma 1, par. I, lett. a) | 50.000,00 |
| Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale (art. 18, comma 1, par. I, lett. b) | 42.000,00 |
| Incarico di altissima professionalità (art. 18, comma 1, par. II, lett. a) | 42.000,00 |
| Incarico di altissima professionalità (art. 18, comma 1, par. II, lett. a) | 42.000,00 |
| Incarico professionale di alta specializzazione (art. 18, comma 1, par. II, lett. b) | 42.000,00 |
| Incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo (art. 18, comma 1, par. II, lett. c) | 30.000,00 |
| Incarico professionale di base (art. 18, comma 1, par. II, lett. d) | 30.000,00 |

TABELLA 4

L'Indennità di esclusività della DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA è determinata nei seguenti valori annui lordi, comprensivi della tredicesima mensilità:

Incarichi di direzione di struttura complessa € 23.461,78
 Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN superiore a quindici anni € 17.599,13
 Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN tra cinque e quindici anni € 12.913,35
 Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN sino a cinque anni € 3.199,37

INDENNITA' DI ESCLUSIVITA':

IL VALORE ECONOMICO DI QUESTA VOCE È STATO RIDETERMINATO RISPETTO AI VALORI PRECEDENTI INDICATI NELL'ART. 89 DEL CCNL 2016-18. TALE INDENNITÀ DIPENDE SEMPRE DALLA POSIZIONE FUNZIONALE DEL MEDICO.

Incarichi di direzione di struttura complessa € 1.804,69 (+383,68)
 Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN superiore a quindici anni € 1.355,77 (+287,81)
 Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN tra cinque e quindici anni € 993,33 (+211,18)
 Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN sino a cinque anni € 246,10 (+52,32)

INDENNITA' DI ESCLUSIVITA':

VENGONO RIPORTATI I NUOVI IMPORTI LORDI EROGATI MENSILMENTE. TRA PARENTESI L'AUMENTO EFFETTIVO SOPRAGGIUNTO.

trattamento Accessorio e, pertanto, variabili sulla base del servizio effettivamente reso dal singolo Dirigente.

L'Art. 26 del CCNL 2016-2018 fa riferimento al **Servizio di Guardia**. "La remunerazione delle guardie notturne e/o festive svolte in Azienda o Ente... È stabilita in €. 100 per ogni turno

di guardia notturno e/o festivo in orario e fuori dall'orario di lavoro e in €.120 per i medesimi turni nei servizi di pronto soccorso". Allo stato, è demandato alla Trattativa aziendale decentrata l'ottenimento delle migliori condizioni economiche possibili per i Dirigenti che svolgano tale attività.

L'Art. 27 del CCNL 2016-2018 si riferisce al **Servizio di Pronta Disponibilità**. In particolare, al comma 3, si chiarisce che "Il Servizio di PD va limitato ai turni notturni e ai giorni festivi, garantendo il riposo settimanale, fatto salvo quanto previsto all'art. 6 bis comma 2"; al comma 5 "In caso di chiamata, l'attività svolta può essere compensata come lavoro Straordinario (ai sensi dell'art. 30) oppure, su richiesta dell'interessato, come recupero orario, purchè il Dirigente abbia assolto integralmente il proprio debito orario rispetto al saldo progressivo annuale rilevato alla fine del mese precedente"; al comma 6 "Il Servizio di PD ha durata di dodici ore. Due turni di PD sono prevedibili solo per le giornate festive" e, infine, al comma 7 "La PD dà diritto a una indennità di €. 20,66 lorde per ogni dodici ore, importo elevabile in sede di contrattazione integrativa. Qualora il turno di PD sia articolato in orari di minore durata, comunque non inferiori a 4 ore, l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata della stessa, maggiorata del 10%".

Per quanto riguarda il lavoro reso in regime di **Straordinario**, esso viene normato dall'Art. 30 del CCNL 2016-2018. Il comma 3 recita che "a decorrere dal mese successivo alla data della sottoscrizione del presente CCNL, la tariffa oraria per il lavoro di straordinario dei Dirigenti è rideterminata in":

- STRAORDINARIO DIURNO €. 27,65 lordi/ora
- STRAORDINARIO NOTTURNO O FESTIVO €. 31,12 lordi/ora
- STRAORDINARIO NOTTURNO E FESTIVO €. 35,75 lordi/ora

Gli effetti degli aumenti stipendiali sanciti dal CCNL 2016-2018 di fatto ricadono sulla tredicesima mensilità, sul trattamento ordinario di quiescenza, sul trattamento di fine rapporto ed eventualmente sull'indennità legata alla sospensione cautelare in caso di procedimento penale.

Da ultimo, giova ricordare che i benefici economici vengono corrisposti integralmente alle scadenze e negli importi previsti al personale dirigente comunque cessato al servizio, con diritto a pensione, nel periodo di vigenza del nuovo CCNL. Coloro che vanno in pensione prima che venga sottoscritto il nuovo CCNL recupereranno gli incrementi stipendiali eventualmente maturati e otterranno il diritto all'aumento sull'assegno di pensione. ■

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202139>



Francesco
Lucà

Il riscatto degli anni di laurea

LInps ha comunicato, con una circolare, che i requisiti di accesso al pensionamento adeguati alla speranza di vita non cambiano fino al 2023. Pensione di vecchiaia quindi a 67 anni anche nei prossimi due anni. Pensione anticipata con 42 anni e 10 mesi gli uomini e 41 e 10 mesi le donne, con una "finestra" di tre mesi fino al 31 dicembre 2026. Per coloro che sono interamente nel sistema contributivo e hanno maturato un assegno superiore a 2,8 volte l'importo dell'assegno sociale la pensione anticipata si perfeziona anche per il biennio 2021/2022 al raggiungimento dei 64 anni. I lavoratori precoci (quelli che hanno almeno un anno di contributi entro i 19 anni) potranno andare in pensione con 41 anni di contributi fino al 2026.

Una delle domande più frequenti che vengono poste dai medici neolaureati è: mi conviene riscattare immediatamente il corso di laurea oppure è meglio aspettare qualche tempo? In realtà, considerando le varie strade che il giovane medico può intraprendere nella sua carriera, sarebbe sempre meglio attendere che la propria posizione professionale sia stabile, per poi migliorare la condizione previdenziale del Fondo che erogherà la futura pensione. Insomma, il medico ospedaliero farebbe bene a riscattare la laurea presso la gestione Inps dei lavoratori dipendenti, mentre il convenzionato o il libero professionista debbono preferibilmente concentrarsi sulla gestione Enpam di riferimento.

Con l'inflazione sottozero, - 0,3% nel 2020, oltre alla mancata rivalutazione delle pensioni, arriva qualche buona notizia per quanti debbono pagare contribuzione previdenziale. Per il riscatto degli anni di laurea presso l'Inps una legge del 2008 ha già stabilito che non si applicano interessi di dilazione in caso di pagamento rateale quindi pagare a rate costa sostanzialmente lo stesso che versare il capitale in unica

soluzione. Infatti l'Inps ha emesso una circolare, la n. 26 del 16 febbraio 2021, nella quale si sottolinea che *gli oneri di ricongiunzione relativi a domande presentate nel corso del corrente anno 2021, in applicazione dell'articolo 2, comma 3, della legge 5 marzo 1990, n. 45, e tenuto conto della variazione negativa dell'indice dei prezzi al consumo per il 2020, possono essere versati ratealmente senza applicazione di interessi per la rateizzazione.*

E' il caso di ricordare che per il riscatto di laurea all'Inps è previsto il pagamento in rate mensili, per un massimo di 10 anni. La rateazione non può superare la data di decorrenza della pensione, per cui eventuali residui vanno saldati in unica soluzione prima del pensionamento. Nel caso della ricongiunzione, invece, la legge 45/1990 prevede che il numero delle rate mensili non possa essere superiore alla metà dei mesi relativi ai contributi ricongiunti, ad esempio: ricongiungendo 12 anni di contributi, la rateazione non può superare i 6 anni. Però l'onere di ricongiunzione può essere rateizzato anche dopo la decorrenza della pensione, mediante trattenute sulla pensione stessa. L'Inps con una recente circolare, la n. 6 del 22 gennaio 2020, ha fatto chiarezza sul riscatto di laurea agevolato, per intendersi quello a costi contenuti, che sta esercitando un notevole *appeal* nei confronti di numerosi assicurati, appunto per l'onere accessibile e per la possibilità invariata di migliorare la propria anzianità contributiva per il futuro diritto a pensione.

Innanzitutto, una precisazione di partenza: il *riscatto agevolato*, quello per intendersi al costo di 5.260 euro all'anno, integralmente deducibili dal reddito *non può essere utilizzato da chi è stato iscritto esclusivamente ad una Cassa Professionale come l'Enpam. Esso va richiesto all'Inps e deve esserci almeno un contributo presso una delle gestioni dell'Inps.*

Con riferimento ai medici, quindi, il discorso riguarda *esclusivamente* i dipendenti, iscritti all'ex Inpdap. A differenza di quanto previsto originariamente, quando questa facoltà era riservata agli iscritti infra45enni, ora possono accedere al riscatto agevolato gli iscritti di qualunque età ma è *necessario che gli anni che si riscattano si collochino in periodi da calcolare secondo il sistema contributivo*. Com'è noto, il calcolo contributivo riguarda generalmente tutti i periodi che partono dal 1° gennaio 1996, fatta eccezione per gli iscritti che avevano più di 18 anni di contribuzione al 31 dicembre 1995, per i quali invece il sistema contributivo si applica dal 1° gennaio 2012 in poi.

Questo significa che se per un medico, ad esempio il corso di studi di laurea si colloca temporalmente fra il 1° novembre 1993 ed il 31 ottobre 1999, potranno essere riscattati con il calcolo agevolato soltanto 3 anni e 10 mesi (dal 1° gennaio 1996 al 31 ottobre 1999), mentre il periodo residuo scontrerà il sistema di calcolo ordinario a costi ben superiori. La cosiddetta riserva matematica, cioè l'incremento della pensione moltiplicato per il coefficiente legato ad età ed anzianità contributiva dell'iscritto. Al maggior costo, comunque, corrisponderà generalmente un maggior beneficio in termini di entità della pensione.

Come sempre avviene per i riscatti Inps, esso copre soltanto i periodi che risultino completamente sprovvisti di contribuzione: così se si è lavorato durante tutto il corso di studi, non ci sarà nulla da riscattare, viceversa, in caso di contribuzione occasionale o saltuaria, il riscatto andrà a coprire soltanto i cosiddetti *buchi contributivi*. Con l'ultima circolare, l'Inps ha però definitivamente confermato che, nel caso di un soggetto con meno di 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995, si potrebbe chiedere l'intero calcolo contributivo, anziché il misto, come previsto dall'art. 1, comma 23 della legge 335/95, ed in questo modo il riscatto di laurea agevolato si potrà eccezionalmente applicare anche agli anni di corso anteriori al 1996. Questa possibilità può essere conveniente per gli istituti, come l'opzione donna, che consentono un forte anticipo della data di pensionamento, i cui requisiti possono in questo modo essere conseguiti a costo contenuto con una domanda di riscatto che può essere presentata anche contestualmente a quella di pensione.

La Circolare Inps, inoltre, si sofferma sull'*efficacia retroattiva* del riscatto, confermata dalla dottrina e dalla giurisprudenza (in primis la sentenza n. 3667/1995 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione). Adirittura, in caso di riscatto, la decorrenza della pensione può collocarsi in un periodo anteriore alla domanda di riscatto. Tuttavia, se la valenza retroattiva va confermata riguardo al *diritto* a pensione, non può dirsi lo stesso per la *misura*. Afferma l'Inps che, per il riscatto agevolato, *la rivalutazione del montante individuale dei contributi* provenienti da tale istituto *ha effetto dalla data della domanda* del riscatto medesimo.

Con l'ingresso degli istituti della totalizzazione e del cumulo gratuito, la ricongiunzione è molto meno utilizzata, ma non è totalmente scomparsa. Questo perché si tratta di un istituto abbastanza flessibile, ideale per portare nel fondo principale piccoli periodi contributivi, magari svolti all'inizio della vita professionale, che altrimenti potrebbero andare totalmente perduti. Non di rado l'accentramento in un'unica posizione può portare ulteriori benefici in termini di anticipo del conseguimento dei requisiti per la pensione di anzianità, ovvero ai fini del calcolo del trattamento, si pensi all'arrivare ai 18 anni di contribuzione al 1995, che fa scattare il diritto al sistema retributivo sino al 2011 compreso. Il vantaggio della ricongiunzione rispetto al cumulo resta quindi apprezzabile se si trasferiscono generalmente non più di cinque anni di servizio; per periodi più lunghi di solito il costo più sensibile dell'operazione, che se fatta per tempo può comunque rivelarsi anch'essa gratuita fa pendere l'ago della bilancia in favore del cumulo.

Come ho scritto in un articolo recentemente pubblicato su "Il Radiologo", dobbiamo considerare se esista una effettiva convenienza a fare il riscatto, se pur agevolato. I medici più interessati sono certamente i quarantenni, quindi una categoria molto lontana dalla quiescenza. Se è vero che il contributo è ridotto lo è anche il coefficiente di trasformazione che si applica nella trasformazione tra stipendio e pensione. Pagare circa €. 30.000 per avere incrementi, che con i dati attuali, porteranno aumenti di pensione poco superiori ai €. 100, non sembra una grande economia. Forse fondi pensione integrativi, a cominciare dal Fondo Perseo-Sirio, in cui l'azienda versa 1% e si trasferisce il Tfr sono più appetibili del riscatto. ■

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202140>



Francesco
Lucà

IL CCNQ SULLE AREE CONTRATTUALI

Premessa fondamentale è ricordare che per iniziare la trattativa per un nuovo contratto nazionale del pubblico impiego, e quindi anche della sanità, devono essere individuati due strumenti fondamentali, ovvero il CCNQ che definisce gli ambiti contrattuali di comparti ed aree dirigenziali e l'atto di indirizzo generale che deve essere emanato dal Ministero della Funzione Pubblica. Dopo questi adempimenti saranno i comitati di settore delle varie aree a scrivere gli atti di indirizzo della componente dirigenziale e del comparto.

Il CCNQ che aveva dato il via ai contratti di tutto il pubblico impiego e, nel caso della dirigenza sanitaria quello sottoscritto nel dicembre 2019 ed attualmente vigente, aveva individuato la dirigenza professionale tecnica e amministrativa (TPA) nell'area delle funzioni centrali quindi separata dall'area della dirigenza medica e sanitaria.

Il comma 687 della Legge di Bilancio 2019 aveva previsto, con un colpo di mano politico, il rientro della dirigenza professionale tecnica ed amministrativa nel contratto della dirigenza sanitaria. Per buona sorte il comma che avrebbe rischiato di bloccare la trattativa allora in atto è stato differito e siamo riusciti a chiudere i contratti, compreso il nostro.

La disposizione del comma 687 è stata osteggiata dalla gran parte delle confederazioni della dirigenza medica e sanitaria considerando l'atto legislativo una indebita ingerenza nel potere decisionale del tavolo sindacale. Di fatto un atto che non tiene conto di quanto già avvenuto nel vigente contratto della separazione dei fondi. Soprattutto non tiene conto che la dirigenza medica è normata dall'art. 15 e seguenti del DLgs 502/92 fino al 229/99, di fatto minando il riconoscimento della dirigenza medica e sanitaria come categoria con caratteristiche specifiche nel pubblico impiego. Numerosi i tentativi di inserire una modifica legislativa che abrogasse il comma 687. Da qui il mancato accordo a siglare un CCNQ valido per tutte le aree e sia per comparto che dirigenza. Vista la necessità di sbloccare la situazione con tutte le ricadute, come dicevamo per i nuovi contratti, l'Aran ha portato avanti una mediazione ovvero la sottoscrizione di un CCNQ per i comparti, rimandando di tre mesi l'ulteriore CCNQ per la dirigenza. Considerato che da sempre la tornata contrattuale è iniziata dai comparti e solo successivamente sono stati coinvolti i dirigenti, è sembrata una proposta accettabile. Per questo motivo la CODIRP, confederazione a cui aderiamo come Fassid, il 15 aprile u.s. ha sottoscritto l'accordo.

Rimane insoluto il CCNQ della dirigenza. I 90 giorni presi dall'Aran per tale trattativa sono scaduti e non si vedono prospettive all'orizzonte.

La mancanza degli atti di indirizzo è però evidente e smentisce, al momento, chi credeva in trattative contrattuali rapide e in tempi brevi. ■

SEGRETERIA NAZIONALE FASSID – AREA SNR

VIDEOCONFERENZA, 15 FEBBRAIO 2021

La Segreteria Nazionale Fassid - Area SNR si riunisce il giorno 15 del mese di febbraio dell'anno duemilaventuno alle ore 18,00 per via telematica per discutere il seguente Ordine del Giorno (O.d.G.):

1. approvazione verbale SN del 17 novembre 2020
2. situazione politico sindacale
3. situazione organizzativa
4. varie ed eventuali

Alle ore 18.10 hanno inizio i lavori. Sono assenti giustificati: Lorenzo Bison, Giuseppe Capodiecì, Raffaele Pinto.

Assiste la responsabile di segreteria Antonella Bellacqua.

Segretario verbalizzante Vincenzo De Ruvo.

Il **Segretario Corrado Bibbolino** apre i lavori della Segreteria Nazionale chiedendo l'approvazione del verbale della SN dello scorso 17 novembre 2020, la Segreteria approva.

Bibbolino prosegue al secondo punto del O. d. G. sindacale informando i presenti che c'è stata da poco una segreteria della FASSID nella quale si è discusso della situazione nell'ONAOI e della creazione di una proposta di piattaforma contrattuale da presentare alla prossima contrattazione nazionale. Il Segretario sottolinea come molti radiologi nelle ultime elezioni degli Ordini nelle varie provincie sono stati eletti, il che rende possibile nelle varie sedi ordinarie sensibilizzare i colleghi sulle tematiche radiologiche. Auspica poi possa essere possibile svolgere il Congresso Nazionale a Montecatini in presenza, se ciò non potesse essere possibile a causa della pandemia, assicura che si provvederà a supplire con dirette online che permettano un corretto svolgimento d'evento e degli adempimenti elettorali. Il Segretario spera che il nuovo Governo Draghi riesca nell'intento di riformare e ristrutturare il SSN che in occasione della pandemia ha mostrato i suoi limiti, in particolare nella gestione delle vaccinazioni che appaiono in ritardo nella tempistica e troppo difformi tra regioni nelle scelte di arruolamento degli aventi diritti.

Bibbolino informa che recentemente ad alcuni giovani colleghi neoassunti sono stati proposti dei contratti a tempo indeterminato nelle ASL nei quali l'azienda si riservava il diritto di spostare la sede di assegnazione a suo insindacabile desiderio/necessità. Questa richiesta oltre che essere vessatoria ha i caratteri della illegittimità se non prettamente specificata nel bando di concorso, dell'argomento è stato chiesto parere al nostro ufficio legale.

Infine informa che è in progetto di creare un archivio dei webinar svolti dal sindacato consultabile dagli iscritti. Passando ad altro argomento viene illustrato l'aumento significativo di nuovi iscritti al sindacato negli ultimi mesi a dispetto dei notevoli pensionamenti avvenuti, merito della convenzione assicurativa, dello sblocco delle assunzioni e dell'attento e puntuale lavoro del personale di segreteria.

Interviene **Sacco** informando che si sta ultimando il processo di riorganizzazione del sistema informatico per la gestione dell'anagrafe degli iscritti SNR e procede riferendo degli apprezzamenti positivi ricevuti in merito alla diffusione online ai soci della rivista societaria Il Radiologo, evidenziando come questa scelta ne permetta una puntuale e molto più rapida distribuzione.

Lucà espone le sue perplessità in relazione alla possibilità di riaprire le contrattazioni per il nuovo contratto in quanto difficilmente saranno destinate a breve dal governo risorse economiche al riguardo. Conclude il suo intervento sottolineando che è fondamentale far comprendere il ruolo clinico del medico radiologo come valore indispensabile nella professione radiologica.

Interviene **Sartori** sottolineando l'importanza di essere presenti come radiologi nell'ENPAM e nell'ONAOI e della necessità di indirizzare i colleghi non radiologi ad iscriversi alle altre sigle sindacali della FASSID.

Manzara rimarca il concetto esposto da Sartori nel indirizzare i colleghi non radiologi verso altre sigle del FASSID.

Liguori afferma che è stato molto utile per aumentare il numero di iscritti il pacchetto di servizi che SNR offre ai propri associati.

Monteduro sottolinea la necessità di aumentare gli sforzi per invogliare i radiologi e gli specializzandi ad iscriversi al SNR in quanto metà dei colleghi specialisti dipendenti non risultano iscritti al nostro sindacati.

Pinto condividendo in pieno la relazione del Segretario e le osservazioni di Lucà ricorda l'importanza della sinergia tra le varie anime della FASSID nell'arruolamento di nuovo iscritti.

Interviene **Guerra** chiedendo delucidazioni sulle voci riguardanti la revisione del DM 70.

Bracelli riferisce come a suo parere in Regione Lombardia da parte delle direzioni si stia creando un clima ostile alle organizzazioni sindacali ed un atteggiamento benevolo nei confronti della sanità privata.

De Ruvo condivide la relazione del sindacato informando che in Puglia l'SNR già si è attivato in più occasioni per incrementare il numero di iscritti in altre sigle della Federazione FASSID inoltre caldeggia la proposta che siano messi in rete i webinar della Fondazione SNR. De Ruvo conclude il suo intervento condividendo le preoccupazioni espresse da Bracelli che possono essere riportate anche per la Puglia.

Segue partecipato dibattito sugli interventi.

Bibbolino chiude la riunione di Segreteria invitando i Segretari Regionali ad assolvere urgentemente agli obblighi elettivi in tempo utile per il prossimo Congresso Nazionale ed in ogni caso non oltre maggio.

Alle ore 20.00 il Segretario Bibbolino dichiara la chiusura dei lavori.

SEGRETERIA NAZIONALE FASSID – AREA SNR VIDEOCONFERENZA, 17 MAGGIO 2021

La Segreteria Nazionale FASSID - Area SNR si riunisce il giorno 17 del mese di maggio dell'anno duemilaventuno alle ore 18,00 per via telematica per discutere il seguente Ordine del Giorno (O.d.G.):

1. Approvazione verbale SN del 15 febbraio 2021
2. Situazione politico sindacale
3. Approvazione bilancio SNR consuntivo 2020 e preventivo 2021
4. Situazione organizzativa e stato dell'arte votazioni
5. Varie ed eventuali

Alle ore 18.10 hanno inizio i lavori. Sono assenti giustificati: Raffaele Pinto, Mandoliti Giovanni, Manes Luisa.

Assiste la responsabile di segreteria Antonella Bellacqua.

Segretario verbalizzante Vincenzo De Ruvo.

Il **Segretario Corrado Bibbolino** Bibbolino apre i lavori della Segreteria Nazionale chiedendo l'approvazione del verbale della SN dello scorso 15 febbraio 2021, la Segreteria approva.

Bibbolino prosegue al **secondo punto del O. d. G.** sindacale informando i presenti che nel prossimo futuro ci sarà una importante spinta alla digitalizzazione ed integrazione dei sistemi informatici. Parte importante di questo processo sarà la radiologia per cui invita i presenti a vigilare su questa questione.

Il FASSID, insieme ad altri sindacati della dipendenza sanitaria ha prodotto un comunicato stampa e una lettera nelle quali si invita il Ministro Speranza a creare un tavolo di confronto sulle Politiche del Personale e sul PNRR. Corrado continua la sua relazione ricordando che le contrattazioni regionali ed aziendali

sono state attivate nelle varie realtà in modo disomogeneo e a tal proposito invita i segretari regionali presenti a stimolare i nostri rappresentanti a chiedere l'apertura del confronto con le controparti pubbliche.

Il segretario auspica che, dove sia possibile, il le segreterie regionali FASSID si faccia promotore nell'attivazione regionale del CODIRP.

Bibbolino passa al **quarto punto dell'ordine del giorno** ed in relazione al rinnovo delle cariche di rappresentanza regionale ed aziendale il segretario, in considerazione della velocità di progressione nel rinnovamento delle cariche, ritiene che il processo si concluderà entro la prima quindicina di giugno. Questo permetterà di riunire in presenza il Consiglio Nazionale per l'elezione della segreteria a settembre.

Infine Bibbolino comunica che vi è stato un significativo aumento nelle nuove iscrizioni in particolare di quelli under quaranta.

De Ruvo interviene chiedendo al segretario se sia stato possibile quantizzare l'apporto di nuovi iscritti al sindacato avvenuto grazie alla stretta collaborazione con la SIRM.

Bibbolino risponde che è difficile quantificare il dato ma è chiaro che questa collaborazione ha permesso un clima più rilassato ed efficace per una difesa della professione radiologica.

Monteduro auspica che PNRR sia l'occasione per svecchiare il parco macchine radiologico ed il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Lucà interviene auspicando la costituzione di coordinamenti CODIRP regionali possibilmente a guida FASSID.

Bracelli prende la parola portando l'esperienza, positiva della Lombardia nella collaborazione tra SNR e SIRM che è riuscita ad attrarre nuovi iscritti ma deludente sulla partecipazione della CODIRP nelle dinamiche sindacali regionali; la confederazione viene puntualmente ignorata dai vertici regionali in favore delle confederazioni di più lungo corso.

Pinto ricordando che una buona parte degli iscritti al SNR ha un'età inferiore ai quarant'anni propone di istituire un team di 15/20 under 40enni provenienti da tutte le regioni italiane che focalizzino, a livello nazionale, le problematiche e gli interessi dei giovani radiologi.

Liguori afferma che il nuovo ruolo di SNR giovani deve essere quello di portare in seno alle istituzioni sindacali nazionali le esigenze dei giovani delle varie realtà regionali. Infine chiede al segretario se qualche figura professionale abbia fatto ricorso al decreto Legge sulla RM.

Bibbolino risponde Liguori informandolo che i cardiologi hanno fatto ricorso.

Rosenberg passa al secondo punto dell'ordine del giorno ed illustra il bilancio economico del SNR in particolare informa la segreteria che vi è stato un aumento d'incasso derivato dai nuovi iscritti, in particolare tra i libero professionisti e i giovani. Ilan comunica che il bilancio patrimoniale dell'esercizio dal 01 gennaio al 31 dicembre 2020 si chiuderà con una riduzione significativa del patrimonio finanziario derivato dalle variazioni sui mercati azionari a causa della pandemia. Ilan illustra dettagliatamente il bilancio dell'esercizio economico del 2020 che si chiude con un netto avanzo tra incassi. Infine Rosenberg illustra il preventivo di bilancio del 2021 da cui si deduce che sarà in avanzo anche per quell'anno. Rosenberg chiede l'approvazione del bilancio 2020.

Tutta la Segreteria presente approva il bilancio del 2020.

Il **Segretario** comunica la volontà di convocare in presenza la Segreteria il 23 giugno prossimo.

La Segreteria approva.

Alle ore 20.00 il **Segretario Bibbolino** dichiara la chiusura dei lavori.



