IL RADIOLOGO

GENNAIO
FEBBRAIO
1>2022

Pubblicazione trimestrale 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).

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 Onorario
Corrado Bibbolino

Direttore
Palmino Sacco
direttore.radiologo@gmail.com

Vice Direttore
Andrea Magistrelli

Segretaria di Redazione e segreteria SNR
Antonella Bellacqua
e-mail: redazioneilradiologo@gmail.com

Segreteria SIRM e Comunicazione
Ilaria Giannetta

Redattori
Antonio Pinto (Direttore JRR)
Zairo Ferrante
Claudia Giaconi
Carlo Liguori
Daria Schettini
Filippo Mangiapane
Sabrina De Leonardis
Gloria Addeo (SNR Giovani)
Federico Bruno (SIRM Giovani)
Giovanni Mandoliti (AIRO)
Gabriele Gasparini (AINR)
Alfredo Muni (AIMN)
Vito Cantisani (SIRM)
Riccardo Ferrari (SIRM)

PERIODICO TRIMESTRALE
ANNO LXI - N. 1
GENNAIO - FEBBRAIO 2022

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

Questo numero è stato chiuso nel mese di marzo 2022.
Abbonamento annuo per i non iscritti alle associazioni: 40,00 (I.V.A. assolta dall'editore - art. 74 lett. c) D.P.R. 26/10/72 n. 633 e D.M. 28/12/72 - compresa nel prezzo dell'abbonamento).
Registrazione del Tribunale di Milano n. 66 del 17/03/2015

IN QUESTO NUMERO

GENNAIO FEBBRAIO
1>2022

LE PAGINE SNR

3 | Il Segretario SNR. Manovra 2022: Dove stiamo andando? - *F. Pinto*
6 | Il nuovo contratto dei medici di famiglia - *F. Lucà*
8 | La pensione 2022 - *F. Lucà*
10 | Convenzione FASSID e BPM per anticipo TFS - *G. Mandoliti*
11 | SNR Giovani. SNR Giovani cresce - *G. Addeo*
12 | SNR Giovani. Comunicazione e lobbismo: cronaca di un evento - *R. Vezzaro*
14 | Un'ipotesi di Riforma del Lavoro e dello Stato Giuridico del Medico - *S. Proia*
16 | Verbale. Segreteria Nazionale Fassid – Area SNR. Centro Studi il Cardello, 18 Novembre 2021

LE PAGINE SIRM

18 | Il 2022 è l'anno del 50° Congresso Nazionale SIRM - *C. Catalano, A. Orlacchio, E. Pofi*
22 | Le donne: motore di progresso - *N. Gandolfo*
24 | SIRM Management. Il PNRR declinato nell'Area Radiologica - *F. Mangiapane*
27 | SIRM Radioprotezione. Corso AIFM-SIRM - *R. Grassi*

LE PAGINE AIRO

28 | Lettera del nuovo Presidente AIRO Cinzia Iotti
30 | In Memoriam. In ricordo del Dott. Ermanno Emiliani
31 | Verbale. Consiglio Direttivo - 24 Gennaio 2022