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202141>

Presidente
VITTORIO MIELE

Past President
ROBERTO GRASSI

Presidente eletto
ANDREA GIOVAGNONI

Vice Presidenti
RITA GOLFIERI
MICHELE NARDELLA

Consiglieri
DANIELA BERNARDI
OTTAVIO DAVINI
RITA GOLFIERI
LUCA MACARINI
GIANCARLO MANSUETO
MICHELE NARDELLA
ROMEO PLACIDO
ENRICO POFI
STEFANO PROFILI
LAURA ROMANINI
LUGIA ROMANO
ROBERTO STRAMARE

Segretario alla Presidenza
ANTONIO BARILE

Segretario Amministrativo
GERMANO SCEVOLA

*Coordin. ECM e
Sezioni di Studio*
NICOLETTA GANDOLFO

Coordin. Gruppi Regionali
ALFREDO BLANDINO

*Direttore de
"La Radiologia Medica"*
ANTONIO BARILE

*Direttore de "Journal of
Radiological Review"*
ANTONIO PINTO

*Direttore de
"Il Radiologo" / sito web*
PALMINO SACCO

*Rappr. Area Radiol. nel
Cons. Sup. di Sanità*
ANDREA LAGHI

*Coord. Naz. Collegio Dirig.
Radiol. Ospedalieri*
GIUSEPPE CAPODIECI

*Coordin. Collegio
Liberi Professionisti*
BRUNO ACCARINO

Presidente SNR
PAOLO SARTORI

Presidente FideSMAR
CARLO MASCIOCCHI

Coord. Attività Internazionali
CARLO CATALANO

*Rapporti Ministeri e
Soc. Scient. non Radiol.*
LUCA BRUNESE

*Presidente 50° Congresso
Nazionale*
ANTONIO ORLACCHIO

Presidente SIRM Srl
ANTONIO ROTONDO

IL NUOVO IMPACT FACTOR DE *La Radiologia Medica*: 3,469!

Care Socie e cari Soci,

è con grande soddisfazione ed orgoglio che Vi segnaliamo che, essendo stati pubblicati a fine giugno sul sito di Clarivate le *Journal's Performance* relative al 2020 da parte del *Journal Citation Reports*, la nostra rivista societaria, "La Radiologia Medica" ha ottenuto un **Impact Factor relativo all'anno 2020 di 3,469** che la pone in **Q2 (secondo quartile - JIF Rank 51/134)** tra le riviste di RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING.

Questo importante risultato è il frutto di una strategia editoriale volta ad aumentare la qualità dei contributi scientifici dei lavori, attirando ricercatori da tutta la comunità accademica internazionale e a velocizzare l'elaborazione dei manoscritti inviati, implementando rigorosi criteri di revisione tra pari.

A tal proposito vogliamo ringraziare tutto il Board Editoriale per il lavoro svolto, il CD SIRM per la fiducia e il sostegno e il Presidente Eletto, Prof. Giovagnoni, Editor In Chief dal 2012 al 2020, al quale va l'indiscusso merito di aver posto le solide basi per poter portare la rivista a questi livelli di indicizzazione.

Grazie anche a tutti Voi per il supporto che vorrete offrirci per garantire che "La Radiologia Medica" sia sempre più una delle riviste leader del settore. La sua crescita conferisce prestigio alla SIRM e all'intera nostra comunità professionale.

Un caro saluto. ■



Vittorio Miele



Antonio Barile

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202142>



Carmelo
Messina

MISSIONE IN EGITTO

Le mummie egiziane sono state fonte di fascino per migliaia di anni, e tuttora esercitano un interesse anche e soprattutto dal punto di vista scientifico. Prima dell'avvento dell'imaging radiologico, lo "sbendaggio" e la dissezione anatomica erano gli unici mezzi a disposizione per studiare i reperti degli antichi Egizi. Queste pratiche invasive erano inevitabilmente e irreversibilmente distruttive, e andavano apertamente in antitesi con il desiderio degli stessi antichi Egizi di garantire ai propri defunti la possibilità di essere conservati in eterno. Di conseguenza, lo sbendaggio ai giorni nostri non è più consentito, e obbliga i ricercatori a trovare metodi non invasivi per studiare le mummie.

La scoperta dei raggi X da parte di Roentgen nel 1895 offrì da subito una nuova opportunità per studiare le mummie in modo non invasivo, e quindi salvaguardare la loro forma fisica. Infatti, la prima radiografia pubblicata di resti mummificati apparve già nel 1898, solo quattro anni dopo la scoperta dei raggi X (1). Queste radiografie furono le prime a mostrare porzioni di arti inferiori di soggetti mummificati senza la necessità di sbendarli, e aprirono la strada alla nascita di quella branca della radiologia nota come "paleoradiologia". Sebbene letteralmente il termine paleoradiologia significhi "radiologia antica", convenzionalmente si fa riferimento ad essa come quella disciplina che applica i raggi X e le moderne tecniche di imaging allo studio dei materiali bioarcheologici (2).

Lo sviluppo della paleoradiologia è stato in larga misura dipendente dal parallelo sviluppo della radiologia e delle tecnologie di imaging in ambito medico. Fino all'avvento della tomografia computerizzata, gli studi sulle mummie si basavano esclusivamente sull'uso dei raggi X. Tuttavia, una revisione storica della letteratura pubblicata nei primi 25 anni dopo la scoperta dei raggi X da parte di Roentgen ha mostrato che gli studi paleoradiologici sono stati condotti da scienziati di diversa estrazione, medici ma anche fisici, semplicemente

perché non c'erano ancora "radiologi" adeguatamente formati in quella fase preliminare dello sviluppo dei raggi X. Anche se le indagini radiografiche sono state per anni in grado di fornire preziose informazioni, specie sulle strutture ossee, è solo grazie all'introduzione della tomografia computerizzata (CT) che è stato fatto il salto di qualità nella valutazione delle parti molli e sulle cavità interne del corpo. Con l'avvento di una tecnologia CT sempre più sofisticata e di software di post-processing, è oggi possibile creare modelli tridimensionali delle mummie e ricostruire il loro aspetto fisico, ma anche effettuare il "virtual unwrapping", ossia il cosiddetto sbendaggio virtuale (3).

Nell'ottica di un crescente coinvolgimento dei radiologi negli studi di paleoradiologia, ho avuto il piacere di essere coinvolto come radiologo in una missione italo-egiziana nell'area archeologica della necropoli di Assuan Ovest, in Egitto (EIMAWA Mission). La mia permanenza è stata di due settimane, nella seconda metà del mese di Maggio 2021.

Nel 2019 l'Università degli Studi di Milano e il Ministero Egiziano del Turismo e delle Antichità hanno scoperto un'estesa necropoli nei pressi della città di Assuan. L'area archeologica indagata si estende per oltre 25.000 mq sulla riva occidentale del Nilo nei pressi del Mausoleo dell'Aga Khan III. In quest'area sono state scoperte quasi 300 tombe, in parte scavate nella collina, in parte sotterranee, e vari indizi portano a credere che molte altre saranno ritrovate in futuro nella zona oggetto di concessione, che si estende su circa 100.000 mq. Si tratta della necropoli dove, per più di un millennio, le persone che avevano vissuto ad Assuan dal Periodo Tardo Faraonico a quello Tolemaico-Romano (VII secolo a.C. - III secolo d.C.) erano state sepolte. La storia degli abitanti e il ruolo cruciale di Assuan dal punto di vista economico e militare durante quel millennio era in parte conosciuta grazie a papiri e scoperte archeologiche avvenute tanto ad Elefantina, l'isola di fronte ad Assuan, quanto nella città stessa. Ma era ancora sconosciuto il luogo di sepoltura di queste persone (4).

Una di queste tombe, che era completamente coperta dalla sabbia, è stata scoperta e scavata nelle missioni 2019 e 2020:

una lunga scala scendeva a cinque metri di profondità, dove si trovava un'ampia stanza in cui una trentina di corpi erano stati sepolti verso il II sec. a.C., accompagnati da molti oggetti tra cui coperture per i corpi stuccate e dipinte, anche con oro (cartonnages), un letto funerario, parti di sarcofagi, una barella per inserire le mummie nella tomba e molto vasellame. In una seconda stanza, scavata a un livello più alto della precedente verso l'inizio dell'Epoca Romana (circa I sec. d.C.), sono state trovate quattro mummie, tra cui quelle forse di una mamma con il suo bambino, oltre a ceramiche, cartonnages e resti botanici, tra cui pinoli, ritrovamento raro in Egitto (5). Nel 2021, dopo un ritardo di un anno legato alla pandemia da COVID-19, è stato possibile tornare sul luogo dello scavo per proseguire con l'analisi dei reperti rinvenuti nel 2019. Il progetto si è avvalso di un team fortemente interdisciplinare diretto per la parte italiana dalla Professoressa Patrizia Piacentini, Ordinario di Egittologia dell'Università degli Studi di Milano. Il gruppo è composto da egittologi, ceramologi, storici, antropologi forensi, radiologi, paleopatologi, archeobotanici, chimici, restauratori, e informatici esperti in big data. Nello specifico il mio ruolo è stato quello di effettuare analisi radiologiche e antropologiche delle mummie intere e dei resti scheletrizzati di parti di mummie, mediante l'utilizzo di uno strumento a raggi X portatile appositamente spedito dall'Italia e portato nella necropoli in prossimità della tomba. Scopo di questi studi è stato quello di approfondire le conoscenze delle persone sepolte in questa necropoli, identificarne il sesso e l'età e scoprire, tra l'altro, possibili malattie e cause di morte. Ho anche preso contatti con l'Ospedale Universitario di Assuan per condurre, nel corso della prossima missione, studi mediante tomografia computerizzata delle mummie in buono stato di conservazione. ■

1. Petrie WMF, Griffith FL. Deshasheh, 1897: Fifteenth Memoir of the Egypt Exploration Fund
2. R.K. Chhem, D.R. Brothwell. Paleoradiology, Imaging Mummies and Fossils. 2008 Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
3. Hoffman H, Torres WE, Ernst RD. Paleoradiology: advanced CT in the evaluation of nine Egyptian mummies. Radiographics. 2002 Mar-Apr;22(2):377-85
4. P. Piacentini, M. Pozzi, S.M. Abd El-Moneim, The International Cooperation between the Egyptian Ministry of Antiquities and the University of Milan for the Excavation and Preservation of an Endangered Site in Aswan, in "Archeologia e Calcolatori" 31.2, 2020, p. 21-31.
5. P. Piacentini, M. Pozzi, L'Egyptian-Italian Mission at West Aswan (2019-2020). La necropoli di Epoca Tarda e Tolemaico-Romana, in "Ricerche Italiane e Scavi in Egitto - RISE" VIII, Cairo: Centro Archeologico Italiano - Istituto Italiano di Cultura, 2020, p. 246-264.



PARTE DEL TEAM DURANTE I PRIMI GIORNI DELLA SPEDIZIONE. LA PROFESSORSA PATRIZIA PIACENTINI (SECONDA DA SINISTRA) INSIEME ALLE SUE ARCHEOLOGHE, ED IL DOTTOR CARMELO MESSINA.



UN PANORAMA DELL'AREA ARCHEOLOGICA DOVE SI ESTENDE LA NECROPOLI, SULLA RIVA OCCIDENTALE DEL NILO, IN PROSSIMITÀ DEL MAUSOLEO DELL'AGA KHAN III (EDIFICIO SULLA SINISTRA).



DUE DELLE MUMMIE RINVENUTE NELLA TOMBA SCAVATA NEL 2019. QUESTE MUMMIE VERRANNO SOTTOPOSTE A TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA, ANCHE PER SVELARE SE SI TRATTA VERAMENTE DI UNA MAMMA CON IL SUO BAMBINO, COME IPOTIZZATO.

IL DOCUMENTO INTERSOCIETARIO SIRM-AIFM SULLA RADIOLOGIA DOMICILIARE



Bruno
Accarino



Vittorio
Miele

Introduzione

Il CD SIRM ha conferito incarico alla Sezione di Gestione delle Risorse, in collaborazione con la sezione di Radioprotezione e con l'Associazione Italiana di Fisica Medica (AIFM) di redigere un testo che contenesse indicazioni e raccomandazioni per la corretta organizzazione e gestione delle attività di Radiologia Domiciliare. La necessità di avere una posizione chiara su queste attività nasce anche per il fiorire disordinato di disparate iniziative locali sull'intero territorio nazionale – anche in conseguenza del fenomeno pandemico – in assenza di una linea di condotta univoca e condivisa.

La radiologia domiciliare: come e perché

È noto che l'incremento dell'aspettativa di vita e, conseguentemente, dell'età media della popolazione, insieme all'aumento di patologie croniche e alla loro associazione, rende necessari maggiori accertamenti diagnostici. Possono avvalersi delle attività di "radiologia domiciliare" le persone anziane, disabili e/o non autosufficienti o le cui condizioni non permettano un trasporto negli ambulatori di Radiologia se non sottoponendo il paziente ad un più grave rischio clinico e con costi più elevati per la collettività. In altri termini l'attività di "radiologia domiciliare" deve risultare per il Paziente l'unica alternativa all'attività ambulatoriale. Infine l'attività deve riguardare esclusivamente quegli esami radiografici che è possibile effettuare con tecnologia portatile, con la stessa qualità diagnostica e di sicurezza e con rischio di esposizione alle radiazioni per gli operatori e la popolazione molto basso. Le immagini degli esami radiografici e i referti radiologici devono essere considerati e trattati allo stesso modo di quelli eseguiti in regime ambulatoriale secondo le normative vigenti, così come la registrazione delle esposizioni alle radiazioni ionizzanti, laddove prevista.

Il gruppo di lavoro SIRM

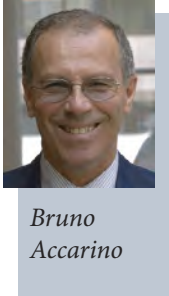
Il gruppo di lavoro che ha collaborato alla stesura del documento è rappresentato dai maggiori esperti del settore, oltre che dalle massime cariche della SIRM e dell'AIFM, in modo da ottenere un documento quanto più possibile condiviso, volto a tutelare la salute dei pazienti e a chiarire le responsabilità degli operatori. Il documento Intersocietario ottenuto rappresenta un valido ausilio nell'impostazione, gestione e regolamentazione della Radiologia Domiciliare nelle varie realtà locali, ivi comprese le RSA ed le strutture penitenziarie sprovviste di autonomo servizio di Radiologia. È diretto ai Radiologi operatori del settore, agli Amministratori ed ai Decisori Istituzionali delle amministrazioni sanitarie; è scaricabile dal sito SIRM: www.sirm.org. ■

GESTIONE DELLE RISORSE

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202144>

LA SFIDA DEL RECOVERY PLAN

Sesta Missione 1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero: un'occasione da non perdere



Il concetto di "valore" dell'imaging radiologico non è una novità, tuttavia solo recentemente esso è divenuto degno di attenzione per l'intera comunità medica. Nel 2014 l'American College of Radiology il concetto di *Value Based Radiology*.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'occasione unica ed irripetibile per il nostro Paese per poter ottenere un adeguato aggiornamento del parco tecnologico posseduto dalle nostre strutture sanitarie.

Che il parco macchine installato sia ormai in larga parte vetusto è fenomeno noto da tempo e più volte denunciato ai competenti organi istituzionali.

Infatti nel piano presentato alla UE dal governo Italiano sono previsti tra l'ammodernamento del parco installato e nuove acquisizioni investimenti per circa 1.19 miliardi di euro per 3.133 nuove macchine: tali spese riguardano circa 0,60 miliardi destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024 secondo quanto inviato dal nostro Governo alla UE e sintetizzato in tab. 1.

Infatti, se è vero, come è vero, che il parco installato è affetto da cronica vetustà è opportuno rimarcare che gli stessi dati forniti da Confindustria dispositivi medici attraverso l'Osservatorio del Parco Installato (OPI) mostrano una forte criticità sull'obsolescenza

dei mammografi non digitali (oltre 84% ha un età superiore a 10 anni) e sulle macchine di radiologia tradizionale (oltre 81% > 10 anni): queste ultime rappresentano numericamente il maggior numero di apparecchi installati (tab 2). In sintonia con questi dati, nella proposta italiana, si richiede la sostituzione di oltre 900 impianti di radiologia tradizionale (tab 1), mentre non appare coerente il dato relativo alle RM, in quanto gli apparecchi con intensità di campo inferiore a 1.5T non rappresentano allo stato lo standard di questa tipologia di attrezzature (tab 2).

Purtroppo il Ministero della Salute omette di censire attraverso il flusso delle informazioni riguardanti le grandi attrezzature pezzi importanti del parco installato come la radiologia tradizionale, gli ecografi, le PET e le PET-RM (tab 3).

Sulla sostituzione del parco tecnologico anche la Corte dei Conti, nel denunciarne la vetustà, è intervenuta chiedendo, nel fabbisogno per il triennio

| COST ITEM | UNIT COST (EURO) | NR | TOTAL |
|--|------------------|--------------|-------------------------|
| Large Sanitary Equipment | - | 3,133 | €. 1,189,146,935 |
| CT Scan | €. 530,000 | 340 | €. 180,200,000 |
| MRI | €. 914,000 | 190 | €. 173,660,000 |
| Linear Accelerator | €. 2,000,000 | 81 | €. 162,000,000 |
| Fixed X-Ray System | €. 247,700 | 937 | €. 232,079,213 |
| Angiograph | €. 608,000 | 193 | €. 117,344,000 |
| Gamma Camera | €. 525,000 | 82 | €. 43,050,000 |
| Gamma Camera/CT | €. 793,000 | 53 | €. 42,029,000 |
| PET/CT | €. 2,403,400 | 34 | €. 81,715,600 |
| Mammograph | €. 274,500 | 295 | €. 80,977,500 |
| Ecotomographic Devices | €. 82,000 | 928 | €. 76,091,622 |
| DEA 1st - DEA 2nd level hospital digitalization | | | €. 1,450,115,531 |

TAB. 1 - INVESTMENT I.1: DIGITAL UPDATE OF HOSPITALS' TECHNOLOGICAL EQUIPMENT

| ITALIA | TIPOLOGIA | <5 ANNI | >=5; <=10 ANNI | >10 ANNI | ETÀ MASSIMA CONSIGLIATA | SUPERANO ETÀ CONSIGLIATA |
|---|-------------------------|---------|-------------------|----------|-------------------------|--------------------------|
| Mammografi | Convenzionali | 9% | 19% | 71% | 6 | 84% |
| | Digitali | 50% | 43% | 7% | 5 | 39% |
| Sistemi Angiografici | Convenzionali | 25% | 32% | 43% | 7 | 61% |
| | Digitali | | | | | |
| Ecografi | Portatili | 82% | 17% | 1% | 5 | 39% |
| | Tradizionali | 49% | 25% | 26% | | |
| Tomografia Assiale Computerizzata (TC) | Meno di 16 SL | 32% | 34% | 33% | 7 | 52% |
| | Da 16 a 64 SL | 40% | 36% | 23% | | 43% |
| | Oltre 64 SL | 51% | 41% | 8% | | 27% |
| Risonanze Magnetiche Nucleari (RMN) | Aperte (escl. dedicate) | n.d. | n.d. | n.d. | n.a. | n.a. |
| | Chiuse 1,0T | 25% | 21% | 54% | 5 | 74% |
| | Chiuse 1,5T | 42% | 36% | 22% | | 51% |
| | Chiuse 3,0T e oltre | 55% | 34% | 11% | | 41% |
| PET (incline PET/CT e PET/MR) | Tradizionali | 30% | 40% | 29% | 7 | 48% |
| | Ibride PET/RM | | | | | |
| | Ibride PET/TC | | | | | |
| Gamma Camere per Medicina Nucleare | SPECT Tradizionali | 11% | 15% | 75% | 7 | 73% |
| | SPECT/CT | 22% | 51% | 26% | | |
| Sistemi Mobili ad Arco per Chirurgia | Convenzionali | 16% | 27% | 57% | 10 | 57% |
| | Digitali | 78% | 19% | 3% | 7 | 12% |
| Sistemi Radiografici Fissi | Convenzionali | 6% | 13% | 81% | 10 | 81% |
| | Digitali | 36% | 36% | 28% | 7 | 48% |
| Radiofluoroscopi FR (Sistemi telecomandati) | Convenzionali | 7% | 17% | 76% | 10 | 76% |
| | Digitali | 46% | 34% | 19% | 7 | 37% |
| Unità Mobili Radiografiche | Convenzionali | 8% | 17% | 75% | 10 | 75% |
| | Digitali | 81% | 19% | 1% | 7 | 2% |
| Pannelli Digitali | Retrofit | 76% | 24% | 0% | n.a. | n.a. |

TAB. 2 - I PRINCIPALI DATI IN SINTESI

2018-2020, il rinnovo e potenziamento delle tecnologie per oltre 1,5 miliardi di euro in relazione a 1.799 macchine di cui 1.401 da sostituire per una spesa di oltre 1,1 miliardi € e di 398 nuove tecnologie da acquisire per il potenziamento del parco tecnologico per una spesa di 405,3 milioni €

Lo stesso gruppo di esperti interpellato sul PNRR dai ministeri competenti, a sua volta, pur evidenziando quanto affermato dalla Corte dei Conti (2017) - ovvero che l'Italia possiede il 160% in più di TC ed RM rispetto alla media europea per abitante e che il numero di esami orari varia in modo drammatico tra le diverse zone del Paese, ma ritiene "indispensabile il decollo del Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici e l'implementazione della rete dei

Nuclei Regionali di Health Technology Assessment"; che "il nuovo parco tecnologico delle Regioni dovrà essere quindi il risultato di una analisi delle potenziali implicazioni delle scelte in termini di efficacia, sicurezza, accessibilità ed economicità"; che "nella programmazione è indispensabile prevedere un adeguato percorso di consultazione degli stakeholders per delineare le priorità e i criteri per l'allocazione in modo da coniugare accessibilità e sostenibilità." Bisogna inoltre tenere conto di quanto fatto dalle centrali di committenza Nazionale (CONSIP) e dalle centrali regionali, che sono tante,



Ministero della Salute

ELENCO APPARECCHIATURE SANITARIE

Elenco delle apparecchiature censite dalle strutture pubbliche e private:

- Acceleratori lineari
- Angiografi
- Gamma camere computerizzate
- Mammografi
- Risonanza
- Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica
- Sistemi TAC/Gamma camera
- Sistemi TAC/PET
- TAC

TAB. 3

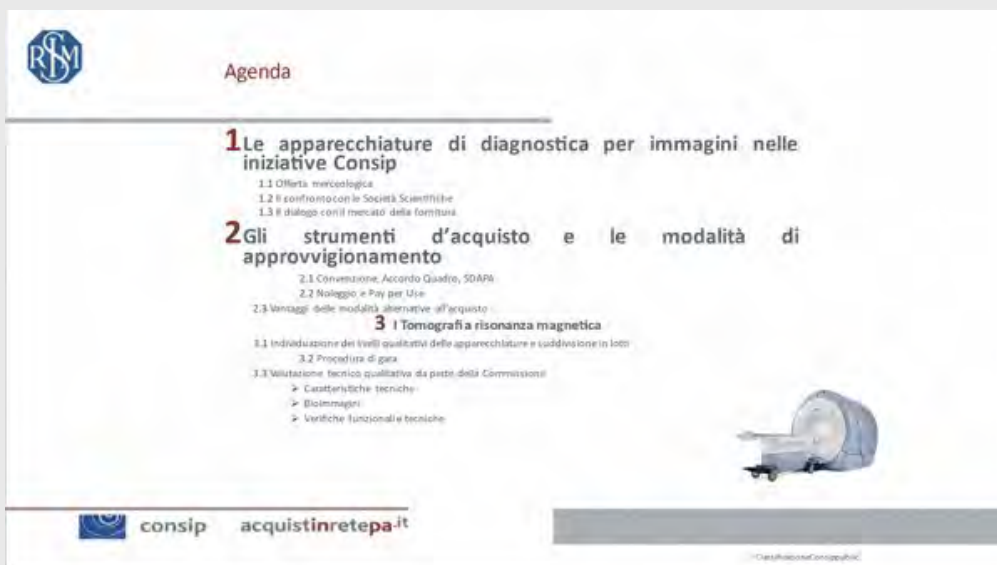




TAB. 4



TAB. 5



TAB. 6

Gli strumenti d'acquisto e le modalità di approvvigionamento
Noleggio e Pay per Use

Per favorire il rinnovo del parco apparecchiature di diagnostica delle strutture sanitarie pubbliche e incentivare la dismissione delle macchine obsolete, Consip ha bandito iniziative che prevedono forme di approvvigionamento innovative come il "noleggio operativo" e il "pay per use".

Noleggio Nel 2019 Consip ha attivato la prima iniziativa centralizzata a livello nazionale in modalità **noleggio**: **Angiograffi**

Mediante il Noleggio le PA possono dotarsi di apparecchiature ad alta tecnologia **senza vincolarsi all'acquisto** delle stesse a fronte del pagamento di un **canone fisso mensile**, per la durata contrattuale scelta dalla Amministrazione (tipicamente 5 o 7 anni)

Nel 2019 Consip ha attivato la prima iniziativa centralizzata a livello nazionale in modalità **Pay per Use** per **TC e RM**. La fornitura è remunerata attraverso il pagamento di un canone in funzione del numero di esami e giorni nel mese di studio.

Pay per Use

- Canone fisso: da corrispondere al fornitore, attraverso pagamento trimestrale comprensivo di un numero predefinito di esami secondo la fascia di produttività scelta dall'Amministrazione
- Costo esame eccedente da corrispondere al fornitore, attraverso un conguaglio annuale nel caso in cui il n° di esami al mese previsione nella fascia prescelta venga superato. Il costo risulterà notevolmente inferiore rispetto a quello degli esami inclusi nella fascia

⚠ Per entrambe le iniziative è stata fondamentale la contribuzione della SIRM in fase di sviluppo delle definizioni e fasce di produttività per il PPU che in fase di valutazione dell'offerta tecnica (censimento e selezione commissariati gara)

consip acquistiretepa.it

TAB. 7

Gli strumenti d'acquisto e le modalità di approvvigionamento
Vantaggi dell'affiancamento di modalità alternative all'acquisto

Le modalità di approvvigionamento alternative all'acquisto ovvero **Noleggio e Pay per Use**, garantiscono molteplici benefici all'Amministrazione tra cui:

- Aspetto Economico**: L'investimento è dilazionato in ratee e l'Amministrazione non acquisisce la proprietà del bene ma può dotarsi di apparecchiature anche in casi di carenza di fondi di investimento per l'acquisto
- Aspetto Tecnologico**: Le apparecchiature sono sempre aggiornate e mantenute in perfetto stato tramite i servizi di assistenza tecnica full risk incluso il canone. In caso di fermo macchina per mal funzionamento superiore a tre giorni, il fornitore è tenuto a sostituire o a decurtare il canone proporzionale alla mancata utilizzazione del bene
- Aspetto Gestionale**: Non prevedendo il rischio finale delle apparecchiature, l'Amministrazione al termine del contratto non è esposta al rischio di vedersi ridimensionato il parco apparecchiature installato
- Aspetto Strategico**: Massimizzazione ed efficienza nell'utilizzo "reale" delle apparecchiature. Nel caso di Pay Per Use la remunerazione a parte dell'Amministrazione nei confronti del fornitore si basa sul n° di esami

TAB. 8

come evidenziato dall'ANAC con la delibera 781 del 4 settembre 2019 (tab. 4). Proprio l'esperienza maturata negli ultimi anni tra le società scientifiche e la CONSIP dà il tono delle possibilità di quanto la collaborazione tra istituzioni e stakeholders possa rendere qualificante il risultato sia sulla scelta delle attrezzature da mettere in gara che sulle modalità di acquisizione delle stesse (tab. 5, 6, 7, 8).

Sulla scorta di queste considerazioni sembra opportuno e doveroso formulare alcune semplici proposte operative per far sì che l'occasione offerta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza non venga sprecata e che il risultato atteso sia confacente alle aspettative.

1. Perché la **sostituzione** sia utile è necessario che questa preveda la **rottamazione della macchina sostituita e non l'affiancamento**: solo così il parco tecnologico sarà realmente svecchiato. Una macchina obsoleta, oltre ad essere pericolosa per gli operatori e per i pazienti, avrà altissimi

costi di manutenzione che non ne giustificano il mantenimento in esercizio;

- Il parco macchine maggiormente interessato dall'**obsolescenza** è quello della **RADIOLOGIA TRADIZIONALE** (81% oltre i 10 anni) **ed è inoltre il più diffuso**: non può esistere alcun presidio di radiologia senza la radiologia tradizionale che rappresenta la dotazione strumentale minima per legge;
- Il **COINVOLGIMENTO** degli **stakeholders** è fondamentale per le scelte operative: l'esperienza maturata con le gare CONSIP ne è la pratica dimostrazione;
- E' necessaria la **SINCRONIZZAZIONE** tra **STAZIONI APPALTANTI CENTRALE e REGIONALI** e **GARE AZIENDALI** per evitare inutili e dannose sovrapposizioni
- E' auspicabile l'istituzione di un **osservatorio nazionale indipendente e dedicato** per il monitoraggio continuo della vetustà del parco tecnologico installato. ■



Andrea
Magistrelli

IL "REFERTO" RADIOLOGICO: *aspetti normativi*

La refertazione delle immagini radiologiche è la principale, se non unica, attività quotidiana del Medico Radiologo. Così solitamente (ed erroneamente) è visto il nostro lavoro da pazienti e (sic!) molti colleghi.

Se è vero che "l'attività di refertazione è responsabilità esclusiva del medico specialista in radiodiagnostica o in medicina nucleare, nell'ambito di competenza" [omissis], così come previsto dall'articolo 159 comma 2 del D.Lgs. 101/2020, è bene ricordare che tale attività è parte integrante di un più ampio e complesso processo clinico definito, nel documento ISTISAN 01/21, "atto sanitario radiologico".

Tale processo deve essere inteso come una prestazione professionale specialistica con finalità diagnostiche e/o interventistiche, costituita da una serie di momenti strettamente interdipendenti e inscindibili tra loro, che riconoscono nel medico specialista il responsabile clinico dell'atto medico (articolo 7, comma 1, punto 122):

1. motivata indicazione clinica o richiesta di prestazione del medico prescrivente con quesito clinico;
2. inquadramento clinico-anamnestico, con valutazione di eventuali esami precedenti;
3. giustificazione dell'esame proposto (o non giustificazione motivata con possibile proposta di tecniche e metodologie sostitutive);
4. informativa per il consenso e consenso;
5. esecuzione;
6. interpretazione/refertazione/comunicazione/discussione con il paziente e l'eventuale medico richiedente;
7. archiviazione delle immagini e dei referti radiologici (o delle relazioni nel caso di attività complementare) con le relative indicazioni dosimetriche.

Atto sanitario che, coinvolgendo altre figure professionali (TSRM, infermieri e infermieri pediatrici), si inserisce nell'ambito delle prestazioni sanitarie di *équipe*, in cui il Medico Radiologo è la figura di riferimento che assume la

responsabilità clinica dell'intero "atto medico radiologico", dalla giustificazione della procedura alla sua refertazione e comunicazione dei reperti di rilievo. Ogni scomposizione di questo processo, come ricordato nell'articolo 6 del documento SIRM *Corpus etico – deontologico del medico radiologo*, "si risolve in un danno sia per la Persona sia per il livello di accuratezza della prestazione per Essa eseguita".

"RESOCONTI" E "DOCUMENTI" RADIOLOGICI

Le immagini radiologiche, d'altronde, sono il risultato tecnico intermedio (basato su una precisa motivazione clinica) di una procedura medico-radiologica che deve, obbligatoriamente, essere completata con un referto radiologico. Quanto detto trova le sue motivazioni in alcuni aspetti giuridici e normativi. Il D.M. del 14/02/1997 definisce chiaramente la documentazione radiologica, diversificando i resoconti radiologici (= referto) dai documenti (= immagini) radiologici. Documentazione iconografica che, priva del *resoconto radiologico*, "non riveste il carattere di atto ufficiale", essendo "un prodotto privo di interpretazione o valutazione clinica da parte dello specialista, trattandosi di una pura lettura di un dato analitico" (Circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19/12/1986 "Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private"). È bene ricordare, infatti, che il referto radiologico rientra nella tipologia di "scrittura privata", così come definita dall'articolo 2702 del Codice Civile, rappresentata da una dichiarazione scritta (= relazione clinico-radiologica) proveniente dal soggetto interessato (=Medico Specialista) e sottoscritta da quest'ultimo.

La firma conferisce dignità giuridica e attribuisce valore legale e probatorio al referto, con il quale "lo specialista di Area Radiologica dichiara conformi a verità i risultati degli esami di Diagnostica per Immagini ottenuti, unitamente all'interpretazione clinica dei risultati stessi, in relazione al quadro clinico e all'anamnesi del paziente" (Linee Guida per la Dematerializzazione della Documentazione Clinica in Diagnostica per Immagini", 4/4/2012, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano).

Il Referto Radiologico rappresenta quindi il momento conclusivo di un atto complesso, con vincoli (e ricadute) legali sul Medico che ha l'obbligo di sottoscriverlo, motivo per cui, tranne in casi di emergenza e/o situazioni regolate da appositi protocolli, i "resoconti" e i "documenti" devono essere resi disponibili contestualmente, subito dopo la firma del referto stesso e conservati per una durata di almeno 10 anni.

In caso di referto "dematerializzato" la sottoscrizione digitale deve avvenire con firma elettronica qualificata o firma digitale; in caso di firma elettronica non qualificata [= firma leggera] il Medico dovrà apporre la firma autografa su ogni singola copia cartacea del referto.

Per ulteriori approfondimenti sulla dematerializzazione della documentazione radiologica si rimanda al documento della Sezione SIRM di Gestione delle Risorse ed Economia Sanitaria in Radiologia "sinossi linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini. Normativa e prassi".

"INFORMAZIONE RELATIVA ALL'ESPOSIZIONE DELLA PRESTAZIONE" NEL REFERTO

Nell'articolato del D.Lgs. 101/2020 (articolo 161, comma 5) è fatto obbligo di inserire la classe di dose nel referto della procedura medico diagnostica, di competenza del medico specialista in radiodiagnostica e in medicina nucleare relativamente all'esposizione. La nuova normativa dispone

che, nelle more dell'emanazione delle linee guida, l'informazione relativa all'esposizione da riportarsi sul referto sia costituita dall'indicazione della classe di dose (da I a IV), espressa in termini di dose efficace (mSv) per tipologia di esame e per quesito clinico, secondo le indicazioni contenute nel documento "Linee guida per la diagnostica per immagini" - Atto rep. n.2113 del 28 ottobre 2004.

Questa novità, introdotta dalla nuova normativa e obbligatoria dal 27 agosto 2020, è ancora oggi fonte di molti quesiti. Il documento intersocietario SIRM-AIFM-AIMN-AINR (2020) "Raccomandazioni intersocietarie per la comunicazione della classe di dose (art. 161 commi 5-6 del Decreto Legislativo 101 del 31 luglio 2020)", cui si rimanda per i dovuti approfondimenti, fornisce chiare indicazioni interpretative e operative per ottemperare agli obblighi di legge.

Un approccio iniziale semplificato, per quanto empirico e inevitabilmente inesatto, prevede l'inserimento nel referto radiologico della classe di dose così come riportata negli allegati 1 (Nomenclatore della specialistica ambulatoriale e classe di dose) e 2 (Elenco delle procedure di Radiologia Interventistica e classe di dose) del documento intersocietario, utilizzando il testo: "Classe di dose secondo l'art. 161 del D.Lgs. 101/2020: xxx" Un approccio più corretto, ma complesso e difficile da attuare in tempi brevi, è quello di inserire la classe di dose stimata per il singolo paziente utilizzando i software di monitoraggio della dose. ■

BIBLIOGRAFIA

Decreto Legislativo n. 101 del 31/07/2020. "Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117. (20G00121).

Documento SIRM (2020) "Corpus Etico-Deontologico del Medico Radiologo". Corrado Bibbolino, Zairo Ferrante, Stefano Canitano, Roberta Chersevani.

Rapporti ISTISAN 21/1. Indicazioni operative per l'ottimizzazione della radioprotezione nelle procedure di radiologia interventistica alla luce della nuova normativa. Aggiornamento del Rapporto ISTISAN 15/41.

D.M. 14 febbraio 1997 "Determinazione delle modalità affinché i documenti radiologici e di medicina nucleare e i resoconti esistenti siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche, ai sensi dell'art. 111, comma 10, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230". G.U. Nr. 58 Serie Generale, del 11/3/1997.

Circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19/12/1986 "Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private".

Documento Sezione SIRM di Gestione delle Risorse ed Economia Sanitaria in Radiologia "Sinossi linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini: normativa e prassi".

Documento intersocietario SIRM-AIFM-AIMN-AINR (2020) "Raccomandazioni intersocietarie per la comunicazione della classe di dose (art.161 commi 5-6 del Decreto Legislativo 101 del 31 luglio 2020)".



TEMPI DI CONSEGNA DEI REFERTI



Bruno
Accarino



Claudio
Guerra

Sulla refertazione un focus fondamentale è quello relativo al timing, cioè al tempo che intercorre tra l'esecuzione dell'esame e la disponibilità del referto per il richiedente.

Il tema è inevitabilmente legato ad una serie di fattori, quali il tempo medico a disposizione per il referto stesso e necessario per poterlo compiutamente stilare, l'impegno di lavoro quotidiano, i momenti dedicati al necessario dialogo sia con il paziente che con i colleghi, l'acquisizione del consenso, e in generale, ovvero l'espletamento dell'atto medico-radiologico in senso stretto, contemplando l'organizzazione dell'attività della sala di diagnostica nel suo complesso.

A tale proposito rammentiamo che l'**Atto Medico Radiologico** si compone di più fasi delle quali alcune precedono la materiale esecuzione dell'esame, altre sono ad essa contemporanee o successive e delle quali solo l'ultima è la fase di refertazione stessa:

1. **Esame della richiesta di prestazione**
2. **Inquadramento clinico – anamnestico con valutazione di eventuali esami precedenti**
3. **Giustificazione dell'esame proposto (o non giustificazione motivata con possibile proposta di tecniche e metodologie sostitutive)**
4. **Informativa per il consenso e consenso**
5. **Elaborazione e post processing**
6. **Interpretazione / Refertazione/ Comunicazione**

Ma per poter fornire delle indicazioni di appropriatezza del percorso dobbiamo suddividere gli esami effettuati in categorie:

1. **Esami effettuati in regime di emergenza o con rilievo di reperti life-threatening per il paziente:**

- a. il reperto suggerisce la necessità di un intervento medico immediato;
- b. le conclusioni del radiologo differiscono da precedenti interpretazioni;
- c. i reperti suggeriscono una condizione che ha evolutività verso un peggioramento nel tempo della situazione clinica del paziente se non trattata rapidamente;
- d. i reperti non risultano chiari con cui è richiesto un follow-up stretto.

2. **Esami richiesti in urgenza**

3. **Esami di routine per pazienti ricoverati**

4. **Esami per pazienti ambulatoriali con richiesta SSN con priorità B/D/P.**

Appare indiscutibile che per gli esami in emergenza o con rischio per la vita del paziente la refertazione debba essere immediata: in tutti questi casi, dato che il referto risulta di particolare importanza a causa del rischio corso dal paziente, gli standard di qualità devono prevedere obbligatoriamente una comunicazione con qualsiasi mezzo della diagnosi radiologica al clinico che ha in cura il paziente.

Ciò implica che la normale procedura non risulta sufficiente ed il radiologo è tenuto ad effettuare uno sforzo straordinario per ottenere una comunicazione efficace e documentare che questa sia realmente avvenuta, poiché tale comunicazione risulta importante al pari del reperto descritto.

Più difficilmente definibile è il timing di completamento della refertazione delle altre categorie, con la possibilità che nella pratica quotidiana vengano tenuti comportamenti disomogenei, anche in funzione delle differenti pratiche di elaborazione di immagini e confronto con eventuali precedenti,

specie per esami complessi quali TC e RM, con conseguenze potenzialmente negative per il radiologo e la struttura in cui opera a causa di eventuali contenziosi medico-legali. Atteso che gli esami che effettivamente rappresentano un'urgenza clinica vanno certamente esitati entro la fine del turno di lavoro. Tale buona pratica andrebbe estesa comunque a tutto il gruppo 2 al fine di non incorrere, comunque, in comportamenti che potrebbero essere considerati dilatativi od omissivi.

Per i referti di routine sia per i pazienti ricoverati che per quelli ambulatoriali appare ragionevole che la tempistica sia oggetto della contrattazione con la Direzione Generale, costituendo il risultato, più o meno efficiente, un marcatore di performance dell'Unità Operativa da valorizzare anche attraverso la premialità contrattualmente prevista.

Comunque sembra ragionevole che la refertazione degli esami per i pazienti ricoverati non debba comunque mai superare la

fine del turno di lavoro od al massimo entro la giornata in cui è stato effettuato.

Per quanto attiene i pazienti ambulatoriali con richiesta con priorità in classe B possono essere resi disponibili entro e non oltre le successive 48 ore lavorative.

Per le altre classi di priorità dell'accesso ambulatoriale è consigliabile, in accordo alle carte dei servizi vigenti degli enti sanitari sul panorama nazionale, la consegna del referto entro 4 giorni; non appare giustificato superare i 7 giorni lavorativi. Per quanto concerne la tempistica degli esami ecografici si ritiene opportuno refertarli contestualmente alla mera esecuzione senza distinzioni di sorta.

È sempre buona norma indicare con chiarezza gli orari di attività della segreteria dell'unità operativa allegando numeri di telefono e indirizzo di posta elettronica. ■



Andrea
Magistrelli

La *refertazione* in attività complementare

“L’attività di refertazione è responsabilità esclusiva del medico specialista in radiodiagnostica”. Se da un lato questo concetto è oramai assodato, è ricorrente il quesito su come ci si debba comportare in attività complementare qualora venissero prodotte e rese disponibili delle immagini radiologiche.

Il medico radiologo deve refertare questi esami? E in caso di risposta affermativa, cosa deve essere riportato nel testo del referto?

Si definiscono attività radiodiagnostiche complementari quelle attività di ausilio diretto al medico chirurgo o all’odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina, purché contestuali, integrate e indilazionabili, rispetto all’espletamento della procedura specialistica (articolo 7, comma 1, punto 8, D.Lgs. 101/20).

L’uso medico delle radiazioni ionizzanti è quindi consentito, in deroga, anche ai medici specialisti in discipline non radiologiche che assumono la responsabilità clinica dell’“atto sanitario radiologico” nella sua interezza, inclusa l’informazione dei pazienti e delle altre persone interessate sui rischi delle radiazioni ionizzanti, l’acquisizione del consenso informato, la produzione e registrazione di eventuale iconografia, valutazione clinica del risultato e stesura della relazione.

L’attività complementare non deve però essere confusa (o equiparata) con l’esercizio professionale della radiodiagnostica, di competenza esclusiva dei medici chirurghi “in possesso dello specifico diploma di specializzazione (N.d.A. in Radiodiagnostica) o di un diploma di specializzazione in una delle discipline equipollenti ai sensi del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 37” (articolo 159, comma 9, D.Lgs. 101/20).

Per i suddetti motivi i medici specialisti in discipline non radiologiche pertanto hanno l’obbligo di stilare una relazione clinica (inclusiva della classe di dose) integrativa dell’intervento complementare da riportare in cartella ma non possono redigere o rilasciare referti scritti specifici dell’indagine radiologica eseguita (articolo 159, comma 13, D.Lgs. 101/20). Questo trova ragione proprio nelle caratteristiche intrinseche (“contestuali, integrate, indilazionabili”) dell’uso complementare delle radiazioni ionizzanti, ovvero propedeutiche e necessarie per un atto strumentale (e non diagnostico) durante il quale il medico specialista in disciplina non radiologica attua in tempo reale una valutazione clinica del risultato.

Valutazione clinica che non può essere differita né demandata ad altro medico chirurgo (indipendentemente dalla specialità) o odontoiatra. Nell’ambito di dette attività non possono quindi essere effettuati esami per conto di altri soggetti o professionisti sanitari pubblici o privati.

Le procedure eseguite in attività complementare non richiedono obbligatoriamente la stesura di un referto radiologico neanche da parte dei Medici Radiologi, come ben chiarito anche nel documento SIRM sulla “Responsabilità e ruolo del radiologo nell’impiego complementare delle radiazioni ionizzanti” del 2015.

Come detto in precedenza il resoconto radiologico, di pertinenza esclusiva del medico radiologo, dovrà tener conto dell’interpretazione della iconografia prodotta in attività complementare solo se vi è coinvolgimento diretto nella procedura stessa o qualora venga richiesta una consulenza radiologica nella forma di teleconsulto asincrono.

Ai fini della valutazione delle esposizioni mediche della popolazione resta l’obbligo, con una responsabilità diretta del

responsabile di impianto radiologico in caso di condotta omissiva, di segnalazione e registrazione di tutte le procedure complementari. Motivo per il quale nel resoconto radiologico di tali procedure dovranno essere almeno riportati il medico specialista che ha assunto la responsabilità clinica della procedura complementare, l'eventuale TSRM di ausilio diretto per gli aspetti pratici, la tipologia di procedura e alcune annotazioni tecniche. Come precedentemente detto non è richiesta l'interpretazione dell'iconografia prodotta né trova motivazioni normative l'uso di frasi (che peraltro sviliscono il nostro ruolo professionale) quali "Si inviano le immagini alla diretta valutazione dello Specialista esecutore della procedura". Un esempio pratico di refertazione di un trattamento ortopedico in attività complementare potrebbe essere il seguente **"Esame eseguito in camera operatoria dal TSRM XXX in attività complementare al Medico Specialista**

Ortopedico Dott. YYY. Controllo fluoroscopico e fluorografico di riduzione di frattura di avambraccio ZZ con posizionamento di 2 pins metallici".

I dati relativi all'esposizione del paziente (dose x area relativo all'intera procedura o la durata dell'esposizione, espressi rispettivamente in Gy x cm² e minuti e secondi) così come riportato nell'allegato XXIX del D.Lgs 101/20 dovranno essere registrati ma non riportati in maniera esplicita nel resoconto. In sintesi il medico specialista in radiodiagnostica ha l'obbligo di registrare l'esposizione in attività complementare ma non di refertare l'iconografia prodotta, che è sotto la diretta responsabilità dello specialista esecutore dell'intervento complementare. Questi ha l'obbligo di stilare una relazione clinica di tutta la procedura, inclusiva dell'informazione dell'esposizione del paziente (classe di dose). ■

BIBLIOGRAFIA

Decreto Legislativo n. 101 del 31/07/2020. "Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117. (20G00121).

"L'attività complementare" di Antonio Orlacchio, Vito Dell'Olio, Silvia Roma in "Il medico radiologo. Manuale di legislazione, management e deontologia" di Corrado Bibbolino, Antonio Pinto, Bruno Accarino. Ed. Pensiero Scientifico (2021).

Documento SIRM "Responsabilità e ruolo del radiologo nell'impiego complementare delle radiazioni ionizzanti" Approvato dal C.D. SIRM 8 ottobre 2015.



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202148>



IN RICORDO DEL PROF. LUCIO TRODELLA

Il 29 Maggio u.s. ci ha lasciato Lucio Trodella. Specialista in Radiologia ed Oncologia Medica, ha dedicato tutta la sua vita alla Radioterapia Oncologica, di cui ha contribuito allo sviluppo come esponente del mondo accademico, unendo in modo imprescindibile sia la clinica e tutta l'attenzione necessaria al paziente e sia la didattica, attraverso la formazione di giovani medici e specialisti. Nell'ampiezza della gestione oncologica che lo ha sempre contraddistinto, l'Oncologia Toracica ha rivestito certamente un campo di applicazione e di ricerca privilegiato. È stato tra i padri fondatori per lo sviluppo dei trattamenti radio-chemioterapici per le neoplasie polmonari localmente avanzate, percorrendo i tempi sia per l'associazione concomitante di radio-chemioterapia e per le tecniche di trattamento radiante selettivo ma specialmente per una corretta integrazione multidisciplinare. In tale direzione si è distinto nello sviluppo di trattamenti multimodali neo-adiuvanti per le neoplasie del pancreas e più

recentemente per i sarcomi dei tessuti molli. E' sempre stato protagonista in AIRO per la difesa del ruolo della disciplina oncologica radioterapica, quale branca clinica di pari dignità nello scenario complessivo per la cura delle neoplasie. Già dalla fine degli anni novanta, durante lo svolgimento dell'attività clinica al Policlinico Gemelli di Roma, aveva contribuito alla promozione delle riunioni multidisciplinari di Oncologia Toracica, metodologia che poi ha portato nella fondazione e sviluppo dell'Oncologia Clinica del Campus Bio-Medico. In tale ambito ha costruito una scuola di radioterapia oncologica che, nonostante la poco più che quindicinale vita, può vantare un buon livello di prodotti scientifici ed un gruppo di oltre venti medici specialisti, tra cui un professore ordinario, un associato e due ricercatori già abilitati a professori associati. Numerosi gli studenti e specializzandi formati durante la carriera universitaria e numerosi sono i riconoscimenti, tra i quali la nomina a 'Maestro dell'Oncologia' del GOIM (Gruppo Oncologico dell'Italia Meridionale) oltre naturalmente il ricordo di molte generazioni di oncologi radioterapisti che devono anche a lui la loro crescita professionale. Tra le affermazioni che maggiormente lo rappresentano, e che i suoi specializzandi hanno riportato nei "dieci comandamenti del Prof. Trodella", troneggia la seguente: "Tutto è importante ma...il malato viene prima di tutto", a sottolineare come il tempo dedicato ai pazienti, finanche il giorno prima della sua dipartita, ha rappresentato un punto fermo all'interno di quei valori umani di grande professionista e di uomo perbene che lo hanno contraddistinto. ■ *Sara Ramella, Rolando Maria D'Angelillo*

Presidente
VITTORIO DONATO

Consiglieri
MICHELA BUGLIONE
DI MONALE E BASTIA

MARIA ANTONIETTA
GAMBACORTA
LUIGI MARAFIOTI

Segretario alla Presidenza
DANIELA MUSIO

Rappresentante SNR
FRANCESCO LUCA

Presidente Eletto
RENZO CORVÒ

GIOVANNI CARTIA
ROLANDO MARIA
D'ANGELILLO

MARCELLO MIGNOGNA
ROBERTO PACELLI

Rappresentante MED/36
VINCENZO TOMBOLINI

Segretario Amministrativo
GIANPIERO CATALANO

VERBALI

VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
STAORDINARIO

11 GENNAIO 2021

Il giorno 11 gennaio 2021 alle 17.00 si è svolta la riunione in via telematica del Consiglio Direttivo straordinario AIRO, con il seguente Ordine del Giorno:

| Orario | Argomento |
|--------|--|
| 17.00 | Inizio |
| | 1. Problematiche Radioterapia e vaccino Covid-19 Sono invitati, oltre ai Membri elettivi del CD, il Presidente eletto - R. Corvò, il Rappresentante del SSD MED36 - V. Tombolini, la Coordinatrice della Commissione Scientifica - B. Jereczek, il rappresentante del SNR - F. Lucà, la Segretaria del Presidente - D. Musio, il Segretario Amministrativo - G. Catalano. |

Presenti:

Il Presidente - V. Donato

Il Presidente eletto - R. Corvò

I membri eletti del Consiglio Direttivo - M. Buglione Di Monale e Bastia, R. M. D'Angelillo, L. Marafioti, M. Mignogna, R. Pacelli, G. Cartia.

Rappresentante MED36 - V. Tombolini.

Segretario Amministrativo - G. Catalano

Segretario Presidenza - D. Musio

La coordinatrice della commissione scientifica - B. Jereczek

La segretaria AIRO - M. Cozzaglio

Assenti:

M. A. Gambacorta

Si prende visione dell'ODG e se ne approvano gli argomenti.

Alle 17.15 si apre la riunione.

Il Presidente prende la parola e saluta tutti gli intervenuti in particolare dà il benvenuto ai tre nuovi Consiglieri.

Spiega di aver convocato questa riunione straordinaria del Consiglio Direttivo per discutere la pubblicazione di un documento ufficiale AIRO sulla problematica della vaccinazione per i pazienti oncologici in trattamento radioterapico o in procinto di esserlo.

L'intento è quello di fare un comunicato stampa da inviare ai media, sia per essere di aiuto ai nostri pazienti e sia per essere presenti come Società Scientifica su questo delicato argomento.

A tale scopo il Presidente ha preparato un breve elaborato, inviato per mail, da condividere con Consiglio Direttivo e Commissione Scientifica.

Propone inoltre di preparare un documento più elaborato, tipo domanda/risposta da preparare da parte della Commissione Scientifica.

La terza proposta è di chiedere ai Direttori delle radioterapie italiane un report costante circa l'andamento della campagna vaccinale per i malati oncologici.

Informa inoltre che è stato contattato da F.A.V.O che ha fatto richiesta di preparare un documento dove venga ascoltata la voce dei pazienti nell'intento di stimolare le Istituzioni a vaccinare i malati oncologici.

Inoltre, dopo un contatto con il Presidente della Società di Reumatologia, si discuteva sulla possibilità di preparare un documento comune, in relazione al trattamento sui pazienti immunocompromessi.

R. Corvò si dice d'accordo, pur essendo consapevole delle grandi incertezze esistenti in questa materia a produrre un documento societario, raccomanda pertanto molta prudenza.

R. Pacelli ritiene che sull'argomento, oltre a dire che non ci sono evidenze di letteratura che controindichino il ricorso alla vaccinazione, di più non si possa dire. È d'accordo con la proposta, espressa per mail da R. M. D'Angelillo, di raccogliere i dati sui pazienti che avranno fatto il vaccino e **saranno sottoposti a radioterapia**.

Non è d'accordo ad associarsi con la società di Reumatologia perché le due Società trattano pazienti con un grado di immuno-compromissione differente. Il Consiglio esprime l'assenso ad un comunicato stampa molto semplice e snello.

M. Buglione di Monale e Bastia non ritiene che debba essere "consigliato" perché potrebbe essere un messaggio che innesca delle aspettative da parte dei pazienti ma è d'accordo sulla costituzione di una task force che gestisca la parte scientifica, la raccolta dati e la produzione di un documento che possa raccogliere delle raccomandazioni anche indirette sul beneficio per i malati oncologici rispetto alla vaccinazione.