LE PAGINE AIMN

37 | la PRRT in Piemonte: un'esperienza di Rete - *V. Pirro, E. Pomposelli*

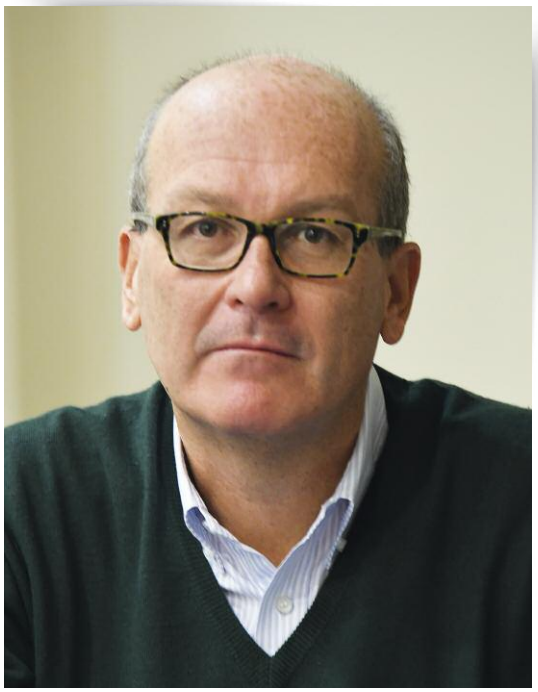
LE PAGINE DELLE RUBRICHE

40 | Da un trimestre all'altro. Andrea Laghi confermato nel consiglio superiore di sanità
40 | Da un trimestre all'altro. Dal Sindaco Gualtieri nominati i delegati del sindaco per le asl RM1, 2 e 3
41 | Letto per voi. La Medicina che non c'è di Ottavio Davini - *P. Sacco*
42 | Letto per voi. Giuseppe Scotti, La TAC cinquant'anni fa. 1972-2022. Gli esordi in Italia. Dall'EMI-scanner all'intelligenza artificiale - *P. Cosmacini*
45 | I labirinti della Radiologia tra storia e storie. Madame Curie e le discipline dell'Area Radiologica (seconda parte) - *A. E. Cardinale*
49 | La voce degli Ordini. La commissione per il potenziamento dell'Area Radiologica dell'OMCeO di Roma produce il primo documento per la Radiologia - *Z. Ferrante*

IL SEGRETARIO FABIO PINTO

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202201

MANOVRA 2022: Dove stiamo andando?



La legge di Bilancio 2022 recentemente approvata ha proseguito l'azione di sostegno all'economia in questa perdurante fase di contrasto alla pandemia. Si continua, pertanto, a finanziare con risorse significative la risposta all'emergenza sanitaria. In parallelo a questo, la Legge di Bilancio definisce nuovi interventi a medio e a lungo termine che mirano a rafforzare l'azione intrapresa con il PNRR, pilastro dell'azione di politica economica avviata nel 2021, al fine di gettare le basi di una crescita economica superiore a quella media registrata in Italia nell'ultimo ventennio. Come noto, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nell'ambito della Missione 6 (Salute), stanzia 18,5 miliardi di euro con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure: già in precedenza ci siamo impegnati a seguire l'evoluzione dei possibili scenari onde evitare stravolgimenti che abbiano impatto negativo sulla nostra attività professionale.

Ma veniamo alle misure che interessano più da vicino la Sanità, di seguito elencate.

SEGRETERIA NAZIONALE

Presidente Nazionale
Paolo Sartori

Segretario Nazionale
Fabio Pinto

Vice Segretario Nazionale
Giulio Argalia

Segretario Amministrativo
Giovanni Mandoliti

Coord. Interregionale Nord
Francesco Monteduro

Coord. Interregionale Centro
Claudio Guerra

Coord. Interregionale Sud
Giuseppe Capodieci

Rappr.Te Settore per i Liberi Prof.
Bruno Accarino

Rappr.Te Settore Università
Antonio Orlacchio

Rappr.Te Radiodiagnostica
Riccardo Ferrari

Rappr.Te Radiodiagnostica
Vincenzo De Ruvo

Rappr.Te Radiodiagnostica
Luisa Manes

Rappr.Te Radiodiagnostica
Filippo Mangiapane

Rappr.Te Radioterapia
Gianpaolo Montesi

Rappr.Te Medicina Nucleare
Augusto Manzara

Rappr.Te Neuroradiologia
Gabriele Gasparini

Rappr.Te Settore Fisici
Antonella Soriani

Presidente Fondazione Area Radiologica
Francesco Lucà

Primo Presidente
Raffaele Pinto

Direttore "Il Radiologo"
Palmino Sacco

Direttore sito web
Andrea Magistrelli

Segretario Verbalizzante
Carlo Liguori

SNR Giovani
Gloria Addeo

SEGRETARI REGIONALI

Abruzzo
Antonio Calabrese

Alto Adige
Mauro Contini

Basilicata
Francesco Borraccia

Calabria
Adolfo Siciliani

Campania
Fabio Pinto

Emilia Romagna
Zairo Ferrante

Friuli V. Giulia
Stefano Smania

Lazio
Pasquale Paolantonio

Liguria
Valentina Claudiani

Lombardia
Ugo Sonvico

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
Graziella Di Grezia
Carlo Liguori