M. Mignogna, L. Marafioti e R. Pacelli concordano sul comunicato stampa e propongono di consegnare un documento per i pazienti da consegnare ai medici di famiglia.

V. Tombolini chiede come si possa affermare che non vi sia controindicazione in assenza di evidenza scientifica.

R. Corvò chiede se non valga la pena sollecitare i radioterapisti a vaccinarsi, a tale richiesta **R. M. D'Angelillo** pensa che si possa estendere il sollecito anche a tutti gli operatori sanitari delle radioterapie ed inserire il sollecito nel documento.

Il Presidente riassume quanto detto.

Inizialmente si farà un comunicato semplice ed essenziale, che dica sostanzialmente che il vaccino non è controindicato per i pazienti in trattamento radio-terapico e non si lavorerà congiuntamente con la Società di Reumatologia. Tale documento dovrà essere riportato ed **approvato dal CD**.

Il Presidente chiede però che questa valutazione si faccia in tempi molto stretti.

Successivamente la Commissione Scientifica elaborerà un documento più articolato formulato tipo domande-risposte da inviare all'agenzia stampa e si informerà la FAVO di questa iniziativa in modo da inviare al mondo del volontariato il documento AIRO.

Per la costituzione della task force scientifica si deciderà in seguito.

Il CD approva.

18.50, non essendoci altro su cui discutere la riunione si conclude.

VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 21 GENNAIO 2021

Il giorno 21 gennaio 2021 alle 15.30 si è svolta la riunione in via telematica del Consiglio Direttivo AIRO, con il seguente Ordine del Giorno:

| Orario | Argomento |
|--------|---|
| 17.00 | Inizio |
| | 1. Programma presidenziale 2021 (Presidente) 2. Censimento pazienti (V. Donato - M. Mignogna) 3. Linee Guida (R. M. D'Angelillo) 4. Piattaforma Zoom AIRO (R. Corvò) 5. Regolamento endorsement AIRO (B. Jereczek) 6. Varie ed eventuali 7. Congresso AIRO 2021 Sono invitati, oltre ai Membri elettivi del CD, Il Presidente eletto (R. Corvò), Il Presidente AIRB (S. Pergolizzi), Il Coordinatore di AIRO Giovani (F. De Felice), la Coordinatrice della Commissione Scientifica (B. Jereczek), il Rappresentante del SSD MED36 (V. Tombolini), del SNR (F. Lucà), la Segretaria del Presidente (D. Musio), il Segretario Amministrativo (G. Catalano). |

Presenti:

Il Presidente - V. Donato

Il Presidente eletto - R. Corvò

Il Presidente AIRB - S. Pergolizzi

Il Coordinatore di AIRO Giovani - F. De Felice

I membri eletti del Consiglio Direttivo - R. M. D'Angelillo, L. Marafioti, M. Mignogna, R. Pacelli, G. Cartia, M. A. Gambacorta.

Rappresentante MED36 - V. Tombolini.

Rappresentante del SNR - F. Lucà

Segretario Amministrativo - G. Catalano

Segretario Presidenza - D. Musio

La Coordinatrice della Commissione Scientifica - B. Jereczek

La segretaria AIRO - M. Cozzaglio

Assenti: M. Buglione Di Monale e Bastia

Si prende visione dell'ODG e se ne approvano gli argomenti. Alle 15.15 si apre la riunione.

Il Presidente prende la parola e saluta tutti gli intervenuti.

1. PROGRAMMA PRESIDENZIALE 2021

Il Presidente ricorda l'assetto organizzativo di AIRO che presenta le figure a nomina presidenziale (il Coordinatore della Commissione Scientifica, la Segretaria alla Presidenza e il Segretario Amministrativo), i membri permanenti (Rappresentante MED 36 e Rappresentante SNR) che collaborano con il Consiglio Direttivo, ognuno per le proprie specifiche competenze. Il Presidente Eletto mantiene il compito di Coordinatore dei gruppi regionali, come da statuto AIRO. Infine presenta le figure dei past-president, ufficializzate recentemente.

Sono stati inoltre individuati dei gruppi di lavoro permanenti (formazione - corsi itineranti - FAD, censimento RT, linee guida e position paper, sito istituzionale, AIRO servizi, rapporto con associazioni pazienti, rapporti con la stampa e newsletter) la cui responsabilità è stata affidata ai vari consiglieri. Il Presidente propone:

M.A. Gambacorta quale responsabile dei corsi di formazione - corsi itineranti - FAD e delle procedure che seguiranno in qualità di AIRO provider

R. Pacelli dei media e news

M. Mignogna e G. Cartia per il censimento

M. Buglione di Monale e Bastia per i gruppi di studio

R. M. D'Angelillo per le linee guida

L. Marafioti per il sito istituzionale.

Il Presidente si occuperà di rapportarsi con l'agenzia stampa e con gli organi istituzionali, in accordo con il Presidente Eletto e continuando a costruire il rapporto con AIRO Servizi.

R. Corvò propone che i Consiglieri in scadenza si incarichino, in un'ottica di continuità, di passare le consegne ai 4 nuovi consiglieri del 2022.

R. M. D'Angelillo chiede di specificare quale siano i reali rapporti gerarchici tra i vari organismi AIRO, in particolare rispetto alla Commissione Scientifica.

Il Presidente risponde che il Coordinatore della Commissione Scientifica è nominato dal Presidente ed affianca il Consiglio Direttivo esclusivamente per quanto di sua competenza scientifica, ma che il "core" dell'organigramma è rappresentato dal Consiglio Direttivo, unico organismo ad avere potere di voto e quindi decisionale.

Il Presidente ricorda come la collaborazione con l'agenzia stampa nel 2020, prevista anche per il 2021, sia stata estremamente fruttuosa consentendo di essere presenti nei comunicati durante il primo periodo della pandemia da Covid-19 insieme ad altre Società Scientifiche e permettendo una adeguata divulgazione delle survey prodotte, amplificando la risonanza mediatica del Congresso e istituendo un canale comunicativo per l'incontro con le Associazioni dei pazienti e con gli organi istituzionali.

2. CENSIMENTO PAZIENTI

Il Presidente chiede al Dott. Mignogna di relazionare il CD in merito al prossimo censimento sui pazienti trattati con la radioterapia.

M. Mignogna ricorda che, come discusso in precedenza, l'argomento del censimento 2021 sarà la rilevazione numerica dei pazienti trattati complessivamente nell'anno 2020 nei vari centri di radioterapia italiani. Vi sarà inoltre una specifica attenzione per i numeri di pazienti trattati con intento radicale, in particolare per patologie del distretto testa-collo (laringe esclusa) in quanto tumore raro, della prostata e della cervice uterina.

R. Corvò propone di censire anche i trattamenti delle neoplasie della laringe e poi di fornire agli organi di stampa i dati come meglio le necessità del momento richiedano, i numeri senza la neoplasia della laringe se si parlerà di tumori rari, numeri complessivi se il messaggio debba essere di altro tipo.

R. M. D'Angelillo chiede la motivazione di censire il numero solo di queste patologie ritenendo che si possa correre il rischio di venire identificati come soggetti che non possano trattare tutto.

A tale questione **Il Presidente** sottolinea che il significato di questa azione è di inviare un messaggio in cui si evidenzia che la Radioterapia cura e guarisce e, in ogni caso, si fornirà anche il numero complessivo dei casi trattati, per dimostrare in toto i pazienti trattati con Radioterapia.

M. Mignogna continua illustrando la grossa difficoltà di raccogliere i dati perché i centri che non sono in possesso di database potrebbero avere dei problemi a fornirli. Altro problema è rappresentato dalla certificazione dei dati e chiede se la validazione dei dati da parte delle Direzioni Sanitarie possa essere la soluzione.

R. Corvò risponde che è necessario riporre fiducia nei Direttori dei centri di radioterapia perché l'avallo delle Direzioni Sanitarie è un'azione eseguita in maniera acritica non essendo esse in possesso dei dati. Ritene fondamentale comunque fornire i numeri della Radioterapia Italiana.

Il Presidente chiede se il Consiglio Direttivo sia d'accordo a considerare solo tre patologie trattate con intento curativo e non anche, per esempio, il polmone.

M. A. Gambacorta ritiene che il vero valore aggiunto sia quello di fornire, sì i dati dei trattamenti curativi, ma anche riportare tutta l'attività svolta dai centri di radioterapia.

R. M. D'Angelillo e **B. Jereczek** concordano e **G. Cartia** ritiene che, per esaltare il concetto di esclusività della cura radioterapica, si debbano raccogliere i dati solo di alcune patologie.

R. M. D'Angelillo chiede con che numero di percentuali di risposta dei centri si possa considerare valido il censimento.

Alla domanda **M. Mignogna** risponde che occorre lavorare tanto ma si potrebbe raggiungere una percentuale elevata di risposte.

Il Presidente ritiene che si debba cercare di raggiungere la percentuale più alta possibile, magari quella del 90%, così come è stato per il censimento sulla dotazione delle apparecchiature.

Riassumendo, il censimento dei nuovi pazienti riguarderà il numero complessivo dei pazienti trattati nel 2020 e il numero dei trattamenti con intento curativo di patologie del testa-collo, prostata e cervice uterina.

M. Mignogna e **G. Cartia** prepareranno un documento organizzativo da sottoporre alla votazione del Consiglio Direttivo.

Il CD approva la linea programmatica.

3. LINEE GUIDA

Il Presidente chiede a **R. M. D'Angelillo** di relazionare sulla situazione linee guida e chiede se siano state inviate, oltre a quelle sulla vescica, altre linee guida.

R. M. D'Angelillo risponde che non sono state inviate altre linee guida e che al momento si sta lavorando sulla vescica che verrà inviata nuovamente all'ISS. Quando dovesse andare a buon fine la linea guida della vescica si procederà con le altre.

Sono stati accettati da varie riviste i lavori tratti dalle linee guida e chiede che vengano pubblicate sul sito societario.

Il Presidente informa che AIOM ha fatto richiesta dei nominativi dei soci AIRO delegati per le linee guida ed informa che invierà il documento a **B. Jereczek** e **R. M. D'Angelillo** perché vengano decisi i nominativi da proporre.

R. M. D'Angelillo chiede quanti debbano essere i soci AIRO da proporre per le linee guida AIOM.

Il Presidente risponde che la richiesta è stata di un estensore per linea guida.

R. M. D'Angelillo chiede con che criterio scegliere gli estensori per le linee guida AIOM.

R. Corvò risponde che a suo avviso vada mantenuta la linea finora seguita e cioè confermare gli estensori che hanno ben lavorato e di proporre nomi nuovi solo in casi particolari.

In ogni caso vi sarà una prossima riunione del CD specificatamente su tale argomento.

4. PIATTAFORMA ZOOM

Il Presidente chiede di ratificare il documento riguardante il regolamento di utilizzo della piattaforma zoom che è stato condiviso via mail con tutto il Consiglio Direttivo.

R. Pacelli esprime la perplessità riguardo al fatto che la piattaforma AIRO possa essere utilizzata solo dai soci. Quindi non sarebbe fruibile nel caso si organizzasse un webinar multidisciplinare.

R. M. D'Angelillo considera che il webinar è in genere accreditato ECM e spesso a carattere multidisciplinare e sponsorizzato. Non vede appropriato l'utilizzo della piattaforma AIRO per queste tipologie di webinar.

R. Corvò precisa che l'utilizzo della piattaforma è stato inteso per incontri tra soci AIRO e per eventi non accreditati ECM e/o sponsorizzati.

R. M. D'Angelillo chiede che quindi venga precisato nel regolamento che la piattaforma AIRO non è utilizzabile per webinar accreditati e/o sponsorizzati.

Il Presidente ritiene corretta l'osservazione e chiede che venga specificato nel documento "non ECM".

Il CD approva il documento.

5. ENDORSEMENT AIRO

Il Presidente ricorda che durante il 2020 ci sono state molte richieste di endorsement AIRO e si è fatta pressante la necessità di regolamentare i termini del processo.

Chiede pertanto che venga votato il documento preparato da **B. Jereczek** e **R. Corvo** e diffuso tra i membri del Consiglio Direttivo via mail.

B. Jereczek illustra il documento e il work-flow.

R. M. D'Angelillo è d'accordo che sia regolamentata la concessione dell'endorsement AIRO.

Non concorda con il fatto che tipologie di lavori, come ai punti 1-2-10 del documento proposto, siano proposti da soci perché non hanno titolo a farlo, considerando che tali materie sono d'appannaggio del Consiglio Direttivo AIRO.

Non condivide infine neanche la proposta che venga suggerito da parte della Commissione Scientifica di aggiungere nell'authorship il nome di qualche socio che non abbia contribuito alla stesura del lavoro scientifico.

B. Jereczek spiega che il nome di un expert in field viene suggerito prima che il lavoro di stesura inizi, dando modo a questi di contribuire fattivamente.

Il Presidente chiede al CD di esprimersi

Su tale argomento **R. Pacelli** ritiene giusto che la Commissione Scientifica ed il Consiglio Direttivo dettino delle condizioni all'inizio e che la concessione dell'endorsement si debba decidere non a lavoro concluso.

M. A. Gambacorta pensa che vi debba essere modo comune ed analitico di giudicare se un lavoro sia degno di ricevere l'endorsement e propone l'introduzione di una griglia di valutazione per introdurre dei criteri oggettivi e score per facilitare il lavoro di analisi dei membri del Consiglio Direttivo e della Commissione Scientifica.

M. Mignogna concorda con la necessità di un regolamento ma sceglierebbe una linea morbida verso la concessione dell'endorsement per incentivare la produzione scientifica ed avvicinare soprattutto i giovani ad AIRO.

G. Cartia concorda con quanto detto da tutti.

V. Tombolini crede che l'endorsement AIRO vada concesso solo in situazioni particolari e in maniera molto restrittiva per evitare che venga svilita la funzione di questo importante riconoscimento. Concorda con M.A Gambacorta che il metodo decisionale debba essere analitico ed obiettivo.

S. Pegolizzi concorda con l'introduzione di una griglia di valutazione.

R. Corvò concorda con R. M. D'Angelillo di eliminare per le tipologie di lavori, come ai punti 1-2-10, la possibilità di richiedere l'endorsement. Non è d'accordo che tutto arrivi al Consiglio Direttivo e dopo alla Commissione Scientifica. Propone che la prima revisione sia della Commissione Scientifica.

Al termine della discussione si rivaluteranno tutte le indicazioni date, con l'intento di eliminare le tipologie dei lavori 1-2 e 10 per richiedere l'endorsement.

F. De Felice chiede come si debba comportare AIRO Giovani nella proposta di studi. Ha una libertà di movimento autonoma o deve sempre rispettare le regole AIRO?

Il Presidente risponde che anche AIRO Giovani si debba attenere alle regole AIRO, non essendo una società autonoma come AIRB, ma in ogni caso AIRO lascia ad AIRO Giovani la massima libertà di azione non interferendo generalmente nelle loro decisioni.

6. VARIE ED EVENTUALI

Il Presidente informa il Consiglio Direttivo che, essendo stato disdetto l'Avv. Pasceri dalla precedente Presidenza, l'Associazione attualmente non ha un avvocato.

Il Presidente elogia l'operato dell'Avv. Prof. Restuccia in occasione della stipula della convenzione assicurativa e propone che gli venga affidato il compito di consulenza legale dell'Associazione per il 2021.

L'Avv. Prof. Restuccia ha richiesto 5.000 Euro/anno per tale prestazione.

F. Lucà chiede che titoli abbia l'Avv. Restuccia per essere considerato un avvocato con esperienza in materia di sanità.

Il Presidente crede che avere un avvocato a disposizione della Società sia importante e che le necessità della Società non sono solo di ordine "sanitario".

V. Tombolini ricorda che le necessità di AIRO sono state sempre di tipo amministrativo-societario e non sanitario. Ritiene che il nominativo proposto sia giusto.

Il Presidente chiede di votare per la convenzione con l'Avv. Prof. Restuccia per il 2021.

Il CD approva.

R. M. D'Angelillo chiede informazioni circa il comunicato stampa sul vaccino che si era deciso dovesse essere rivisto dal Consiglio Direttivo dopo modifica da parte della commissione scientifica.

Il Presidente risponde che è stato inviato per pubblicazione ma gli viene fatto notare che non si è ricordato di doverlo ripresentare al CD. **Il Presidente** si scusa per l'invio del documento, assolutamente eseguito in buona fede, non ricordandosi della decisione presa in precedenza. Si adopererà per bloccarlo immediatamente e farlo ripassare per approvazione del Consiglio Direttivo.

R. M. D'Angelillo chiede se l'aumento, da 6 ad 8, del numero dei membri della Commissione Scientifica, sia stato deliberato dal Consiglio Direttivo.

Il Presidente risponde che tale decisione era stata presa da un CD precedente.

R. M. D'Angelillo fa notare che sul sito è riportato ancora il numero di 6 membri.

Il Presidente chiede alla Dott.ssa Cozzaglio di aggiornare il sito.

Il Presidente chiede di approvare la richiesta del gruppo di studio neuro-oncologico di aprire un profilo Twitter ed Instagram.

Il CD approva.

Essendosi protratta la riunione oltre il deciso si decide, all'unanimità, di discutere del congresso nazionale 2021 in un altro incontro

18.50, non essendoci altro su cui discutere la riunione si conclude.

VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 22 FEBBRAIO 2021

Il giorno 22 febbraio 2021 alle 15.00 si è svolta la riunione in via telematica del Consiglio Direttivo AIRO, con il seguente Ordine del Giorno:

| Orario | Argomento |
|--------|---|
| 15.00 | Inizio |
| | 1. XXXI Congresso Nazionale AIRO 2021 2. Varie ed eventuali Sono invitati, oltre ai Membri elettivi del CD, Il Presidente Eletto (R. Corvò), la Coordinatrice della Commissione Scientifica (B. Jereczek), il Rappresentante del SSD MED36 (V. Tombolini), del SNR (F. Lucà), la Segretaria del Presidente (D. Musio), il Segretario Amministrativo (G. Catalano), ER Congressi (Dr.sse L. Bagnara e M. Schiavello) |

Presenti:

Il Presidente -V. Donato

Il Presidente Eletto - R. Corvò

I membri eletti del Consiglio Direttivo - M. Buglione Di Monale e Bastia, R. M. D'Angelillo, L. Marafioti, M. Mignogna, R. Pacelli, G. Cartia, M. A. Gambacorta.

Rappresentante MED36 - V. Tombolini.

Rappresentante del SNR - F. Lucà

Segretario Amministrativo - G. Catalano

Segretario Presidenza - D. Musio

La coordinatrice della commissione scientifica - B. Jereczek

La segretaria AIRO - M. Cozzaglio

Dr.sse L. Bagnara e M. Schiavello

Si prende visione dell'ODG e se ne approvano gli argomenti. Alle 15.15 si apre la riunione.

Prende la parola il Presidente Eletto R. Corvo che saluta i presenti e cede la parola a B. Jereczek

1. XXXI CONGRESSO NAZIONALE AIRO 2021

B. Jereczek illustra i Topics del congresso. Sono 21 di cui due di AIRO Giovani.

Riferisce che è stato deciso di presentare degli argomenti ampi che possano consentire la partecipazione di un numero ampio di centri.

Su suggerimento di R. Pacelli, accolto da R. Corvò e dal Presidente, viene aggiunto un ulteriore topic "Genomica e Radioterapia".

Il DC approva i topics.

Si procede con la visualizzazione della proposta del programma del congresso che, se approvato dal CD, verrà presentato nella riunione allargata ai Coordinatori dei Gruppi di Studio, Coordinatori Regionali e Commissione Scientifica del 8/03/2021.

B. Jereczek ricorda che come per il 2020 è stato chiesto ai Gruppi di Studio di presentare le proposte per le sessioni.

Si è pensato inoltre di programmare 2 sessioni dedicate ai Gruppi Regionali. Si partirà venerdì 15 ottobre mattina con AIRO Giovani e nel pomeriggio si terranno le riunioni dei Gruppi di Studio. A seguire l'apertura del congresso con la sessione inaugurale e la lettura inaugurale.

Si continua con la visualizzazione delle sessioni e su suggerimento dei consiglieri si provvede ad apportare piccole modifiche linguistico-ortografiche.

R. M. D'Angelillo pensa che tutte le sessioni abbiano un taglio poco educativo.

Propone che venga istituito anche un Paper Lab che possa essere di ausilio ai giovani.

B. Jereczek e il **Presidente** ritengono la proposta del Paper Lab molto interessante e si dicono d'accordo.

B. Jereczek propone inoltre che per rendere più educazionali le sessioni si potrebbero strutturare in una prima parte più didattica e in una più "futuristica".

M. A. Gambacorta chiede come siano definite le tipologie di contributi delle sessioni.

B. Jereczek risponde che sono strutturate tutte allo stesso modo cioè sono composte da due letture e un abstract.

M. Buglione Di Monale e Bastia ritiene che essendo gli argomenti proposti prevalentemente tecnologici si debba in qualche modo, ove possibile, inserire riferimenti ad argomenti più clinici, come la gestione dei farmaci, per mantenere una visione clinica e non solo tecnologica.

Chiede se si possano avere dei feedback sui drug lab tenuti lo scorso anno. Concorda con **R. M. D'Angelillo** sul Paper Lab.

R. M. D'Angelillo suggerisce che si potrebbero declinare i titoli in maniera un po' più clinica e concorda con **M. Buglione**.

R. Corvò propone di strutturare le sessioni con un intervento introduttivo sintetico di 10 minuti sull' "evidence based in terapia integrata su quell'argomento e poi le due letture di genomica ed intelligenza artificiale.

M. A. Gambacorta propone di strutturare le sessioni in: "da dove veniamo-dove siamo- dove stiamo andando". In questo modo il primo tempo costituirebbe l'evidence based e la linea guida, il secondo l'evidence based più quello che si fa attualmente con la radiomica, genomica ed intelligenza artificiale, durante il terzo tempo si esplorerebbero le prospettive future.

B. Jereczek, M. Mignogna, M. Buglione, R. M. D'Angelillo concordano.

Si decide inoltre che i due Drug lab non siano sponsorizzati.

Il CD Approva la Time Table congressuale.

2. VARIE ED EVENTUALI

Endorsement AIRO

Il Presidente informa il CD che è pronto il documento che regola la richiesta di Endorsement AIRO.

Il documento sarà inviato al Consiglio con richiesta di rispondere entro il 25 febbraio per renderlo esecutivo dal 1 marzo.

R.M. D'Angelillo ritiene che, vista l'importanza del documento, il tempo concesso per la valutazione dovrebbe essere più lungo.

Il Presidente concorda e si definisce di aspettare il tempo necessario.

Documento IORT

Il Presidente informa che ha ricevuto un documento sulla IORT che è stato inviato alla CS.

AIRO Provider

Il Presidente informa che essendo AIRO diventata provider deve fornire ad AGENAS un piano di offerta formativa entro il 28 febbraio.

Con la collaborazione di **M. A. Gambacorta** sono stati coinvolti i Gruppi di Studio richiedendo di fornire delle proposte di webinar per l'anno 2021.

Inoltre **R. M. D'Angelillo** organizzerà FAD asincrona su due linee guida.

R. M. D'Angelillo chiede quale piattaforma sarà utilizzata e quali siano i costi.

M. A. Gambacorta risponde che le FAD sincrone possono andare su qualsiasi piattaforma le asincrone su una piattaforma che AIRO ha acquistato.

M. Cozzaglio informa che sia per i corsi sincroni che asincroni è stata prevista una specifica piattaforma.

M. Buglione chiede quale sia il rapporto con AIRO Servizi.

Il Presidente risponde che AIRO Servizi interverrà quando il corso è sponsorizzato.

R. M. D'Angelillo, M. Buglione e M. A. Gambacorta chiedono di capire bene i costi sostenuti da AIRO.

Il Presidente risponde che tutte le informazioni tecniche saranno presto messe a disposizione del CD.

Il Presidente informa che uno psico-oncologo ha richiesto di potersi iscrivere ad AIRO.

Il regolamento lo consente ma non è specificato quale sia la quota di adesione. Non avrà diritto di voto.

Si decide di far pagare una quota di 50 Euro e deve venir presentato da un socio AIRO.

18.50, non essendoci altro su cui discutere la riunione si conclude.



VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

22 MARZO 2021

Il giorno 22 Marzo 2021 alle 15.00 si è svolta la riunione in via telematica del Consiglio Direttivo AIRO, con il seguente Ordine del Giorno:

| Orario | Argomento |
|--------|--|
| 15.00 | Inizio |
| | 1. Corsi ECM AIRO 2021 2. Congresso Nazionale AIRO 2021 3. Linee guida 4. Endorsement AIRO 5. Censimento 6. Proposta di accorpamento del gruppo AIRO della Calabria al gruppo Puglia-Basilicata 7. Candidatura alle cariche 8. Progetto Ramsi 9. Varie ed eventuali Sono invitati, oltre ai Membri eletti del CD, Il Presidente eletto (R. Corvò), la Coordinatrice della Commissione Scientifica (B. Jereczek), il Rappresentante del SSD MED36 (V. Tombolini), del SNR (F. Lucà), la Segretaria del Presidente (D. Musio), il Segretario Amministrativo (G. Catalano), il Dr. F. Gilardenghi. |

Presenti:

Il Presidente -V. Donato

Il Presidente Eletto - R. Corvò

I membri eletti del Consiglio Direttivo - M. Buglione Di Monale e Bastia, R. M. D'Angelillo, L. Marafioti, M. Mignogna, R. Pacelli, G. Cartia.

Rappresentante MED36 - V. Tombolini.

Rappresentante del SNR - F. Lucà

Segretario Amministrativo - G. Catalano

Segretario Presidenza - D. Musio

La Coordinatrice della Commissione Scientifica - B. Jereczek

La segretaria AIRO- M. Cozzaglio

Assenti: M. A. Gambacorta

Si prende visione dell'ODG e se ne approvano gli argomenti.

Alle 15.05 si apre la riunione.

Prende la parola il Presidente e saluta tutti i presenti. Informa che ha richiesto la presenza del Dr. F. Gilardenghi per fornire tutte le informazioni relative ai corsi FAD al CD.

1. CORSI ECM AIRO 2021

Il Presidente ricorda che da febbraio u.s. AIRO è divenuta provider e quindi ha la possibilità di organizzare congressi in presenza, webinar sincroni ed asincroni accreditati ECM. Si è deciso che per quest'anno tutti i corsi siano gratuiti per i soci in attesa che il CD decida come comportarsi per il prossimo anno. Si è già provveduto ad inviare ad AGENAS il piano di offerta formativa per il 2021 entro il 28 febbraio. Visto le tempistiche molto strette è stato chiesto ai Gruppi di Studio di far pervenire delle proposte di eventi formativi entro la scadenza fissata e a R. M. D'Angelillo di organizzare una FAD su due Linee Guida. Il programma così definito prevede che il primo evento si svolga il 7 maggio e l'ultimo il 17 dicembre, tutti i venerdì, con esclusione del periodo estivo dal

10 luglio al 9 settembre e del periodo di svolgimento del Congresso Nazionale.

Le regole AGENAS prevedono per le FAD sincrone il riconoscimento di 1,5 crediti formativi/ora, l'evento non deve avere durata inferiore ad un'ora e si può dividere in più parti. Qualora venga fornito ai discenti del materiale educativo di approfondimento al termine dell'evento questo corrisponderà ad un automatico incremento del 50% del tempo del corso con relativo incremento dei crediti ECM riconosciuti.

L'evento dovrà essere inserito in piattaforma AGENAS 15 giorni prima se non sponsorizzato, 30 giorni prima se sponsorizzato non da case farmaceutiche, da 60 a 90 giorni prima se sponsorizzato da case farmaceutiche. Il numero massimo di partecipanti è di 250.

Il responsabile scientifico del corso deve far pervenire alla segreteria AIRO il modulo compilato con tutte le informazioni richieste dalla piattaforma AGENAS e i documenti necessari (curricula dei relatori, lettera conflitto di interessi, questionario di valutazione finale).

La segreteria inserirà i documenti nella sezione "eventi" del portale AGENAS e il corso sulla piattaforma FAD dove sarà anche riportato il link per accedere al corso su Zoom o altra piattaforma.

Per le FAD asincrone sarà accreditato 1 credito ECM/ora e rimarrà attiva per un anno. Valgono le stesse regole della "sincrona" per l'inserimento dell'evento sulla piattaforma AGENAS, per la gestione della documentazione e per numero massimo di partecipanti.

R. M. D'Angelillo chiede come si calcola il numero di ECM per i documenti caricati sulla piattaforma.

F. Gilardenghi risponde che si calcolano considerando che 36.000 caratteri spazi inclusi corrispondono ad un'ora di lettura ma ci sono dei bonus se si dichiara che la materia è complessa o se si fornisce materiale di approfondimento.

Informa che la nuova norma prevede che si debbano fare nel triennio formativo 2020-2022 150 crediti (non più 50 crediti/anno).

Il Presidente ringrazia F. Gilardenghi e illustra l'elenco completo degli eventi che costituiranno l'offerta formativa per il 2021.

Il Presidente chiede al CD di esprimere un parere sul lavoro fatto e sul comportamento da tenere circa eventuali quote di iscrizione e se riservare gli eventi ai soli soci o aprirlo all'esterno.

R. Corvò approva il programma e ritiene che, almeno per quest'anno, l'offerta vada riservata ai soli soci.

R. Pacelli e G. Cartia concordano con R. Corvò.

R. M. D'Angelillo chiede quale sia il costo per l'accredimento AGENAS di ogni singolo corso.

F. Gilardenghi spiega che il costo per corsi da 1 a 5 crediti fino a 500 partecipanti è di 258 Euro.

F. Lucà chiede se per i corsi uguali ripetuti si paghi una sola volta.

F. Gilardenghi risponde che si paga per tutte le volte che i corsi vengono tenuti anche se uguali.

R. M. D'Angelillo si dice d'accordo con il riservare l'accesso ai corsi ai soli soci gratuitamente e chiede a chi sia in capo lo sponsor prospectus nel caso di FAD sponsorizzato.

F. Gilardenghi risponde che per i corsi FAD, essendo molto limitato lo spazio da riservare allo sponsor, che di fatto si limita all'evidenza del logo o poco più, può tranquillamente occuparsene la segreteria.

M. Mignogna, L. Marafioti e M. Buglione concordano che i corsi siano gratuiti e riservati ai soci.

R.M. D'Angelillo ritiene che forse il carico di lavoro per il Coordinatore del Gruppo di Studio o per l'organizzatore scientifico potrebbe essere eccessivo.

F. Gilardenghi spiega che si può ricorrere a società esterne per la parte organizzativa anche se per piccoli eventi non conviene.

Il Presidente riferisce che si farà un incontro con i Coordinatori dei Gruppi di Studio per spiegare le regole dei FAD.

B. Jereczek concorda che per il primo anno i corsi siano gratuiti e riservati ai soli soci.

Il CD approva.

2. CONGRESSO NAZIONALE AIRO 2021

B. Jereczek illustra la proposta della timetable del Congresso con la definizione delle sessioni nel dettaglio e i nominativi dei relatori e moderatori.

R. Corvò specifica che essendoci alcune sessioni ancora in fase di preparazione la proposta presentata può ancora essere vista come interlocutoria e tutto potrà essere materia di discussione costruttiva.

F. Lucà lascia la riunione.

R. M. D'Angelillo ritiene che possa essere complicato fare una sessione di take-home messages per un Congresso come AIRO che generalmente è prevalentemente educativo non vede la presenza di novità scientifiche di rilievo.

B. Jereczek risponde che ha più il senso di una chiusura del Congresso e che lo scorso anno ha registrato un buon gradimento. Si può comunque dare maggior risalto alle comunicazioni orali e capire verso dove sta andando la ricerca in Italia. In ogni caso si rimette al giudizio del CD.

R. M. D'Angelillo ritiene che l'impostazione suggerita possa essere condivisibile.

Il CD approva la versione attuale in attesa della definizione delle sessioni non ancora complete.

3. LINEE GUIDA

R. M. D'Angelillo procede con un riepilogo della situazione linee guida. Ricorda che dopo i rilievi dell'Istituto Superiore di Sanità si sta provvedendo ad adeguare le Linee Guida alle richieste.

Nel frattempo quattro lavori scientifici, derivati dalla stesura delle linee guida, sono stati pubblicati.

Si deve decidere come comportarsi con le associazioni dei pazienti e come coinvolgere, nella parte di revisori, i soci di altre società scientifiche.

Altro problema è che ad agosto u.s., quando i quesiti erano 12 rispetto ai 6 attuali, già la segreteria aveva inviato l'invito a vari soci a ricoprire il ruolo di revisore. Pertanto risulta coinvolta nel progetto molta più gente di quanto attualmente serva. Si deve decidere cosa fare.

Informa che ha provveduto ad organizzare una riunione web con i Coordinatori dei Gruppi di Studio i cui nuovi quesiti GRADE sono stati approvati e una seconda con i soci AIRO che sono estensori AIOM.

Con questi ultimi si è verificato che i quesiti PIC presentati in AIRO non si riferissero ad argomenti scelti da AIOM per le proprie Linee Guida.

Propone che si faccia richiesta, in maniera ufficiale, alle varie società scientifiche coinvolte nelle nostre Linee Guida, di mettere a disposizione di AIRO dei loro referenti.

La richiesta deve essere ufficiale perché una eventuale risposta negativa, che impedirebbe a queste società di presentare per 3 anni Linee Guida, va registrata e notificata ad ISS.

R. Corvò ritiene che il problema sorga quando sono presenti più società che si occupano delle stesse patologie. Si deve decidere con quale criterio scegliere la società scientifica alla quale chiedere collaborazione.

Il Presidente chiede conferma che attualmente all'ISS sia stata mandata solo la Linea Guida sulla vescica e chiede a che punto siano le altre.

R. M. D'Angelillo risponde di sì. Si è pensato di modificare intanto quella sulla vescica e di procedere in un secondo momento alla modifica delle altre otto.

Il Presidente chiede cosa vada fatto per le otto non ancora presentate

R. M. D'Angelillo risponde che G. Pappagallo deve modificare la parte metodologica e lui insieme a S. Arcangeli dovranno riscriverle.

Il Presidente ritiene che sicuramente si debba dare priorità alle otto Linee Guida in fase di rifacimento.

Esprime comunque preoccupazione riguardo la tempistica nonostante la consapevolezza che quanto richiesto da ISS comporti un importante lavoro. Solleciterà G. Pappagallo a dare uno slancio deciso al lavoro.

R. M. D'Angelillo chiede che le pubblicazioni relative alle Linee Guida vengano inserite sul sito AIRO.

V. Tombolini concorda.

Il Presidente dichiara che si incaricherà di contattare i Presidenti delle altre società scientifiche e le associazioni dei pazienti per le nuove Linee Guida.

R. M. D'Angelillo ritorna sul problema del numero alto di estensori già invitati a partecipare alla stesura delle nuove Linee Guida e che andranno ridotti del 50%.

Il Presidente risponde che si parlerà e spiegherà con franchezza ai colleghi che la programmazione, alla luce della risposta di ISS, per le nuove Linee Guida, è stata ottimistica e che il loro nominativo sarà tenuto in considerazione in seguito.

V. Tombolini chiede a chi spetterà il compito di ridurre e quindi decidere i nuovi nominativi degli estensori.

Il Presidente risponde che potrebbe essere R. M. D'Angelillo o il CD a decidere.

V. Tombolini e **R. Corvò** ritengono che sia più corretto che siano i Coordinatori dei Gruppi di Studio a decidere.

R. M. D'Angelillo concorda che possa essere il Coordinatore in carica, ma tra poco uscente, ed il nuovo Coordinatore a proporre i nomi fermo restando che il CD debba farsi carico di decidere la modalità di comunicazione verso le persone che saranno escluse.

Il Presidente concorda che i Coordinatori decidano i nuovi nomi che verranno sottoposti nuovamente al CD.

R. M. D'Angelillo concorda e propone che sia il CD a decidere i nominativi dei colleghi delle altre società.

D. Musio ritiene i gruppi possano comunque proporre dei nominativi di colleghi afferenti ad altre società scientifiche particolarmente vicini alle problematiche delle singole patologie e che si possa fare richiesta alle società scientifiche esterne dello specifico loro socio.

R. M. D'Angelillo concorda anche perché, qualora anche la società scientifica esterna dovesse fornire un nominativo differente da quello richiesto nessuno vieta che si possano coinvolgere entrambi.

V. Tombolini e **R. Corvò** concordano valutando che i colleghi esterni, a noi vicini, saranno più collaborativi.

D. Musio chiede quale sia la deadline per l'invio dei nuovi collaboratori.

Il Presidente risponde che si farà entro un mese.

4. ENDORSEMENT AIRO

B. Jereczek chiede che venga discusso il regolamento dell'endorsement già inviato all'attenzione del CD. In particolare che il CD si esprima sulla proposta di V. Tombolini di concedere l'endorsement solo ai lavori in programma di essere inviati a riviste ad alto impact factor e alla proposta di suggerire di affiancare un rappresentante della Commissione Scientifica o del CD dall'inizio per i lavori di una certa importanza.

R. Corvò ritiene che sia difficile sapere in anticipo quale sarà la rivista che effettivamente, nonostante le speranze degli autori, accetterà i lavori e quindi non è conveniente mettere un limite di impact factor.

V. Tombolini concorda.

V. Tombolini in merito al suggerimento di affiancare un rappresentante della CS o CD non ritiene di concordare. Della stessa opinione sono **R. Corvò**,

R. M. D'Angelillo, M. Buglione e R. Pacelli.

Si decide pertanto di soprassedere alla proposta.

Il CD approva.

5. CENSIMENTO

Il Presidente ricorda che si era deciso di censire il numero di pazienti trattati con modalità curativa con patologia del Testa-collo, della cervice, della prostata e del polmone.

Ad occuparsene saranno M. Mignogna G. Cartia e M. Buglione.

M. Mignogna illustra un documento preparato con le indicazioni da inviare ai direttori dei centri.

I dati raccolti dovranno essere, possibilmente, validati dalle direzioni sanitarie

G. Catalano chiede se i trattamenti di brachiterapia, effettuati a completamente del trattamento con fasci esterni, debbano essere segnalati dal centro che esegue il trattamento a fasci esterni e poi invia il paziente per la brachiterapia presso altro centro o dal centro che effettivamente effettua la Brachiterapia. Chiede inoltre se verrà inviata una scheda raccolta dati.

M. Mignogna risponde che sarà il centro che esegue il trattamento brachiterapico a censire il paziente

M. Buglione risponde che verrà inviato un foglio Excel di raccolta dati

M. Mignogna continua dicendo che la segreteria invierà il foglio raccolta dati ai direttori.

Il Presidente accoglie la proposta di M. Buglione di chiedere preventivamente ai direttori di struttura l'adesione al progetto. Questo darebbe la misura di quanto valga la pena di proseguire con il progetto.

R. Corvò non ritiene che chiedere la disponibilità raggiunga lo scopo di valutare preventivamente la reale intenzione di partecipare. Probabilmente non molti direttori semplicemente non risponderanno. Forse sarebbe meglio coinvolgere i Coordinatori dei Gruppi Regionali.

M. Mignogna concorda con R. Corvò.

R. Pacelli pensa che sia meglio mandare direttamente la lettera ai direttori senza chiedere preventivamente la disponibilità.

R. Corvò pensa che sia meglio mandare un avviso ai Coordinatori dei Gruppi Regionali con l'informazione della partenza dell'iniziativa e subito dopo ai direttori.

Il Presidente accetta la proposta.

Il CD approva.

6. PROPOSTA DI ACCORPAMENTO DEL GRUPPO AIRO DELLA CALABRIA AL GRUPPO PUGLIA-BASILICATA

L. Marafioti chiede, d'accordo con i rappresentanti delle altre regioni, che il gruppo AIRO della Calabria venga unito al gruppo Puglia-Basilicata.

R. Corvò spiega che il Coordinatore Regionale della Calabria e quello di Puglia-Basilicata devono fare pervenire la richiesta ufficiale al CD insieme al nuovo statuto.

7. CANDIDATURE ALLE CARICHE

R. Corvò ricorda che quest'anno scadrà la candidatura di quattro consiglieri. I Coordinatori dei Gruppi Regionali e ai consiglieri uscenti dovrebbero fornire delle proposte di candidature.

I candidati proposti dovrebbero, oltre che avere una provenienza che rispetti un equilibrio geografico, essere dei soci che hanno vissuto attivamente la vita societaria avendo ricoperto, per esempio, in passato altre cariche o ricevuto incarichi istituzionali.

A tal proposito, per quanto riguarda l'elezione del Presidente ricorda che da vent'anni si è rispettata, in maniera più automatica che ragionata, un'alternanza per questa carica tra soci universitari e soci ospedalieri.

Leggendo l'articolo 2 dello statuto si apprende che il Presidente deve tutelare il socio in tutta la sua interezza, da un punto di vista professionale, scientifico, di difesa della disciplina e dei rapporti interdisciplinari.

Quello che vent'anni fa era nato sulla logica di fare un'alternanza in un modo matematico oggi può non essere fattibile. Può succedere infatti che un socio venga candidato quando è ospedaliero e poi diventi universitario. Esprime quindi un'opinione, non solo sua ma anche di altri colleghi sia universitari che ospedalieri, che, premesso che come da statuto ogni socio possa candidarsi a Presidente, ci debba essere non un'alternanza rigida. In AIOM per esempio la carica di Presidente è stata ricoperta per tre mandati da ospedalieri che fanno gli interessi di tutti. Nello statuto AIRO non c'è scritto che ci deve essere un'alternanza come invece in AIOCC dove l'alternanza delle cariche è stabilita da statuto.

Pertanto propone che per il futuro non ci sia un'alternanza fissata a priori e che magari si proponano più candidature come fu per Elvio Russi e Frezza e che si decida sulla base del merito.

V. Tombolini crede che la presenza di più candidati sia garanzia di una sana competizione indipendentemente dal ruolo dei candidati stessi. E' garanzia di maggiore libertà per il socio.

R. Pacelli concorda con V. Tombolini.

Il Presidente ricorda che storicamente sono stati gli universitari ad essere candidati unici e non gli ospedalieri con unica eccezione del suo caso.

V. Tombolini risponde che non è una questione di universitari o ospedalieri ma di figure professionali. Si tratta di pensare alle persone e alla sana competizione.

Il Presidente chiede se questa discussione non sia prematura.

V. Tombolini risponde che non lo è perché con l'insediamento di R. Corvò a Presidente si deve pensare ad un altro nominativo come Presidente eletto.

Il Presidente ricorda che per quest'anno il nome proposto già discusso in più ambiti è quello di Cinzia Iotti ma se si vuole candidare qualcun altro è liberissimo di poterlo fare. Se si vuole decidere di proporre un'altra modalità di candidatura alla presidenza, occorrerà parlarne specificatamente. A tutt'oggi, secondo le consueta modalità di buone maniere, abbiamo il nominativo di una candidata di estrazione ospedaliera.

R. Corvò dichiara di non avere nessuna riserva sulla persona di Cinzia Iotti che ritiene un'ottima radioterapista e ricorda come sia stata la prima in Italia a fare l'IMRT, ma chiede per quale motivo debba rimanere quest'alternanza rigida.

Il Presidente ritiene che se si deve ragionare sulla figura del Presidente sia necessario un Consiglio interamente dedicato a questo. Ritiene inoltre che questo discorso si sarebbe dovuto fare lo scorso anno o si potrebbe fare il prossimo. Ormai si sono fatte delle azioni e fatte delle proposte seguendo la vecchia formula. Se si vuole cambiare si dovrà fare una discussione in un altro momento. Rimane il fatto che chi si vuole candidare si possa liberamente candidare.

V. Tombolini ribadisce che semplicemente bisogna abbandonare la logica delle alternanze e favorire le candidature multiple per dare maggior risalto alle personalità valide.

Il Presidente risponde che è ovvio che in una società vi sia libertà di porre le candidature e che i soci siano liberi di scegliere.

V. Tombolini dice che allora sono tutti d'accordo.

Il Presidente richiede che se si deve cambiare la consuetudine ciò debba essere fatto in una maniera serena e correttamente impostata.

M. Mignogna dice che garantire la partecipazione più ampia possibile è il traguardo da raggiungere. Come consigliere del gruppo Tosco-Umbro, anche se i soci umbri erano minoranza, è sempre stata garantita l'alternanza del coordinatore. Le riflessioni di R. Corvò sono da rispettare ma si deve essere cauti nel modificare una consuetudine che ha garantito finora la tutela di tutte le "anime" della società (università, mondo della ricerca ed ospedali). Si può anche discutere quest'alternanza purchè nel rispetto di tutti i soci.

R. M. D'Angelillo concorda con M. Mignogna che non esista più un noi o un voi ma un noi che possa portare avanti la società scientifica qualunque sia la provenienza. Si deve ragionare sui profili dei candidati e non fossilizzarsi sulle vecchie consuetudini.

M. Buglione ritiene che si debba focalizzare l'attenzione sul fatto che, da Statuto, il Presidente faccia l'interesse per tutti i soci. E' questa l'unica garanzia di tutela per tutti. E' necessario focalizzarsi sulle qualità della persona e non sulla provenienza.

R. Pacelli crede che si debba capire perché si sia instaurata questa consuetudine. Se in passato sia stato fatto da parte di alcuni gruppi per corporativismo. Per esempio gli universitari avendo gli specializzandi iscritti all'AIRO avevano più numeri degli ospedalieri. Ora, anche se in passato fosse successo questo, ormai non esiste più questa situazione di contrapposizione.

R. Corvò ricorda che i numeri degli ospedalieri sono più alti di quelli degli universitari anche se votano meno. Si rimanda l'argomento.

8. PROGETTO RAMSI

Il progetto Ramsi riguarda la percezione da parte del paziente della qualità offerta in radioterapia.

Viene richiesta, da parte del Prof. V. Valentini, l'autorizzazione del CD a presentare ai direttori delle Radioterapie, attraverso un Webinar, i risultati di un progetto pilota che ha coinvolto 8 centri Italiani.

Il CD approva.

R. Corvò chiede che nel prossimo CD si parli delle tempistiche del prossimo Congresso.

18.50, non essendoci altro di cui discutere la riunione si conclude.



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202149>

Entrata in vigore del **REGOLAMENTO 536/2014** in tema di sperimentazione clinica di medicinali per uso umano: *scenari vecchi e nuovi in Medicina Nucleare*



Maria
Cristina
Marzola

Sulla gazzetta ufficiale dell'Unione europea del 27 maggio 2014 è stato pubblicato il Regolamento in tema di sperimentazione clinica di medicinali per uso umano (Regolamento UE n. 536/2014) **(1)**, che sostituisce la direttiva 2001/20/CE **(2)**. La sua applicazione è ancora attesa (prevista per il 2022), in quanto subordinata all'attivazione di un portale unico UE europeo cui presentare le richieste. Lo scopo del nuovo

regolamento è stato quello di colmare una serie di carenze normative, tramite la creazione di un quadro uniforme per l'autorizzazione degli studi clinici da parte di tutti gli stati membri. Se da un lato, infatti, la direttiva 2001/20 aveva introdotto dei miglioramenti in tema di sicurezza e di validità etica delle sperimentazioni cliniche, dall'altra ha visto un incremento dei costi, degli obblighi amministrativi e del tempo medio d'attesa, con una riduzione delle domande di sperimentazione del 25% dal 2007 al 2011. I radiofarmaci utilizzati in Medicina Nucleare a scopo diagnostico e terapeutico sono considerati farmaci a tutti gli effetti e sono di conseguenza dipendenti dalla legislazione che norma questi ultimi, compresa quella relativa alla sperimentazione.

Il Regolamento 536/2014 ha apportato modifiche sia generali che più specifiche nel contesto della sperimentazione con radiofarmaci.

Le modifiche generali sostanziali sono sostanzialmente rappresentate dalle seguenti:

- Si tratta di un regolamento (e non più di una direttiva), quindi di una procedura "self-executing", per la quale non è previsto nessun atto di recepimento od attuazione nazionale (pur se non sarà possibile evitare del tutto l'intervento locale, per non venire in contrasto netto con le normative nazionali)

Presidente
ORAZIO SCHILLACI

Vice Presidente
ANTONIO GARUFO

Tesoriere
ANTONIO GARUFO

Segretario Nazionale
BARBARA PALUMBO

*Coordinatore
Delegati Regionali*
ALFREDO MUNI

*Coordinatore
Gruppi di Studio*
LAURA EVANGELISTA

*Coordinatore
Comitato Scientifico*
MARIA LUCIA CALCAGNI

Responsabile Area Medica
MARIA CRISTINA MARZOLA

- Prevede un portale unico UE, gestito dalla Commissione Europea, per la presentazione delle domande di sperimentazione, che consentirà la gestione centralizzata, evitando i “doppioni” e le richieste sovrapponibili.
- Prevede una cospicua riduzione dei tempi di autorizzazione, riconoscendo un “promotore” della sperimentazione, che presenta il dossier e identifica un “Reporting Member State” che valuterà la proposta e ne autorizzerà di fatto l’esecuzione o meno entro 45 giorni.
- Richiede una centralizzazione della revisione etica degli studi, per cui ogni stato membro, per partecipare alle sperimentazioni, deve allineare la tempistica e le procedure per la valutazione dei Comitati Etici.
- È prevista la possibilità di co-sponsorizzazione di un progetto di studio da parte di un promotore che può delegare in parte o “in toto” i suoi compiti a una persona fisica, a una società, a un’istituzione o a un organismo.
- Consente una maggiore trasparenza sullo svolgimento degli studi, dalla loro autorizzazione fino ai risultati, con pubblicazione anche di una sintesi di questi ultimi in linguaggio semplice, per consultazione dal pubblico.
- Introduce il concetto di “sperimentazione a basso livello d’intervento”, che consente una valutazione più rapida e termini assicurativi più agevoli e meno onerosi per procedure sperimentali che prevedano solo un minimo rischio aggiuntivo rispetto a quando il farmaco sia usato nelle indicazioni d’uso autorizzate, o in conformità con l’autorizzazione all’immissione in commercio (AIC), o sulla base di robusta evidenza scientifica pubblicata.

Pur rientrando nel grande gruppo dei “farmaci”, i radiofarmaci mostrano alcune innegabili peculiarità, di cui bisogna tener conto e che riguardano in particolare la loro natura radioattiva (per cui sono assoggettati anche alla normativa sulla radioprotezione, Decreto Legislativo 101/2020, recentemente emanato come attuazione di Euratom 2013), la loro validità “limitata” nel tempo, legata all’emivita del loro radionuclide, il tipo di attività che essi esplicano, poiché di fatto il “principio attivo” è la radiazione stessa, e le quantità somministrate, decisamente molto piccole. Questo ha richiesto, nel tempo, la definizione di specifiche regole sia per caratterizzare l’ambiente di preparazione dei radiofarmaci stessi in strutture sanitarie (Radiofarmacia), sia per assicurare la qualità delle preparazioni. A livello europeo esistono norme comunitarie di buona fabbricazione dei radiofarmaci (Good Manufacturing Practices, GMP), caratterizzate da un’estrema

complessità, poiché richiedono come responsabile del processo produttivo una “qualified person” certificata, personale con elevata competenza e con distinzione per ogni lotto fra gli addetti alla produzione e al controllo di qualità, particolari requisiti strutturali, nonché un complesso sistema di tracciabilità, documentazione ed etichettatura. Nell’agosto del 2009 sono entrate in vigore in Italia (dopo pubblicazione su Gazzetta ufficiale del 2005) **(3)** le Norme di Buona Preparazione dei Radiofarmaci in Medicina Nucleare (NBP-MN), le quali sostanzialmente si basano sugli stessi principi di qualità delle GMP in termini di assicurazione della qualità ma con modalità operative e richieste strutturali un po’ meno impegnative e sistema burocratico meno pesante, quindi più facilmente implementabili, specie in ambito ospedaliero.

Nel contesto legislativo che precedeva il regolamento 536, secondo l’articolo 13 della direttiva 2001/20 sia le sperimentazioni “profit” che “no profit” con radiofarmaci richiedevano l’applicazione di GMP ed erano dipendenti da autorizzazione dell’autorità competente (AIFA). Con l’art. 16 del dl.vo 200/2007 **(4)**, il legislatore italiano ha tuttavia, concesso (in deroga al DLg 2001/20), nel contesto di strutture ospedaliere pubbliche od equiparate ed istituti di ricerca e solo per sperimentazioni “no profit” e per prodotti utilizzati nella struttura di produzione e in quelle partecipanti allo stesso trial multicentrico, la preparazione di radiofarmaci sperimentali senza necessità di GMP, operando cioè secondo le norme vigenti per la preparazione dei radiofarmaci sperimentali, quindi, di fatto, tramite le NBP.

La 536/2014 rappresenta il primo riferimento normativo europeo in cui viene riconosciuta la particolare natura dei radiofarmaci e in cui, almeno in parte, le disposizioni per essi divengono peculiari. Il nuovo regolamento richiede, infatti, la necessità di autorizzazione e di produzione in GMP (con tutti gli oneri che questo comporta) per la fabbricazione dei medicinali sperimentali, ma prevede una deroga per alcune categorie, fra cui proprio i Radiofarmaci, per i quali è quindi concessa l’applicazione delle normative dello stato membri interessato (in Italia, le NBP). La deroga non viene però concessa per tutti i radiofarmaci ovunque prodotti, ma soltanto per quelli che verranno utilizzati a scopo “diagnostico” (e non a quelli che saranno invece usati a scopo terapeutico), solo se prodotti in strutture ospedaliere o similari dotate di radiofarmacia che produca in NBP, senza scopo di lucro, e siano utilizzati nella struttura di produzione o in

strutture ospedaliere o centri clinici o di ricerca che rientrino nel medesimo trial clinico, alle quali devono essere fornite gratuitamente (Art. 61, Art. 63). La stessa deroga è prevista per le etichettature dei prodotti, nelle quali gli Art. 67 e 68 prevedono delle semplificazioni per i radiofarmaci sperimentali rispetto agli altri (per il quali risultano assai complesse).

L'attuazione del nuovo regolamento apre sicuramente uno scenario innovativo nella sperimentazione con radiofarmaci, rappresentando un'opportunità da sfruttare, senza, tuttavia, rispondere a tutti gli unmet clinical needs, da cui la necessità di individuare una serie di criticità su cui gli stakeholders possano intervenire. Indubbiamente la deroga da GMP e la possibilità di produrre radiofarmaci diagnostici in NBP nelle radiofarmacie ospedaliere e di consentirne la fornitura gratuita a tutti i partecipanti dello studio rappresenta un vantaggio per gli studi "no profit". Teniamo comunque conto che questo non vale per i radiofarmaci ad uso terapeutico (che stanno assumendo invece un'importanza sempre maggiore in ambito medico nucleare, grazie alle tecniche di teragnostica e alla possibilità attuale di eseguire un maggior numero di terapie radiometaboliche senza necessità del ricovero protetto), per i quali viene mantenuto l'obbligo delle GMP, e che implementare le GMP in ambito ospedaliero è molto complesso e dispendioso, in termini di dispositivi e personale. Un importante vantaggio è anche rappresentato dallo snellimento delle procedure secondo il concetto di "basso

livello d'intervento", poichè svariate sperimentazioni in campo medico-nucleare potrebbero verosimilmente rientrare in questo gruppo. Certamente, non è chiaro il ruolo delle industrie (che non rientrano fra le categorie che possano sviluppare radiofarmaci sperimentali senza GMP, nemmeno di tipo diagnostico); si può probabilmente prevedere lo sviluppo di possibilità di intervento commissionando uno studio clinico ad una struttura sanitaria, o co-sponsorizzandolo. Particolare importanza avrà inoltre, nel contesto italiano, il problema della centralizzazione dei comitati etici, che in Italia sono attualmente 90; i decreti attuativi della legge Lorenzin 2018 (5), che avrebbero dovuto ridurli a 40, non sono ancora entrati in vigore, e vi è dunque un rischio di incompatibilità, all'entrata in vigore della 536.

In questo contesto, sarà mandatorio un'ulteriore intensificazione della collaborazione del medico nucleare con altre figure professionali (radiochimici, radiofarmacisti). Un ruolo essenziale sarà, inoltre, verosimilmente giocato dalle Società scientifiche, nel favorire l'interdisciplinarietà e in termini di interlocuzione con le istituzioni (AIFA, Ministero della Salute) e con le industrie (favorendo l'instaurarsi di relazioni, anche contrattuali con le strutture sanitarie), nonché di promozione/organizzazione di trials clinici, anche co-sponsorizzati e anche con un unico Promotore e più protagonisti, definendo la partecipazione di questi ultimi attraverso rigidi standard metodologici. ■

BIBLIOGRAFIA

- 1) Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE. Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea, L.158, del 27 maggio 2014.
- 2) Direttiva 2001/20/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 aprile 2001, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 184 del 9 agosto 2003 – Supplemento ordinario n. 130.
- 3) DECRETO 30 marzo 2005 Approvazione e pubblicazione del I supplemento alla XI edizione della Farmacopea ufficiale della Repubblica italiana. (GU Serie Generale n.168 del 21-07-2005).
- 4) Decreto LEGISLATIVO 6 novembre 2007 n. 200: Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali. (GU Serie Generale n.261 del 09-11-2007 - Suppl. Ordinario n. 228).
- 5) LEGGE 11 gennaio 2018, n. 3: Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. (GU Serie Generale n.25 del 31-01-2018).

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202150>



Marica
Garganese

Medicina Nucleare Pediatria: *il bambino al centro di un lavoro di squadra*

Ho accolto con entusiasmo la proposta dell'amico Alfredo di raccontare l'attività di un reparto di MN dedicato solo ai bambini. Alla mia risposta affermativa mi ha mandato un saluto a suon di "Pizzica" per le nostre comuni origini salentine.

Ecco... lavorare con i bambini è come ballare la Pizzica, un lavoro incessante che ti sfinisce ma che ti lascia un senso di grande gratificazione.

Sono circa vent'anni che lavoro nell'unico centro italiano di Medicina Nucleare esclusivamente dedicata ai bambini, più di dieci che lo dirigo...

Non c'è stato un solo giorno in cui non ho percepito la grande responsabilità di dovermi confrontare con i genitori, di rispondere alle loro ansie con una rassicurazione o con un abbraccio ideale, a volte anche reale, per accogliere lo sconforto.

Ha detto Michael Jordan: "Il talento vince le partite, ma il lavoro di squadra e l'intelligenza vincono i campionati". Nel nostro reparto questo si sperimenta tutti i giorni. La possibilità di fare quello che si deve fare, sempre allo stesso ritmo, è merito di un grande lavoro di squadra.

Si... perché ai bambini non basta entrare in un reparto "decorato", devono percepire il clima giusto, devono sentirsi accolti e rassicurati; i collaboratori devono costruire un habitat umano che ridimensiona l'asetticità di un reparto ospedaliero. E la nostra è tutti i giorni una sfida di squadra a che tutto questo si ripeta senza deflessioni...con lo scopo di arrivare all'obiettivo evitando sedazione ed anestesie generali su bambini che sono

costretti a farne tante in altri ambiti. E la squadra deve lavorare nella stessa direzione nel rispetto della qualità.

Qualità per i bambini è sicuramente un esame condotto bene ma non solo. E' anche il rispetto della loro sfera, l'attenzione a non far provare dolore che è senza dubbio quello fisico ma anche quello emotivo, quello che gli impedisce di collaborare. E' l'attenzione, che è anche un dettame legislativo, a ridurre al minimo la radioesposizione. E per farlo bisogna mettere in atto, a parte la scrupolosa osservazione delle linee guida e delle raccomandazioni delle Società Scientifiche, anche la collaborazione con la Fisica Sanitaria che lavora al nostro fianco e ci aiuta a controllare che tutto sia fatto nel modo più accurato possibile. E il modo più accurato si realizza senza mai abbassare la guardia sull'efficienza delle strumentazioni (calibratore di dose, gammacamera), sull'adeguamento dei protocolli in relazione all'evoluzione tecnologica tenendo conto dell'età e del peso, sul rispetto dell'LDR, sull'implementazione degli studi dosimetrici. Un gran lavoro fatto di tempo impiegato e di collaborazione.

L'altro aspetto, anche più impegnativo, della nostra disciplina è la terapia radiometabolica. Fino al 2013 il nostro reparto era un piccolo servizio di diagnostica, tutta la diagnostica, ma soltanto quella. Nel 2013, quando il reparto è stato ristrutturato e adeguato alle norme vigenti, l'attività è stata anche implementata con un letto per la terapia, con l'attenzione di progettare un ambiente che accogliesse anche il genitore.

Contestualmente all'inizio dei lavori di ristrutturazione ha avuto inizio un intenso studio insieme ai colleghi della Fisica Sanitaria per essere in grado di cominciare a trattare i bambini, avendo

messo a punto tutto quello che era necessario per eseguire la dosimetria. Questo perché non è pensabile, a mio avviso, dopo tanti anni di lavoro solo con i bambini, non avere un quadro completo del trattamento, risvolti dosimetrici inclusi.

Il nostro lavoro quindi si è orientato sempre in questa direzione, sfruttando la diagnostica per avere contezza di che estensione di malattia andiamo a trattare e la dosimetria per verificare che abbiamo fatto il meglio per il bambino e pianificare il proseguimento per eventuali terapie successive, oltre che, con l'avvento del D.Lgs 101, di aver risposto all'indicazione normativa. Anche in questo caso l'impegno è necessariamente massimo e richiede da parte del personale una dedizione e una formazione che non ammette deflessioni.

Fare uno studio dosimetrico, con le immagini, i prelievi e i conteggi al corpo intero a ogni bambino che viene trattato è un impegno, da parte di tutti, veramente grande, oltre che una mole di lavoro e di radioesposizione per il personale tecnico che deve ottenere la collaborazione del bambino per eseguire tante immagini, spesso tomografiche. Significa inoltre fare tutto questo ottenendo la collaborazione dei genitori e portarli ad aiutare il personale, senza caricarli dell'ansia per la buona riuscita. Significa preoccuparsi della vita di relazione del bambino e fare in modo che possa tornare alla sua vita normale, con gli amici nel più breve tempo possibile...

Non è semplice riuscire ogni giorno ad ottenere i migliori risultati possibili. Ed è triste, per chi si dedica al lavoro con così

tanta dedizione imbattersi in esami fatti male, in referti scritti peggio, in somministrazioni di attività che non trovano riscontro in nessuna delle indicazioni...

Diceva Mark Twain "Ci sono due tipi di persone. Quelle che fanno le cose e quelle che affermano di averle fatte. Il primo gruppo è decisamente meno affollato".

Forse per lavorare con i bambini, e solo con i bambini, non basta dire di fare le cose, bisogna averle fatte e bisogna continuare a farle sempre nel modo migliore, sempre con l'attenzione massima, sempre con persone motivate.

E allora ... ■



*Se vuoi costruire una barca,
non radunare uomini per tagliare legna,
dividere i compiti e impartire ordini,
ma insegna loro la nostalgia
per il mare vasto e infinito.*

(ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY)

31

1

DA UN TRIMESTRE ALL'ALTRO



Disponibilità sul territorio e (presunta) obsolescenza delle apparecchiature di risonanza magnetica

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202151>



Francesco Campanella

Periodicamente la stampa nazionale accende la propria attenzione sul parco tecnologiche delle apparecchiature di diagnostica per immagini utilizzate a scopo medico, al fine di commentarne il presunto stato di vetustà: la denuncia dello stato di obsolescenza di un cospicuo campione dei tomografi di risonanza magnetica (RM) installati sul territorio nazionale ha – in particolare suscitato recentemente una grande preoccupazione.

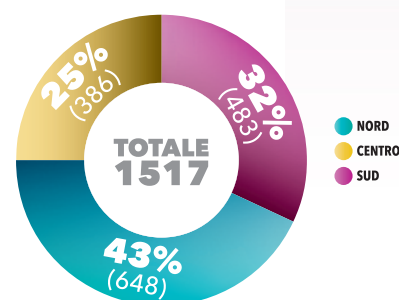
Con la presente nota, si intende fare chiarezza su quale sia l'effettivo stato dell'arte delle nostre apparecchiature, al fine di fornire al lettore uno strumento interpretativo della situazione in atto, da utilizzare in autonomia, rifuggendo da facili clamori e concentrandosi sulla fredda realtà numerica di studi di settore all'uopo condotti.

I dati attuali (febbraio 2021) inerenti la disponibilità della tecnologia RM sul territorio nazionale, come desumibili dalla banca dati dell'Inail, che la utilizza per la finalità connessa col ruolo di autorità competente assegnatogli sin dal 1994 per il tramite di uno specifico decreto del Presidente della Repubblica, vengono di seguito riassunti (sono a disposizione dell'Istituto anche i singoli dati regionali).

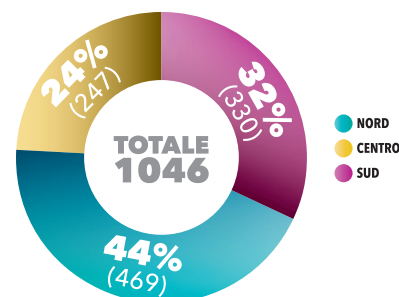
In questa prima figura si può verificare quale sia la distribuzione geografica sul territorio nazionale delle apparecchiature destinate alla diagnostica clinica "body", ripartite per aria geografica e, anche andando a verificare i dati delle singole regioni (qui non riportato per brevità), si può desumere una significativa disponibilità tecnologica su tutto il territorio nazionale, con un numero di apparecchiature che è complessivamente cresciuto in modo abbastanza costante nell'ultimo quinquennio (con un incremento annuo variabile fra le 50 e le 70 nuove macchine, delle quali circa un terzo destinato a sostituzione di apparecchiature precedentemente installate).

Nella seconda immagine, qui sopra riportata, viene specificato il focus relativo alla sola tipologia di tomografo RM considerato oggi quale elemento di "elezione clinica", quello a magnete superconduttore da 1.5 tesla. Questa apparecchiatura utilizza un campo magnetico statico di livello medio alto, il quale consente grande versatilità di utilizzo garantendo sempre una ottima qualità dell'immagine: non casualmente resta la più diffusa e la più installata (+ 14% nell'ultimo triennio).

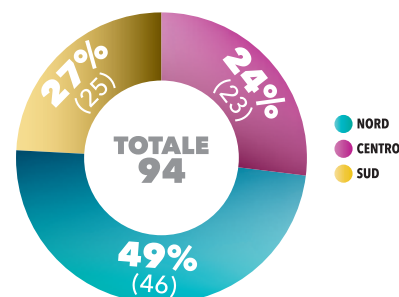
Nella terza figura – qui sopra rappresentata - si può invece valutare la distribuzione sul territorio nazionale delle apparecchiature di campo magnetico elevato (tipica-



RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DEL NUMERO COMPLESSIVO DI APPARECCHIATURE RM TOTAL BODY INSTALLATE (26.02.2021)



RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DELLE APPARECCHIATURE RM TOTAL BODY CON MAGNETE SUPERCONDUTTORE E CAMPO MAGNETICO STATICO PARI A 1,5 TESLA (26.02.2021)



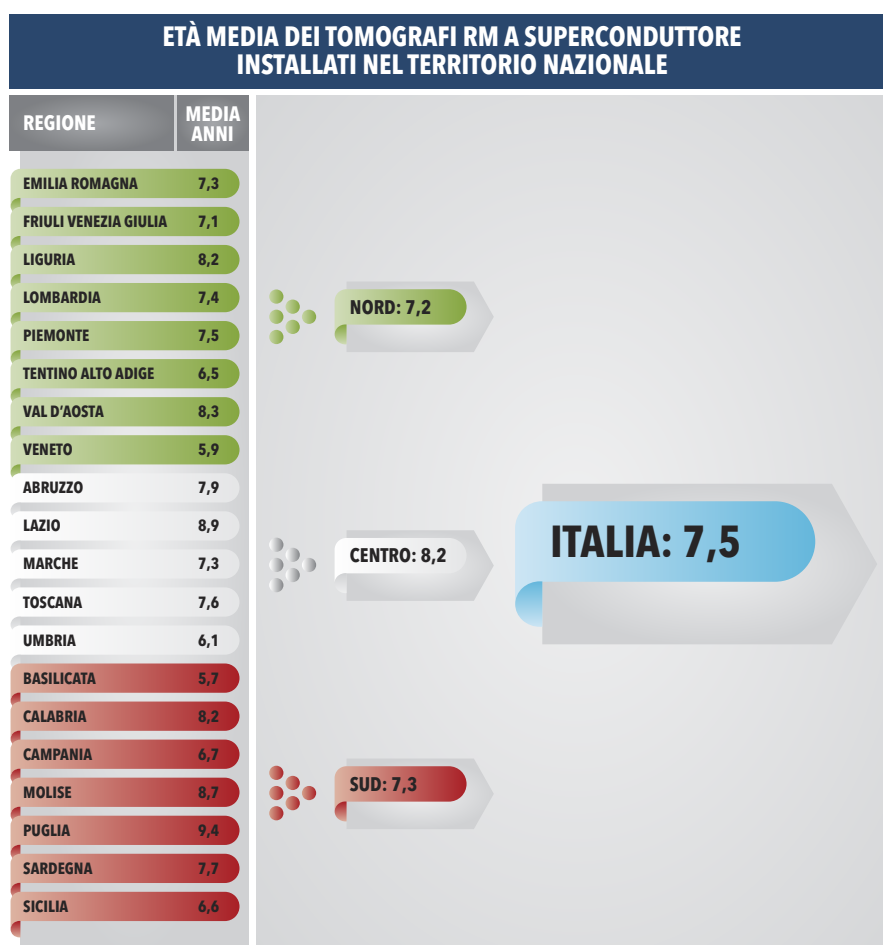
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DEL NUMERO DI APPARECCHIATURE RM CON CAMPO MAGNETICO STATICO > 2 TESLA (26.02.2021)

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

mente tomografi da 3 tesla, comunque sempre maggiori di 2 tesla), le quali non risultano ancora così largamente diffuse solo perché la normativa nazionale - fino all'agosto del 2016 - ne impediva l'utilizzo in routine clinica, e le riservava esclusivamente per compiti di ricerca, limite di utilizzazione che l'Italia è stato l'ultimo Paese europeo ad abbattere.

La rincorsa all'aumento del numero di tesla è motivato sia con la possibilità di velocizzare gli esami diagnostici, e sia con la possibilità di avere immagini particolarmente ricche di informazioni, e quindi adatta all'investigazione di quesiti diagnostici anche complessi riguardanti un gran numero di distretti corporei. In realtà, dopo il cambio di normativa attuato nel 2016, si poteva pensare ad un incremento ancora maggiore del numero di apparecchiature da 3 tesla rispetto a quanto di ragguardevole non sia comunque già successo (+ 42%), ma questi numeri devono tenere conto del fatto che il costo di una apparecchiatura da 3 tesla è ancora sensibilmente maggiore di quella da 1.5 tesla, e che quest'ultima comunque risponde ancora al meglio rispetto alle esigenze cliniche della maggior parte delle strutture di diagnostica per immagini presenti sul territorio nazionale. Premesso quanto sopra, all'interno dello scenario così definito è esercizio arduo voler asserire una valutazione definitiva sullo stato di eventuale obsolescenza del parco macchine che caratterizza la diagnostica per immagini con Risonanza Magnetica. In prima istanza, la definizione del tempo di vita attesa è strettamente connesso ad un parametro chiave che la influenza, ovvero il carico di lavoro per quel tomografo, che possiamo caratterizzare con il numero di esami svolto in anno: una apparecchiatura più la si utilizza e più velocemente invecchia, e questo comporta che l'anno di entrata in funzione della stessa non è in grado, da solo, di fornire elementi esaustivi a qualsivoglia valutazione. Il numero di esami svolto in un anno dipende ovviamente a sua volta da molti altri parametri, come per esempio il regime prestazionale pubblico o privato, ovvero il convenzionamento o meno con il SSN, elemento spesso ancor più discriminante in epoche di grande criticità economica come quella che la pandemia ci sta obbligando ad attraversare.

Altro elemento di valutazione che influenza eventuali considerazioni sull'obsolescenza delle apparecchiature RM è il fatto che tali apparecchiature sono in realtà ormai in molti casi del tutto "upgradabili", ovvero è possibile dopo un certo numero di anni "ricondizionarle" andando a modificare parte dell'hardware e del sistema di acquisizione delle immagini al fine di consentire prestazioni qualitativamente migliori, ed allungare così in modo anche considerevole il numero di anni nei quali una struttura sanitaria si trova ad operare con quello che, per "contabilità anagrafica", resta il tomografo originalmente acquisito, ma che tecnicamente è una apparecchiatura molto prossima ad una di nuova acquisizione. Valutare quindi in automatico come obsoleta una apparecchiatura che abbia - per esempio - 10 anni di vita è, alla luce di quanto sopra esposto, esercizio complesso e con margini di errore non indifferenti, in quanto tale dato andrebbe corretto sulla base dell'utilizzo che si è fatto negli anni di quella apparecchiatura, nonché valutando eventuali processi di "upgrade" intercorsi.



(INAIL - DIPARTIMENTO DI MEDICINA, EPIDEMIOLOGIA, IGIENE DEL LAVORO E AMBIENTALE)

| TEMPO DI VITA MEDIO DEL TOMOGRAFO RM | | | |
|---|---|---|-------------------------|
| DATI ACQUISITI SULLA BASE DELLA MESSA FUORI USO DEI TOMOGRAFI RM COMUNICATA ALL'INAIL (PERIODO DI RIFERIMENTO 2007 - 2015) | VITA MEDIA TOMOGRAFI RM INSTALLATI IN STRUTTURE PRIVATE (ANNI) | VITA MEDIA TOMOGRAFI RM INSTALLATI IN STRUTTURE PUBBLICHE (ANNI) | DATO MEDIO (ANN) |
| Nord Italia | 8,7 | 12,2 | 10,6 |
| Centro Italia | 9,6 | 13,5 | 11,5 |
| Sud Italia | 10,5 | 15,4 | 12,8 |
| Complessivo Nazionale | 9,5 | 13 | 11,2 |

Il fenomeno dell'upgrade delle apparecchiature ha di fatto preso largamente piede, in particolare, nell'ultimo quinquennio, mentre prima era esercizio meno diffuso, e quindi l'analisi inerente l'obsolescenza delle apparecchiature si è complicata in modo significativo dal 2016 in poi.

Ciò premesso, il rapporto Inail "Caratterizzazione delle apparecchiature di Risonanza Magnetica installate in Italia: la banca dati Inail" (maggio 2017, www.inail.it ISBN 978-88-7484-554-5) riporta i dati censiti al 31 dicembre 2015, sia in rapporto all'età media dei tomografi installati in Italia, e sia quelli correlati alla vita media dei tomografi utilizzati nel nostro Paese, che di seguito vengono riassunti a beneficio del lettore.

Di seguito, stralciati da quel lavoro al quale lo scrivente partecipò come autore principale, è possibile riscontrare il dato sull'età media delle apparecchiature suddivisa per area geografica e sintetizzata in un dato nazionale riassuntivo, che media anche la differenza fra pubblico (6.5 anni) e privato (8 anni)

Per il tramite delle notifiche di dismissione dei tomografi RM, pervenute all'Inail nel periodo compreso fra il 1° gennaio 2007 (data di prima informatizzazione della banca dati Inail) e il 31 dicembre 2015, è stato poi possibile calcolare in prima approssimazione il tempo di vita medio dei tomografi RM utilizzati sul territorio nazionale. Dall'analisi dei dati qui sopra evidenziati, e di quanto di seguito sintetizzato, si può ricavare come unico dato oggettivo che l'età media tomografi RM installati ed operanti all'epoca del censimento effettuato era di circa 7.5 anni sugli 11.5 di vita mediamente attesi: un dato forse non ottimale ma che non avrebbe autorizzato a concludere sulla vetustà del parco tecnologico caratterizzante le apparecchiature di risonanza magnetica installate sul territorio nazionale.

Tutti questi dati vanno poi interpretati anche alla luce del fatto che in Italia esiste un impianto normativo estremamente rigoroso che fissa gli "standards", ovvero quei requisiti minimi di carattere strutturale tecnologico ed organizzativo che le Strutture devono soddisfare.

Gli standards, definiti dal Ministero della Salute, sono stati scritti grazie ad una virtuosa collaborazione fra autorità competenti (centrali e territoriali) ed associazioni scientifiche di settore, e prevedono un sistema di controlli e verifiche periodiche molto severo, e che va a tutela proprio della qualità delle prestazioni diagnostiche erogate, consentendo di attuare un continuo monitoraggio del livello prestazionale delle apparecchiature medesime.

Solo nell'ultimo triennio questi standards sono stati rivisti ed aggiornati per due volte, essendosi prima riferiti al dm 10.08.2018 e ora al nuovo dm 14.01.2021 di prossima entrata in vigore: questo strumento metodologico consente, di fatto, una ottimizzazione nell'utilizzo delle apparecchiature, e la definizione di strategie operative che consentano agli operatori di settore una precoce consapevolezza di eventuali situazioni che, sul territorio nazionale, possano pericolosamente scadere nella vetustà tecnologica. ■

CESARE RUFFATO: *tra radiologia e poesia*

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202152>



Zairo
Ferrante

Cesare Ruffato (Padova, 1924 – Padova, 23 novembre 2018) è stato uno tra i poeti nazionali più incisivi del secondo Novecento Italiano. Gran parte della critica letteraria lo considera, come si può leggere anche su Wikipedia, un "poeta sperimentale tra i più originali del nostro secondo Novecento". La sua attività letteraria inizia a partire dagli anni sessanta, dopo essersi laureato in Medicina e Chirurgia nel 1949 e dopo aver ottenuto la libera docenza in Radiologia nel 1958.

Analizzando in modo attento e critico la sua produzione poetica si può facilmente constatare che il tratto distintivo del suo fare poesia risiede proprio nel suo essere Medico e Radiologo.

I suoi scritti, infatti, sono spesso caratterizzati dall'utilizzo di termini scientifici e da tecnicismi che svolgono non soltanto un ruolo decorativo ma divengono funzionali ad una vera e propria ricerca gnoseologica.

Ruffato tende ad indagare il mondo che lo circonda non col fare del Poeta ma col fare epistemologico del Medico o, meglio ancora, del Medico Radiologo. Nelle sue poesie si palesano in modo inconfondibile i richiami alla medicina e alla patologia (**Le valli planano rondini/plancton sulle strisce di fieno,/varicosità nelle dita, curve/ stridenti nell'asma della sera*) ed emergono il rigore e l'attenzione, intrisi di passione, con i quali il Poeta tenta di comprendere la realtà circostante; rigore ed attenzione proprio uguali a quelli con cui il Medico Radiologo cerca di interpretare le immagini.

Un mondo da decifrare, che si schiude agli occhi del Radiologo-Poeta con la lentezza propria delle sequenze d'immagini incluse in un esame diagnostico complesso, dove non basta soltanto guardare ma diviene necessario decodificare e dare un senso e delle risposte alle proprie e alle altrui domande:

***Diversamente l'infanzia nei boschi
riflette valori più seri nelle rime del sogno e
delle interrogazioni.*

***I segnali esplorano le sequenze
di entrata.***

***Si scopre con umiltà la curva
degli specchi che rimanda
con molta cura le apparenze
indesiderabili e la solitudine
vertiginosa***

—
*Il futuro li penetra nella paura
del vuoto.*

*La metafora del mondo interPELLA
gli alberi*

—
***Afferrano i profili con disagio
fra ostacoli e domande.***

***Le istanze del possibile si ostinano
in legami strani.***

Utopia il ritorno dallo sfondo.

*Si dispongono all'umore impeccabile
come ideografie per un libro d'amore.*

***Pare sia sempre il centro
a mollare per primo. ■***

NOTE BIOGRAFICHE

Cesare Ruffato è nato a San Michele delle Badesse, in provincia di Padova nel 1924. Ha conseguito la laurea in Medicina e le libere docenze in Radiologia (1958) e Radiobiologia (1964), per le quali ha scritto varie opere scientifiche. Il suo impegno nella poesia comincia a partire dagli anni sessanta, con prove sempre più significative, sino ad essere considerato un poeta sperimentale tra i più originali del Secondo Novecento italiano (Vd Francesco Muzzioli, *La poesia di Cesare Ruffato*, Ravenna, Longo, 1998). Molte le traduzioni in altre lingue, tra cui spagnolo, portoghese, tedesco, croato, inglese, fiammingo, francese. Sue poesie sono state pubblicate nell'"Almanacco dello Specchio" (Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1974). Cesare Ruffato ha curato anche antologie poetiche e raccolte di testi critici. Tra il 1960 ed il 2006 ha pubblicato oltre 20 raccolte poetiche. (continua su: https://it.wikipedia.org/wiki/Cesare_Ruffato).

Per approfondimenti su Cesare Ruffato:
<http://www.italian-poetry.org/cesare-ruffato/>

*Estratto da "Il vanitoso pianeta", Sciascia, Caltanissetta (1965)

** Estratto da "Trasparenze luminose", Società di Poesia, Milano (1987)



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202153>

PREMIANO LE MIGLIORI REALTÀ



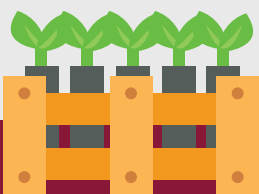
L'undicesima edizione dei *Le Fonti Awards®*, che si è tenuta **giovedì 8 luglio** in una delle location storiche di maggior fascino e prestigio a Milano, ha consacrato le eccellenze del mondo imprenditoriale, legale e professionale che nell'anno della pandemia si sono distinte per la rilevanza delle operazioni seguite, l'alta specializzazione e gli ambiziosi progetti messi in campo. Con un occhio sempre attento all'innovazione e alla leadership.

La premiazione è stata condotta da Manuela Donghi e Giacomo Iacomino, rispettivamente Head of Channel e Anchor di *Le Fonti TV*, l'emittente punto di riferimento nel panorama dell'informazione finanziaria, economica e giuridica che vanta una community fidelizzata di oltre 10 milioni di persone in oltre 125 paesi.

La serata si è aperta con il *Ceo Summit* dal titolo "*Le eccellenze raccontano la ripartenza. Casi di successo per un nuovo Rinascimento del Sistema Italia*".

Al *Ceo Summit* è seguita la cerimonia di premiazione degli **STUDI E BOUTIQUE LEGALI E PROFESSIONALI**.

Giovanni Pasceri (Studio Pasceri e Vitale), da anni consulente legale di SNR e SIRM srl, ha vinto il premio come Avvocato dell'Anno e Boutique di Eccellenza in materia di Responsabilità Medica e Diritto Sanitario. ■



L'ERBA DEL VICINO

I guadagni e l'organizzazione del lavoro dei medici italiani: *il sondaggio di Medscape sull'impatto del covid-19*

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202154>



Beppe
Bellandi

Univadis Medscape Italia ha fatto i conti in tasca ai propri lettori, per capire se e come la pandemia ha inciso sui loro redditi, scoprendo che per quasi la metà del campione (900 risposte) è stato un anno difficile, malgrado la professione sia stata la più necessaria e la più richiesta. Per la prima volta anche l'Italia è stata inclusa nell'indagine che il gruppo Medscape fa regolarmente in diversi Paesi sui compensi e sull'impegno lavorativo dei medici. Hanno aderito circa 900 professionisti che praticano la medicina a tempo pieno (almeno 36 ore alla settimana).

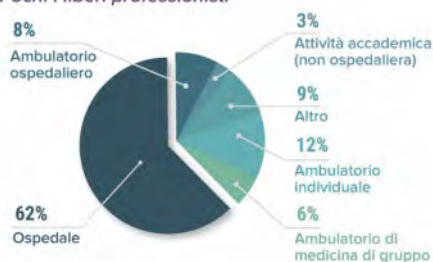
Il Covid ha inciso soprattutto sulle spese quotidiane: in media i medici hanno speso 1.200 euro per dispositivi di protezione individuale. Quanto all'assicurazione professionale per la responsabilità civile, oltre due terzi del campione (69%) la paga per intero di tasca propria, il 15% la paga in parte e solo il 15% non la paga. Quasi sei professionisti su dieci hanno stipulato volontariamente una assicurazione professionale integrativa. In media, il premio assicurativo annuale si aggira sui 1.400 euro, con un aumento rispetto all'anno precedente per un quarto circa del campione (24%). Quasi metà del campione (46%) ha messo in conto, nel 2020, variazioni rispetto al 2019: circa il 28% del campione ha indicato una riduzione di introiti che va dal 10 fino al 25% e addirittura - per un medico su venti - superiore al 25%. Tra chi ha visto ridursi i compensi, il lavoro si è interrotto in media per quattro mesi. In media, i medici interpellati stimano di aver guadagnato, nel 2020, circa 58.000 euro dalla propria attività clinica, escluse consulenze e altri compensi. La quasi totalità dei compensi corrisponde allo stipendio, mentre bonus, incentivi o altro incidono per circa il 10% del totale. Sul versante opposto, il 13% dei medici occupati a tempo pieno ha stimato un aumento fino al 10%, con un 4% per il quale il maggior guadagno è compreso fra l'11% e il 25% e un ulteriore 2% che ha visto lievitare il suo compenso annuo di oltre il 25%. I dati italiani - che non forniscono indicazioni in termini assoluti, ma solo di variazione tra 2019 e 2020 - non hanno segnalato differenze significative tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri, né tra maschi e femmine e nemmeno tra fasce di età. Complessivamente appena il 18% dei medici ritiene di essere ricompensato adeguatamente per il proprio lavoro, anche se oltre sette su dieci sono soddisfatti (55%) o molto soddisfatti (16%) di sé e delle proprie prestazioni lavorative. Tra i liberi professionisti, oltre metà (56%) ha riscontrato una riduzione permanente del volume di pazienti a causa del COVID-19: è stata inferiore al 25% per circa due medici su cinque (39%), compresa fra il 25% ed il 50% per 14 medici su cento, con alcuni che hanno subito un calo anche superiore al 75%.

Sul fronte delle ricompense di carattere extra finanziario, l'aspetto più gratificante del lavoro di medico è la relazione con i pazienti (indicato dal 33% dei partecipanti), la consapevolezza della propria bravura (24%) e di star contribuendo a rendere il mondo un posto migliore (15%), l'orgoglio di essere medico (12%) ed il fatto di guadagnare bene con un lavoro che piace (7%). Infine, per tre professionisti su cento l'aspetto più gratificante è l'insegnamento.

L'eccesso di norme e regolamenti costituisce l'aspetto più impegnativo e gravoso per un terzo esatto del campione di Medscape Italia (33%), seguito dal timore di essere citati in giudizio (18%), dai pazienti difficili (17%). Per due medici su cento la fatica viene dall'uso della cartella clinica elettronica. Tra chi lavora nel SSN, circa 2 su dieci pianificano di passare al privato, con altrettanti che non lo escludono, ma al momento non sono sicuri. Tredici su cento stanno pensando di trasferirsi all'estero (con Francia, Svizzera, Germania e Regno Unito come destinazioni preferite), mentre altri 19 su cento al momento non sono sicuri. ede di adottare il teleconsulto, contro un 38% che intende mantenere le abitudini di sempre e un 42% che dichiara di non essere sicuro. Per quanto insoddisfatti del proprio reddito, se dovessero ricominciare dall'Università tre intervistati su quattro (72%) rifarebbero medicina ed, in analogia percentuale (71%), sceglierebbero la stessa specialità, anche se solo uno su due consiglierebbe la carriera medica ai propri figli. ■

IL LUOGO DI LAVORO

• Pochi i liberi professionisti



LA DEMOGRAFIA

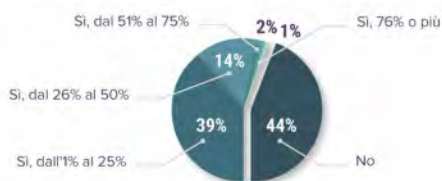
• Le caratteristiche del campione



MENO PAZIENTI NEL 2020

• Un problema per i liberi professionisti

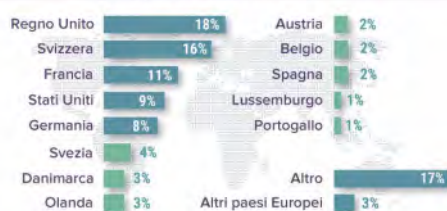
Ha riscontrato una riduzione permanente del volume di pazienti a causa del COVID-19?



LA SPINTA A EMIGRARE

• Il Regno Unito resta la prima scelta

In quale paese vorrebbe trasferirsi?



LE GRATIFICAZIONI

• Al primo posto i pazienti

Qual è l'aspetto più gratificante del suo lavoro?



I COMPENSI DEL 2020

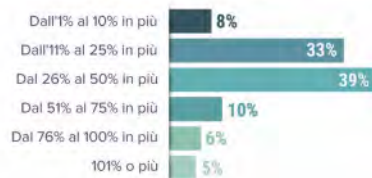
• Per molti, una riduzione sostanziale



GLI AUMENTI ATTESI

• 1 su 4 vorrebbe un terzo di più

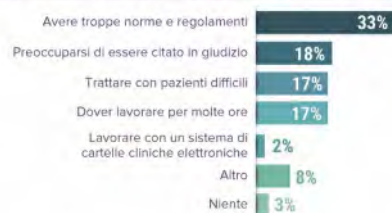
Quanto ritiene di dover guadagnare di più ogni anno per l'assistenza ai pazienti?



LA BUROCRAZIA

• Troppe regole da seguire

Qual è l'aspetto più impegnativo del suo lavoro?



SE DOVESSI RIFARLO...

• Solo tre su 10 farebbero altro

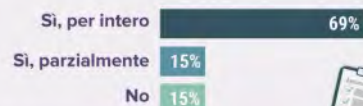
Se lo dovesse rifare, sceglierebbe la medicina come carriera?

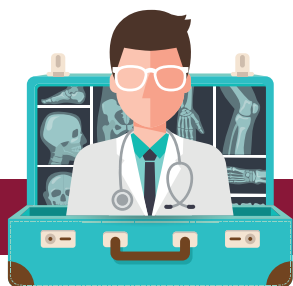


LE SPESE PIÙ COMUNI

• L'assicurazione pesa sul portafoglio

Paga personalmente un'assicurazione professionale per la responsabilità civile?





IL RADIOLOGO IN VIAGGIO

TORINO



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202155>



Alessandra
De Paola

Il 2021 vedrà la ripresa dei congressi Istituzionali SIRM in presenza, e il primo sarà proprio il Congresso Nazionale della Sezione di Cardioradiologia, congiunto con i Gruppi Regionali Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria. Un appuntamento importante, che si terrà dall'8 al 10 Settembre in una location straordinaria, le Officine Grandi Riparazioni [inserire link attivo <https://www.ogrtorino.it/>] di Torino, molto spesso utilizzata da produzioni cinematografiche grazie all'alto livello di tecnologie adottate da questo centro congressi all'avanguardia.

La notizia positiva è anche la data: in settembre a Torino, si sta davvero d'incanto. E quale migliore occasione per aggiungere alla partecipazione ad un congresso così importante, un weekend piemontese, alla scoperta delle bellezze della città sabauda.

ECCO COSA SI PUÒ FARE A TORINO NEL WEEKEND DAL 10 AL 12 SETTEMBRE 2021.

Dove dormire? Sirm ha ormai da due anni una convenzione con tutti gli NH d'Italia, e anche in questa occasione abbiamo convenzionato un hotel comodissimo per la partecipazione al Congresso, e centrale, a due passi da Porta Susa. L'hotel si chiama **NH Torino Centro**, e si può prenotare allo specifico Event Tool riservato ai soci SIRM <https://www.nh-hotels.it/event/cardio-x->.

COSA VEDERE IN 48H A TORINO E DINTORNI?

Il **Museo Egizio** [link attivo <https://museoegizio.it/>]: anche se non siete egittologi, questo museo è molto semplicemente uno dei migliori del mondo a qualsiasi livello. Interessante, coinvolgente, spettacolare e ultramoderno, la visita dura almeno 2h, nelle quali trascorre il tempo senza nemmeno accorgersene. PS: se avete figli, lo adoreranno. Informazioni sul sito, obbligatorio prenotare prima.

Mole Antonelliana [link attivo <https://www.museocinema.it/it>] il fascino della Mole è costituito soprattutto dal suo profilo visibile da ogni angolo della città, e dalla presenza di un ascensore panoramico al suo interno che garantisce una vista straordinaria di Torino con le sue Alpi dietro. In giorni di cielo terso, un vero dono. Il museo del cinema è magari di interesse soprattutto per gli amanti di questa forma d'arte, ma comunque ben fatto. Consigliata la prenotazione del pacchetto inclusivo di ascensore, specialmente in tempi dove il distanziamento è d'obbligo.

Il **Santuario della Consolata** [link attivo <https://www.guidatorino.com/il-santuario-della-consolata-di-torino-tra-storia-leggende-e-culto-della-vergine/>] Sicuramente l'edificio sacro più interessante della

città di Torino, un edificio di origini antichissime che mescola elementi dal romanico al barocco lussureggiante. Il santuario si visita gratuitamente, ma consiglio vivamente di interpellare l'associazione degli Amici del Santuario e prenotare una visita guidata gratuita. Non si comprende altrimenti molto delle sue leggende, dei suoi miracoli e della sua storia architettonica.

Non un luogo, ma un sapore. Il **Bicerin** [link attivo <https://bicerin.it/>] Il Bicerin è una particolarità di Torino, un caffè cremoso ed elaborato, servito in bicchiere di vetro con cucchiaino d'argento, e mille altre attenzioni. Ma è anche il nome di un locale storico d'Italia che prende il nome dalla specialità che serve sin dal 1800. Assolutamente da non perdere, costa molto, ma vale la pena provare, e la cioccolata che vendono è buonissima. PS: si trova molto vicino al Santuario della Consolata!

DA VEDERE SICURAMENTE FUORI DA TORINO

La **Reggia di Venaria** [link attivo <https://lavenaria.it/it/visita>] semplicemente spettacolare, questo luogo magico merita una visita, alla stregua di castelli blasonati come Chambord nella Loira. Va calcolata una mezza giornata come minimo per la visita, che deve essere prenotata, con un occhio di riguardo alle iniziative che vengono organizzate ogni mese, tra mostre temporanee e permanenti, e installazioni. Merita veramente.

ALCUNI CONSIGLI GENERALI:

Una delle cose che rimangono maggiormente impresse di Torino è l'ordine, l'eleganza e l'opulenza lineare dei suoi palazzi: da Piazza Vittorio (Veneto, ma loro non ce lo mettono mai) perdetevi tra strade piccole e grandi, fino a raggiungere il Parco del Valentino, curandovi di passare sotto ogni portico, ché ognuno ha una sorpresa da regalare.

SI MANGIA BENE QUASI OVUNQUE, MA QUESTI SONO RISTORANTI CONSIGLIATISSIMI:

Le Vitel Etonnè [link attivo <https://leviteletonne.com/>] Cucina piemontese rivisitata, centrale, prezzi medio – alti
Solferino [link attivo <https://ristorantesolferino.com/>] Cucina piemontese raffinata, famoso e centrale, prezzi alti
Ristrot Guviol [link attivo <https://www.ristrotguviol.it/>] Cucina piemontese e internazionale, rivisitata secondo i tre sensi
Gusto V1sta Olfatto, da cui il nome. Prezzi medi. Da provare. ■





PALEORADIOLOGIA

Tavola periodica e radiologia degli inizi*

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202156>



Paola Cosmacini

È da poco trascorso il 150° anniversario della Tavola Periodica degli Elementi (Fig. 1). Per avvicinarci al tema, volendo utilizzare la cerniera esistente tra “scienze dure” e discipline umanistiche, converrà riprendere una serie di letture “classiche” come *Il sistema periodico* di Primo Levi¹, in cui ogni racconto di vita è ispirato a un elemento chimico e che è stato definito dalla Royal Institution «il miglior libro scientifico mai scritto», e la mirabile biografia di Oliver Sacks, *Zio Tungsteno*². «Un ricordo intenso che accompagnò Sacks tutta la vita fu la visione della grande tavola periodica esposta nel Museo della Scienza di South Kensington a Londra alla sua riapertura nel 1945, appena terminata la guerra. In realtà si trattava di una gigantesca vetrina di legno con tanti scomparti, ognuno dei quali etichettato dal nome di un elemento, il suo simbolo chimico e l’indicazione del peso atomico. Tutti

distribuiti in una precisa posizione, dipendente dalle loro proprietà [...] Sacks li osservava affascinato, percorrendo con lo sguardo quella sorta di *regno geografico* popolato da tanti enti chimici diversi disposti in gruppi, che definivano come dei territori, separati da precisi confini³. Per il giovane Oliver la tavola periodica «era come un giardino... il giardino incantato di Mendeleev»⁴. Viene allora alla mente anche *Il regno periodico* di Peter Atkins⁵, un libro dove gli elementi sono veri paesaggi di un *regno geografico*, sopra il quale si vola atterrando quando serve sul paesaggio-elemento prescelto. Questi tre libri ci indicano con chiarezza come tutti gli elementi che compongono la Tavola periodica possono essere ricondotti alla Storia (*magistra* delle discipline umanistiche) e, anche, alla piccola storia, e cioè alla esperienza di ognuno di noi. Quindi, per estensione e in particolare, anche alla mia vita di radiologo.

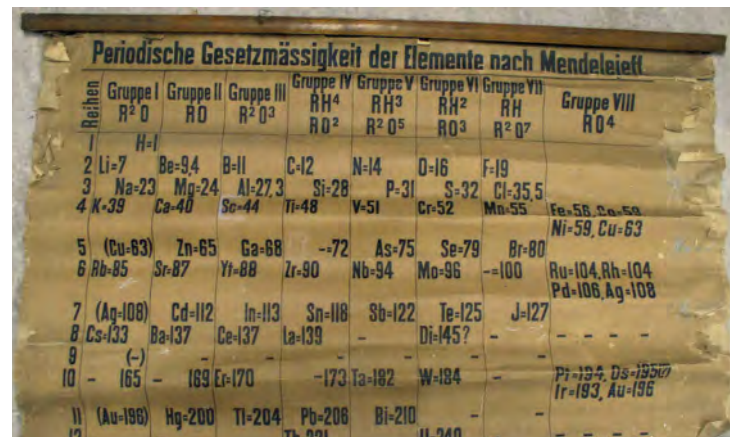


FIGURA 1. LA TAVOLA PERIODICA RITROVATA RECENTEMENTE NEL LABORATORIO DI CHIMICA DELLA ST. ANDREWS UNIVERSITY

* È la relazione, integrata con le note contenenti le necessarie indicazioni bibliografiche, svolta al Convegno su *Fisica e Medicina, insieme per l’Uomo*, tenutosi il 1° febbraio 2020 all’Ospedale Sant’Anna di Como. La includo in questa rubrica intendendo, questa volta, il termine “paleoradiologia” in senso lato.

¹ P. Levi, *Il sistema periodico*, Einaudi, Torino 1975.

² O. Sacks, *Zio Tungsteno*, Adelphi, Milano 2002.

³ P. Mazzaello, *Risvegli. La neurologia letteraria di Oliver Sacks*, in «Medicina e Chirurgia - Journal of Medical Education. Quaderni della Conferenza Permanente delle Facoltà e delle Scuole di Medicina» 2016, 71: 3251-53.

⁴ O. Sacks, *Zio Tungsteno*, cit., p. 221.

⁵ P. W. Atkins, *Il regno periodico*, Zanichelli, Bologna 2008.

Sulla base di questa indicazione, seleziono sei elementi di quella Tavola che Dmitrij Ivanovic Mendeleev (1834-1907) concepì per mettere ordine nel caos della natura e, anche, per svelarne la logica: **Bario, Polonio, Radio, Piombo, Tungsteno e Cobalto**. Prima però ricordiamo che la scoperta dei raggi X, fatta nella «memorabile notte» dell'8 novembre 1895 da Röntgen, entrò in modo fulmineo nel vissuto quotidiano delle persone. La fotografia con i raggi Röntgen, i *Röntgenstrahlen*, ebbe da subito così tanta risonanza nel mondo scientifico che già alla fine del 1896 si contavano 49 libri (od opuscoli) e 1044 articoli scientifici sugli aspetti scientifici e le possibili applicazioni dei raggi X⁶; inoltre, aprì una porta verso il mondo fantascientifico con l'idea che si potessero esplorare insieme ai reconditi recessi del corpo anche quelli della mente, arrivando a penetrare la sfera più intima della persona. Questa "fotografia dell'invisibile" faceva temere che, una volta intercettati dai temibili raggi, non si potesse più sperare di nascondere alcunché. Insomma, ai raggi X erano anche attribuite proprietà "demoniache" e questa diffusa sensazione pervase il mondo di allora e fu resa molto bene nel 1897 da un cortometraggio: "Il demone raggio X" (*The X-Ray Fiend*)⁷. E ancora oggi, sconfitto il demone del raggio X, rimaniamo affascinati dall'idea del disvelamento dell'invisibile: il titolo della mostra celebrativa per i 100 anni della scoperta dei raggi X, allestita dal McCord Museum (Montreal, maggio-novembre 1995) per raccontare i primi cento anni di studio paleo-radiografico sulle mummie egizie, annunciava che *L'invisible se révèle*⁸.

Il primo elemento "radiologico" che fa la sua comparsa nella mia vita è il **Bario (Ba 56)**. Più che con il solfato di calcio, cioè il gesso della lavagna lasciato dal cancellino sui grembiuli degli scolari e che tutti i bambini conoscono (o conoscevano), io avevo dimestichezza con il solfato di bario. Era infatti presente sulle scarpe di mio padre che tornava a tarda sera dall'ospedale dove, con i raggi X, aveva appena finito di esaminare qualche paziente. Certamente quelle scarpe sono state poi amplificate dalla mitopoiesi familiare. Insolubile e radiopaco (in virtù al suo numero atomico relativamente alto $Z = 56$), di questo elemento Oliver Sacks scrive: «Ti ricordi del signor Spiegelman, il meccanico? Tuo padre sospetta che abbia un'ulcera gastrica, e me lo ha mandato qui per accertamenti. Sta per farsi un "pasto" a base di bario. Usiamo il solfato di bario – continuò zio Yitzchak mescolando la densa pasta bianca – perché gli ioni bario sono pesanti e quasi del tutto opachi ai raggi X»⁹.

E come zio Yitzchak e come mio padre, anche io poi ritrovai il Bario, sia sotto forma di quel "pasto baritato" che somministravo quotidianamente ai pazienti per lo studio radiografico dell'apparato digerente, sia in forma di sospensione acquosa per lo studio della matassa intestinale¹⁰.

Ancora qui, Laerte? A bordo, a bordo, via!

Il vento è sulla spalla alla tua vela

e ti si aspetta. Qua, ti benedico!

E cerca di stamparti nella mente

questi pochi consigli. Ai pensieri

non dar voce, né corpo a quelli smoderati.

Sii affabile, volgare mai.

[...]

Questo su tutto: fedeltà a te stesso;

ne seguirà, come la notte al giorno,

che non sarai mai falso con nessuno.

Addio, ti renda saggio la mia benedizione.

⁶ O. Glasser, *Wilhelm Conrad Röntgen und die Geschichte der Röntgenstrahlen*, Springer, Berlino 1931.

⁷ George Albert Smith (1864-1959), fellow della *Royal Astronomical Society*, produce la *short silent comedy* che unisce la scoperta dei raggi X alla realizzazione dell'effetto speciale *jump-cut* (taglio in asse) di Georges Méliès. <https://youtu.be/3gMCKFRMJQQ>.

⁸ B. Lawson, *Egyptian Mummies at the Redpath Museum: Unravelling the History of McGill University's Collection*, in «Fontanus» 2016, 14: 1-45, spec. pp. 26-7.

⁹ O. Sacks, *Zio Tungsteno*, cit., p. 276.

¹⁰ Nel 1911 Paul Krause (1871-1934), medico internista e già presidente della *Deutsche Röntgengesellschaft* (fondata nel 1905) per l'anno 1909, preconizza il solfato di bario (al posto dei sali di bismuto) quale opacizzante digestivo. Krause si suicida dopo mesi di molestie da parte di studenti nazionalsocialisti. Cfr. U. Busch, *Paul Krause (1871-1934)*, in «Röntgenpraxis» 1994, 47(5): 150-2; U. Ferdinand, J. Kirchner, *Geheimrat Prof. Dr. med. Paul Krause (1871-1934). Pionier der Röntgendiagnostik und frühes Opfer der nationalsozialistischen Regimes*. [https://de.wikipedia.org/wiki/Paul_Krause_\(Mediziner\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Paul_Krause_(Mediziner))



FIGURA 2.
IL 27 AGOSTO 1914 LA PRIMA VOITURE RADIOLOGIQUE PARTE PER IL FRONTE



FIGURA 3.
MARIE CURIE AL VOLANTE DI UNA VOITURE RADIOLOGIQUE NELL'OTTOBRE 1917

Il secondo elemento che entra nella mia vita è il **Polonio (Po 84)**, ma in veste "umana". Ancora oggi al nome Polonio io non riconduco il raro semi-metallo radioattivo scoperto dalla polacca Marie Curie (1867-1934), con cui un radiologo potrebbe avere qualche dimestichezza; a me sovviene il padre di Ofelia che nel I atto (scena III) dell'Amleto si rivolge al figlio Laerte che sta prendendo il largo per la Francia. Colpa della passione per il teatro e, forse anche, della traduzione italiana che all'Einaudi aveva trasformato Polonius in Polonio.

Dei due elementi scoperti da Marie e Pierre Curie nel 1898, più che il Polonio, mi è noto il luminescente **Radio (Ra 88)**: argenteo, morbido e intensamente radioattivo. Come ha scritto Ugo Amaldi, Marie Curie fu «ovunque la prima»¹¹. E lo fu anche in radiologia. Allo scoppio della Prima Guerra Mondiale ella lascia le ricerche sulla radioattività e passa alla radiologia. Sente che vi è una urgente necessità. Materiale e reale. Ma quale?

«Nel 1914, appena i tedeschi invasero il Belgio, si rese conto che sui campi di battaglia vi sarebbe stato un gran bisogno di apparati di radiologia per aiutare i chirurghi a curare i feriti e a estrarre le pallottole. Nulla era stato preparato. In poco tempo, usando – con la solita tenacia – la sua influenza, convinse alcune piccole industrie a costruire apparati adatti a essere montati su automobili e, lei stessa, girò la Francia, il Belgio e – verso la fine della guerra – anche il Nord Italia per utilizzare questi strumenti, lasciarli agli ospedali e istruire medici e infermieri. Spesso guidò una di queste auto. Alla fine della guerra vi erano in servizio venti "auto radiologiche" e duecento postazioni fisse»¹². Coadiuvata dalla figlia Irène, Madame Curie aveva dato piena disponibilità per la progettazione e la realizzazione di un piano radiologico militare: non solo gestire e organizzare il materiale radiografico negli ospedali militari (le postazioni fisse), ma anche allestire le "auto radiologiche" o, meglio, le *voitures radiologiques*, dette poi «*petites Curies*»¹³ (Figg. 2, 3). Il suo piano comprendeva anche l'istruzione di un centinaio di «*manipultrices en radiologie*», antesignane degli odierni «tecnici di radiologia». Erano tutte donne, più libere degli uomini in periodo di guerra.

Nel 1921 Madame Curie scrive: «avendo voluto, come tanti altri, mettermi al servizio della Difesa nazionale negli anni che stiamo attraversando, mi sono quasi subito orientata verso la radiologia sforzandomi di contribuire alla organizzazione dei servizi radiologici notoriamente insufficienti all'inizio della guerra»¹⁴. Per lei l'esame radiografico è fondamentale. Con esso «possiamo assicurarci se il proiettile è effettivamente restato nel corpo, cosa che è, in molti casi, materia di discussione,

¹¹ U. Amaldi, *Il testamento intellettuale e morale di Marie Curie*, in «La Ca' Granda» 2007, 48 (1-2): 21-31, spec. p. 21.

¹² U. Amaldi, *Il testamento intellettuale e morale di Marie Curie*, cit., p. 22.

¹³ Si ricorda che in Italia la ditta Balzarini costruì ambulanze radiologiche militari. In alternativa gli apparecchi radiografici potevano essere sommeggiati.

¹⁴ M. Curie, *La radiologie et la guerre*, Alcan, Parigi 1921, p. 2 (la trad. è mia).

soprattutto quando si tratta di proiettili multipli. Risolto questo problema, possiamo andare più lontano e precisare esattamente la posizione del proiettile [...]. Possiamo affermare che l'esame radiologico ha salvato la vita a un gran numero di feriti e ha preservato molti altri da infermità future»¹⁵. E conclude dicendo che il campo d'azione dei raggi X «oltrepassa tutto l'orizzonte conosciuto»¹⁶.

Il quarto elemento di cui voglio parlare è il **Piombo (Pb 82)**. Pesante e tenero, malleabile, il "piombo" è anche il titolo di uno dei racconti di Primo Levi: in particolare del racconto-metafora della vita, centrato sulla figura di Rodmund, discendente di una famiglia germanica di lavoratori del piombo, alla ricerca del metallo e di se stesso¹⁷. È incerta l'età di Rodmund, così come l'epoca in cui vive. Anche se Levi lo fa viaggiare attraverso paesaggi e situazioni ammantati di fantasia, di fatto Rodmund inizia il suo viaggio nel Nord Europa e giunge in un territorio mitico, Icnusa, una terra di roccia e di vento dove comandano le donne e dove «l'aria era piena di odori d'erbe, amari e selvaggi». Siamo dunque arrivati in Sardegna! L'ultimo luogo citato nel racconto è non a caso Bacu Abis, villaggio minerario del Sulcis. Ricordiamo che le miniere di carbone del Sulcis vennero alla ribalta della stampa nazionale alla fine degli anni '30: è in quegli anni che il governo fascista le rivitalizzò dopo il fallimento della *Società di Bacu Abis* nel 1933 (il 1938 marca la fondazione di Carbonia).

Per venire alla radiologia e a me, ricordo il pesante camice piombato che ancora indossavamo da studenti nel 1985 e che mi ha condizionato nella scelta della metodica radiologica su cui proseguire, scartando da subito le procedure interventistiche, letteralmente troppo pesanti per essere portate sulle spalle.

Di piombo erano anche le pallottole della Prima guerra mondiale, quelle stesse radiografate, come si è detto, da Madame Curie. Durante la guerra «l'enorme afflusso di feriti da proiettili e da schegge di granate portò in primo piano l'esigenza di un vasto impiego di apparecchiature radiologiche per aiutare i chirurghi nell'individuazione della posizione di corpi estranei da estrarre dal corpo dei feriti»¹⁸. A Parigi fu insegnata la radiologia «militare» nella scuola appositamente creata all'ospedale militare Val-de-Grâce. I medici, futuri esperti nell'arte delle radiazioni ionizzanti, furono istruiti da Antoine Béclère che all'Hôpital Saint-Antoine con una radiosopia del torace permetteva immediatamente *le dépistage systématique* per la tubercolosi (nel 1897 a sue spese aveva creato il primo laboratorio di radiologia nel servizio di medicina generale dell'Hôpital Tenon). In Francia, se nel 1914 c'erano 175 medici-radiologi, alla fine del 1916 ce ne sarebbero stati 527: ogni armata poteva disporre di un medico-radiologo¹⁹.

Fu allora che uno dei più bei castelli della Loira, quello di Chenonceau, venne allora trasformato in ospedale²⁰. Il castello fu dotato anche di impianto elettrico per accendere le lampade della sala operatoria e per mettere in funzione l'apparecchio radiografico: uno dei primi «gabinetti röntgeniani» di Francia. Al termine della guerra, il materiale, le radiografie e l'apparato radiografico, vennero stipati in un solaio riaperto solo da pochi anni; questo ritrovamento ha permesso di organizzare l'esposizione, allestita nelle sale della scuderia del castello, di radiografie che mostrano proiettili ritenuti, schegge di granata, fratture multiple e scomposte, frammentarie, comminute o «da scoppio».

A Chenonceau, come anche a Parigi, le immagini erano fornite dall'unico tipo di generatore di raggi X allora in commercio, cioè dal «tubo di Crookes». I materiali radiologici si sono evoluti molto poco durante la guerra, anche se avrebbero potuto farlo, poiché nel 1913, negli Stati Uniti, era stato concepito e costruito un catodo tale da sopportare il raggiungimento di altissime temperature, di energie elevate e, dunque, tale da poter fornire l'emissione di una radiazione più potente. Ma la

¹⁵ M. Curie, *La radiologie et la guerre*, cit., pp. 42-3.

¹⁶ M. Curie, *La radiologie et la guerre*, cit., p. 143.

¹⁷ P. Levi, *Il sistema periodico*, cit., pp. 77-90.

¹⁸ M. Reggio, *La Grande Guerra e i Raggi X: organizzazione della radiologia militare francese, tedesca e italiana*, in «Fisica in Medicina» 2014, 3: 36-58, spec. p. 42.

¹⁹ Cfr. *La radiographie (I) - Histoire de la découverte des rayons X et de leur application en médecine*. <http://culturesciences.chimie.ens.fr/content/la-radiographie-i-histoire-de-la-decouverte-des-rayons-x-et-de-leur-application-en-medecine-1196>.

²⁰ P. Cosmacini, *Radiologia de guerra en Chenonceau*, in «Revista Argentina de Radiología» 2017, 81 (2):146-53; <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-radiologia-guerra-chenonceau-S0048761917300431>

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

spiralina di **Tungsteno (W 74)** che caratterizzerà il nuovo tubo per l'emissione di raggi X sarà portata in Europa soprattutto dall'esercito americano e inizierà a diffondersi dopo la guerra²¹. Come tante altre scienze, anche la radiologia si perfeziona «*grâce ou à cause de la Guerre*». Il punto che vorrei sottolineare è che se la radiologia degli esordi, quella del periodo pionieristico, passa al periodo scientifico, ciò avviene proprio grazie al tungsteno.

Il tungsteno è un metallo molto forte e pesante. La matrice del metallo resiste all'attacco di ossigeno, acidi e alcali. Il tungsteno ha il punto di fusione più alto di tutti i metalli. Lo zio Dave di Oliver Sacks, colui che fabbricava lampadine a incandescenza il cui sottile filamento era fatto di tungsteno, aveva assunto agli occhi del nipote vigore proprio «come se il suo corpo fosse rinvigorito e fortificato dal potente elemento, dal quale traeva una forza e una resistenza quasi sovraumane»²². Era appunto lo zio Tungsteno!

Ma, ancora una volta, anche a questo proposito c'è una storia tutta al femminile. E rispetto a quella di Madame Curie, uguale e contraria. Nella primavera del 1914 il medico irlandese Florence Ada Stoney (1870-1932), e sua sorella Edith, fisico matematico, avevano pronte un completo equipaggiamento a raggi X portatile provvisto del nuovo tubo americano, quello appunto di Coolidge (**Fig. 4**). Una vera rarità. Florence lo aveva acquistato personalmente negli Stati Uniti e se lo era portato a casa. Florence Stoney infatti era radiologa: dopo aver ottenuto la laurea in medicina nel 1898 alla London School of Medicine for Women, nel 1902 aveva organizzato il reparto di radiologia al Royal Free Hospital²³. Il 4 agosto 1914, il primo giorno di guerra, Florence offre il proprio equipaggiamento e il proprio servizio di radiologa esperta (aveva già tredici anni di esperienza alle spalle) alla Croce Rossa britannica presso il *War Office* di Londra. L'offerta è rifiutata dal Presidente della Croce Rossa britannica in persona, il notissimo medico e anatomista Sir Frederick Treves (1853-1923) che le risponde che in guerra non vi è alcun lavoro che possa essere eseguito da una donna²⁴. Le Stoney partirono comunque per il fronte come volontarie.

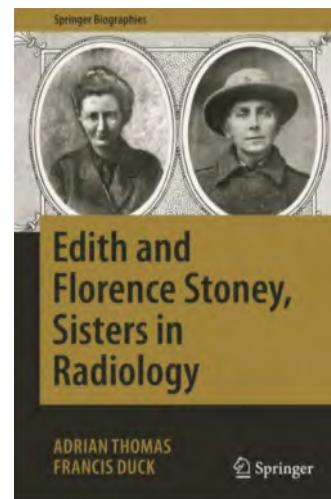


FIGURA 4.
A. THOMAS, F. DUCK,
EDITH AND FLORENCE STONEY,
SISTERS IN RADIOLOGY,
SPRINGER 2019



FIGURA 5.
RITRATTO DI SIGNORA AI RAGGI X:
ILLUSTRAZIONE ESEGUITA NEL 1909
DA ALDO MAZZA

L'ultimo elemento che incontro è il **Cobalto (Co 27)**. Ed è oggetto di un dipinto commemorativo. A Milano, Augusto Colombo (1902-1969) nel 1957, anno nel quale viene scoperta da Hal Oscar Anger (1920-2005) la gamma camera, dipinge le algide, cerulee luci di *Medicina nucleare* per celebrare l'entrata al Policlinico di Milano della sezione di telecobaltoterapia. Il dipinto, appeso prima in reparto, è oggi nella mostra permanente della quadreria dell'Ospedale²⁵.

Quadro chiama quadro. L'illustrazione eseguita nel 1909 da Aldo Mazza (1880-1964) per reclamizzare l'opera "Scienza per tutti", rivista quindicinale della Casa Editrice Sonzogno (al prezzo di 30 centesimi) è il *Ritratto di signora ai raggi X* (**Fig. 5**). Lo conosco molto bene: venne appeso da mio padre nel reparto di radiologia che anche io poi frequentai.

E rimase per tanti anni a testimoniare quella cerniera sempre presente tra scienze dure e discipline umanistiche che, prendendo spunto da pochi elementi della Tavola periodica, abbiamo seppur rapidamente evocato. ■

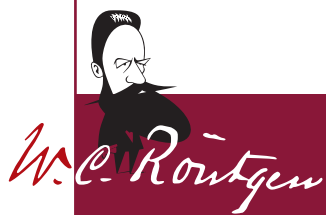
²¹ J.-J. Ferrandis, A. Ségal, *L'essor de la radiologie osseuse pendant la guerre de 1914-1918*, in «Rhumatologie Pratique» 2009 : 48-50, spec. p. 49.

²² O. Sacks, *Zio Tungsteno*, cit., p. 17.

²³ A. Thomas, A. Banerjee, *The History of Radiology*, Oxford University Press, Oxford 2013; A. Thomas, F. Duck, *Edith and Florence Stoney, Sisters in Radiology*, Springer, Cham 2019.

²⁴ B.A. Spirt, P.A. Randall, *The Role of Women in Wartime Radiology*, in «RadioGraphics» 1995; 15: 641-52; A. Thomas, F. Duck, *Edith and Florence Stoney*, cit., p. 157.

²⁵ P. Cosmacini, *Un po' di paleoradiologia, qualche radiogramma, tanta storia e molta pittura: "I Tesori della Ca' Granda"*, in «Il Radiologo» 2019, 2: 134-5.



I LABIRINTI DELLA RADIOLOGIA
TRA STORIA E STORIE

SAN MICHELE ARCANGELO

protettore dei radiologi

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202157>



Adelfio
Elio
Cardinale

In occasione del XXXVI Congresso Nazionale della SIRM, che iniziò a Milano il 21 maggio 1994, presieduto dal prof. Antonio Chiesa cattedratico a Brescia, la lezione inaugurale fu assegnata al Prof. Gianfranco Pistolesi, illustre ordinario a Verona e già Presidente – dinamico e innovativo – della SIRM dal 1980 al 1984. Gianfranco Pistolesi parlò di «Radiologia protetta», centrando la definizione, in quanto la nostra disciplina è tutelata in sommo grado, poiché è posta sotto il patronato di un *arcangelo*, cioè secondo i sacri testi di un «essere sovrumano, intermediario fra il cielo e la terra, fra Dio e gli uomini».

La ricostruzione storica della designazione di San Michele Arcangelo a patrono dei radiologi è interessante e coinvolgente: infatti dalle fonti, dalle antiche riviste e da un ricco epistolario emerge uno spaccato della società, delle abitudini, delle scienze di quel tempo.

Sovvengono, nel ricordo, costumi ampollati e un po' retorici, sempre vivificati dall'amore per la nostra radiologia; si dispiegano nella mente titoli desueti (Beatitudini, Eccellenze, Eminentissimi Prelati, Umilissimi Firmatari) tipici delle consuetudini civili dell'epoca trascorsa; si rivive il dramma della guerra, con i connessi doveri di patria, che porta anche rigorosi uomini di scienza ad affidarsi all'etica e alla speranza di fede. Eterna e irrisolta questione dell'animo umano.

L'iniziativa di eleggere San Michele Arcangelo a protettore dei Radiologi provenne dai professori Vittorio Maragliano, Gian Battista Cardinale e Alessandro Vallebona, che se ne fecero araldi nel 1933. Nel bollettino parrocchiale di Genova veniva data la prima notizia, con la pubblicazione dei relativi documenti. Da questa fonte riprendiamo le considerazioni che suggeriscono ai docenti genovesi la proposta: «...anzitutto gli Istituti radiologici sono frequentati da molti infermi per i quali non v'è speranza di guarigione; quindi unico e solo conforto al loro male incurabile è la fede nella potenza e bontà di Dio e negli intercessori presso di Lui, gli Angeli e i Santi; secondariamente, nell'esercizio della loro professione, i Radiologi abbisognano essi pure dell'assistenza del Cielo che li salvaguardi dai molti e gravi pericoli che la Radiologia offre a chi diurnamente la esercita...».

Nei nostri tempi difficili e perigliosi questa seconda motivazione appare antiveggente e assai attuale. Una vera e propria assicurazione *ante litteram* contro i rischi professionali. Maragliano e i suoi collaboratori. commissionarono, pertanto, un dipinto, che fu collocato nel salone maggiore di lavoro del loro padiglione radiologico: le cronache riportano che il quadro fu eseguito da «distinto pittore» e il rito inaugurale si svolse in stile «fascisticamente severo, ma con manifesto entusiasmo». L'iniziativa della Scuola radiologica genovese ebbe consensi ed auguri ecclesiastici autorevolissimi, muovendo ad entusiasmo ben tre Vescovi: questi scrissero al cappellano maggiore dell'Ospedale S. Martino che pubblicò le missive, da cui riprendiamo alcuni stralci.

S. Ecc. Rev.ma Fr. Vittorio Consigliere, Vescovo di Cerignola, così si esprimeva: «Non si poteva scegliere Lucifero come patrono in Radiologia? No. Vi è luce e luce. Luce che splende per far vedere e luce che splende per abbagliare. La prima ci fa conoscere la verità, la seconda ce la nasconde... In teologia, noi riceviamo la luce dalla legge; in radiologia i Dottori ricevono la legge dalla luce...». Fr. Vittorio Vescovo – così si firmava – alla lettera aggiunse uno scritto, definito «nobilissimo»

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

dal cappellano su *Raggi, Padiglione e Tabernacolo*, in cui tra l'altro scriveva: «...Queste luci, questi raggi ogni giorno funzionano. È una battaglia di luce, una battaglia di raggi e una vittoria, un trionfo quotidiano di scienza e di Fede. Il male che strazia la carne è figlio del male che strazia lo spirito, e come questo, così quello ha paura della luce. Allora, sia benedetta e benvenuta la luce! Aprite, o Dottori, il Padiglione dei raggi, aprite la corrente, accendete la luce e fuggate la tenebra di quel caos che si chiama dolore, e Voi Sacerdoti aprite il Tabernacolo, aprite la via alla corrente superna, accendete la luce e fuggate le tenebre di quel caos che si chiama peccato. Voi Dottori trasverberate i sensi; Voi, Sacerdoti, irradiate i cuori...».

Anche le Eccellenze Reverendissime Pasquale Righetti, Vescovo di Savona e Noli, e Cesare Boccoleri, Vescovo di Terni e Narni, manifestarono per via epistolare il loro compiacimento «alla bella e santa iniziativa dei Proff. Maragliano, Cardinale e Vallebona», aggiungendo anche che «il Padiglione dei Raggi dell'Ospedale di Genova diffonde luce di scienza e di fede!».

Questi accadimenti – e soprattutto le vie di irradiazione e luce – furono ripresi da Eugenio Milani, con aulico trasporto ma con sincera passione, nella sua prolusione alla Sapienza di Roma: «...Che la luce splenda nelle tenebre, che la luce splenda per la verità, che la luce che splende per far vedere, illumini le anime e illumini i corpi! Queste parole – irradiazione e luce – richiamano alla mia memoria la cerimonia genovese in cui Vittorio Maragliano nel 1933 chiamava San Michele Arcangelo, patrono dei radiologi, protettore della Radiologia. In questa luce di fede e di scienza la Radiologia riprende oggi – dalle nuove posizioni conquistate – il suo cammino e non importa se questo sarà ancora duro...».

In ogni caso, la scelta della Scuola genovese appare indovinata perché Michele Arcangelo, cioè capo degli angeli, oltre che Santo è venerato dalla «angelologia ecclesiastica» come uno dei sette angeli che stanno di fronte al trono di Dio; la Sacra Scrittura lo chiama «uno dei primi principi» e ne fa il condottiero delle milizie celesti nelle battaglie contro le forze dell'Inferno. Michele, nell'iconografia religiosa, è l'unico che veste armatura; egli, inoltre, ha gli attributi di guardia del Paradiso e di conduttore delle anime. La sua lotta col drago è scena amata sin dall'arte carolingia e ottomana: queste sue qualità e virtù si ritrovano anche in alcuni famosi versi di Milton nel «Paradiso Perduto».

In occasione del XXV della fondazione della SIRM, nel 1938, A. Possati riportò la notizia dell'iniziativa della Scuola genovese in maniera succinta e nel volume giubilare – per lasciarne segno tangibile alla comunità radiologica – fece stampare il famoso San Michele Arcangelo di Guido Reni. Nell'autunno del 1939 – XVIII dell'Era Fascista – il Presidente della nostra Società prof. G.G. Palmieri pensò di riprendere l'iniziativa della Scuola genovese e del suo maestro Vittorio Maragliano, e di fare le pratiche opportune per ottenere dalla Suprema Autorità della Chiesa Cattolica, l'approvazione di quell'iniziativa e la designazione ufficiale di San Michele Arcangelo a Patrono dei Radiologi. Emblema della radiologia italiana divenne l'arazzo di San Michele, commissionato all'artista bolognese Pietro Pietra (1883-1956) col motto incassato in ovale «Usque dum luceam». La domanda inoltrata da Palmieri al Papa, avvenne sotto questa forma:



EUGENIO PACELLI, PAPA PIO XII PASTOR ANGELICU



IMMAGINE GIOVANILE DI
ALESSANDRO VALLEBONA



DIPINTO DI SAN MICHELE
ARCANGELO DI GUIDO RENI



GIAN GIUSEPPE PALMIERI



VITTORIO MARAGLIANO

SUPPLICA DEL PRESIDENTE DELLA SIRM

28 dicembre 1939-XVIII

Beatissimo Padre,

Mi faccio ardito di ricorrere alla Santità Vostra, nella mia veste attuale di Presidente della Società Italiana di Radiologia Medica per rendere noto un desiderio della grande maggioranza dei Radiologi Italiani.

Nell'anno 1933, ad iniziativa del Prof. Vittorio Maragliano, Ordinario di Radiologia nella R. Università di Genova, più volte mutilato alle mani per infermità gloriose contratte nell'esercizio di questa nostra mirabile e rischiosa disciplina, fu posta nel Padiglione Radiologico dell'Ospedale San Martino in Genova un'immagine di San Michele Arcangelo, nell'intento di eleggerlo a Protettore dei Radiologi, a Patrono della Radiologia. A chi ha l'onore di scriverVi, Beatissimo Padre, sembra ancora che la scelta di San Michele Arcangelo valga a rappresentare il trionfo della luce contro le tenebre o se pure si voglia, il trionfo della luce del bene contro la luce del male; che poi, nel caso particolare della Radiologia, potrebbe rappresentare altresì la lotta e la vittoria dei raggi X o di quelli che promanano dal radio, sia nell'investigazione dei mali che nel tentativo di debellarli.

Ma si ricorre oggi a Voi, Beatissimo Padre, al fine di ottenere dalla Santità Vostra che sia sancito nelle forme d'Ufficio il riconoscimento di questa elezione di San Michele Arcangelo a Protettore dei Radiologi e Patrono della Radiologia.

Il sottoscritto si lusinga che questa domanda sia tenuta in benevola considerazione ed invoca per sé e per tutta la Radiologia Italiana l'Apostolica Benedizione.

L'iniziativa di rivolgersi direttamente a Pio XII poteva apparire azzardata. In vero l'austero, ieratico e aristocratico Papa Pacelli, il «Pastor Angelicus» secondo la predizione di Malachia, era estremamente rigido e sensibile alle procedure gerarchiche: per la sua lunga estrazione diplomatica di Nunzio; per il suo assetto mentale teutonico, tant'è che era considerato *deutschfreundlich*; per l'altissima considerazione del suo ruolo di Sommo Pontefice, Vicario di Cristo.

Invece il bersaglio era ben centrato perché, sotto la scorza di cesaropapismo, v'era il Pastore Romano che aspirava a una Chiesa saldamente unita e forte come un impero che, con la sua autorità morale, fosse in grado di dominare i popoli in ogni sua sfera: civile, sociale, scientifica, religiosa.

Infatti la risposta fu benevola. In data 15 gennaio 1941 fu emesso il Decreto della Sacra Congregazione dei Riti che costituiva «*Sanctus Michael Archangelus pro radiologis et radiumtherapeuticis patronus et protector declaratus*». Il decreto Papale fu trasmesso al presidente Palmieri in data 8 aprile 1941 da Sua Eminenza Reverendissima il Cardinale Giovan Battista Nasalli Rocca di Corneliano, Arcivescovo di Bologna, il quale nella lettera di comunicazione scriveva che: «Il Signor Cardinale Carlo Salotti, Vescovo di Palestrina e Prefetto della Sacra Congregazione dei Riti, ci ha inviato con sua lettera del 31 marzo u.s. il decreto col quale il Santo Padre si è degnato accogliere la preghiera che Voi a nome anche della grande maggioranza dei Radiologi italiani Gli avete umiliato per ottenere che fosse concesso a celeste Patrono l'Arcangelo San Michele e che Noi ben volentieri abbiamo commendato...». Il Decreto cennato fu pubblicato nel Bollettino della Diocesi di Bologna e merita di essere trascritto per intero.

DECRETO DELLA SACRA CONGREGAZIONE DEI RITI

Fra le mirabili invenzioni di questi tempi, tengono certo un posto di preminenza quelle che riguardano l'arte radiologica e radioterapica; la prima diretta a scrutare i secreti della natura e gli altri organi del corpo, l'una e l'altra poi adattissime a curare per mezzo del radio, malattie gravissime e insanabili.

Siccome però l'uso e l'esercizio di tante invenzioni non avviene senza pericolo degli stessi curanti, conviene al popolo cristiano invocare l'intercessione degli Angeli e dei Santi, affinché non manchi l'aiuto di Dio Onnipotente ai radiologi, ai radioterapisti e anche ai poveri malati. Per questo il Presidente della Società Medica Italiana di Radiologia, a nome di quasi tutti i radiologi d'Italia, ha umiliato preghiere al Santissimo Signor Nostro Pio Papa XII, perché San Michele Arcangelo venga dichiarato e costituito Patrono e Protettore dei Radiologi.

Pertanto Sua Santità il 15 gennaio u.s. accogliendo con molta benevolenza queste preghiere, su riferimento del sottoscritto Signor Cardinale Prefetto della S. Congregazione dei Riti, si è degnata di dichiarare e costituire San Michele Arcangelo Patrono e Protettore dei Radiologi e dei Radioterapeuti, affinché Lui che conosciamo presidio contro la nefasta azione del demonio, ci sia sollievo delle nostre infermità. Nessuna cosa opponendosi in contrario.

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

Palmieri, firmandosi umilissimo Prof., doverosamente ringraziando, rispose a Nasalli Rocca. Si era nel pieno della seconda guerra mondiale e le sorti cominciavano ad apparire non favorevoli alla nostra patria: riverbero di questi sentimenti di preoccupazione, di dolore e sofferenza si hanno nel documento epistolare che la SIRM – per diretto ringraziamento – inviò a Pio XII.

Dopo circa 100 anni un trasalimento di angoscia per quei tempi bui non può non prendere l'animo nostro, notando firme monche e parziali, perché molti dei nostri colleghi, componenti di quel consiglio direttivo, erano al fronte rischiando la vita. Rileggiamo la lettera.

Bologna, 9 luglio 1941-XIX

Beatissimo Padre,

I sottoscritti si rendono interpreti dei sentimenti espressi dalla totalità dei Radiologi Italiani, nel pregare umilmente la Santità Vostra di voler ricevere le espressioni della loro filiale, devota gratitudine, per aver accolto con benevolenza paterna la loro richiesta, affinché fosse riconosciuto a loro, esposti ogni dì all'insulto dei raggi X e delle sostanze radioattive, nonché ai miseri pazienti che ricorrono al presidio di codesti raggi, un Santo Patrono, nella figura magnifica dell'Arcangelo San Michele.

I sottoscritti avrebbero voluto far seguire queste modeste espressioni della loro gratitudine dalla firma di tutti i componenti il Consiglio Direttivo di questa Società, ma hanno dovuto rinunziarvi in considerazione dell'assenza di numerosi membri, chiamati in servizio dalla Patria in armi.

Per questi fratelli, come per gli altri, che compiono il loro dovere di soldati; per gli altri radiologi ancora, che nelle corsie degli ospedali o nei loro laboratori perseverano nella diuturna fatica, illuminata oggi, per la Vostra superiore bontà, da una nuova speranza; per sé e per le proprie famiglie, i sottoscritti invocano dalla Santità Vostra una rinnovata benedizione.

E si professano, con tutta umiltà, della Santità Vostra, devotissimi figli.

G. G. Palmieri (Presidente) - L. Turano (un Vice Presidente) - R. Balli (Presidente di Sezione) - V. Maragliano (Presidente di Sezione) - M. Ponzio (Presidente di Sezione) - M. Bertolotti (rappresentante del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici) - A. Possati (Segretario).

La primazia italiana nella designazione di San Michele Arcangelo a protettore della disciplina è riconosciuta nella letteratura e nei trattati internazionali di storia della radiologia. Anche gli anglosassoni se ne appropriano, pur con l'ironia dissacrante, tipica della loro mentalità. Dopo l'affiliazione dei radiologi l'Arcangelo Michele divenne anche il patrono dei banchieri e della polizia. Non sta a noi stabilire se la compagnia sia ottimale. Ma è possibile un'impennata d'orgoglio, ricordando l'affermazione di Cechov che «la capacità di fede è propria soltanto delle organizzazioni superiori». ■

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

centrostudicardello.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 centrostudi@sirm.org
 - AIRO segreteria@radioterapiaitalia.it
 - FONDAZIONE SNR fondazioneSNR@raggix.it
 - AINR AINRsegreteria@aimgroup.eu
- 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.