Emilia Romagna
Marilene Eccher

Lazio
Angelo Gaetano Carriero
Francesca Salvia

Liguria
Veronica Giasotto

Lombardia
Stefano Bracelli

Piemonte
Filippo Russo

Puglia
Stefano Andresciani

Sicilia
Filippo Mangiapane

Toscana
Lorenzo Testaverde

Veneto
Altin Stafa

Comma 258 (Incremento Fondo sanitario nazionale)
Si conferma l'incremento del Fondo sanitario nazionale di 2 miliardi l'anno per tre anni che porta lo stanziamento per il 2022 a quota 124,061 miliardi; a 126,061 miliardi per il 2023 e a 128,061 miliardi per il 2024.

Comma 260 (Contratti formazione specialistica dei medici)
Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici che il ministro Franco ha chiarito saranno stabilizzati al numero di 12mila posti l'anno per garantire il fabbisogno di specialisti in modo stabile, viene autorizzata l'ulteriore spesa di 194 milioni di euro per l'anno 2022, 319 milioni di euro per l'anno 2023, 347 milioni di euro per l'anno 2024, 425 milioni di euro per l'anno 2025, 517 milioni di euro per l'anno 2026 e 543 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027.

Comma 261 (Finanziamento del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023)
Vengono stanziati 200 milioni di euro per l'implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, che saliranno a 350 milioni nel 2023.

Commi da 263 a 267 (Edilizia sanitaria)
Il finanziamento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico viene incrementato di ulteriori 2 miliardi di euro.

Commi da 268 a 273 (Proroga dei rapporti di lavoro flessibile e stabilizzazione del personale del ruolo sanitario)
Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante la predetta emergenza, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, nei limiti di spesa consentiti:
a) verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi, anche nell'anno 2022, di medici specializzandi non oltre il 31 dicembre 2022;

Nel complesso, potremmo definire la manovra piuttosto avara, non tanto astrattamente nei confronti della Sanità, ma sicuramente nei confronti di coloro che, solo pochi mesi fa, venivano definiti "eroi" nazionali e che sono stati ulteriormente umiliati, negli ultimi giorni, dalla bocciatura in Senato di un emendamento che prevedeva ristori per le famiglie dei colleghi deceduti per COVID. Infatti, nonostante i recenti sforzi del governo, il finanziamento del SSN rimane ampiamente inferiore rispetto a quello degli altri principali paesi europei. Forse, una volta tanto non a nostro detrimento, l'emergenza da Covid-19 ha stravolto i rapporti delle forze in campo dopo aver scoperchiato la fragilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale, che, tartassato da anni di tagli lineari, già stentava a sostenere la gestione del regime ordinario prima della pandemia.
Al fine di contrastare il disagio, in una ottica di dialogo istituzionale, abbiamo a disposizione lo strumento legislativo e quello contrattuale. A proposito del secondo, pur nella consapevolezza che nell'arco temporale di un singolo contratto non si possono realisticamente raggiungere tutti gli obiettivi auspicati, dovremo partire dalle eccessive differenze nell'applicazione contrattuale tra regione e regione. Denunciamo grandi differenze, tra azienda e azienda, in termini di sovraccarichi di lavoro per guardie attive,

b) possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio sanitari che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del servizio sanitario nazionale almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive. Viene modificato l'articolo 11 del DL 35/2019 stabilendo che la spesa per il personale sanitario, a livello regionale, possa essere incrementata di un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, stabilizzando così tale incremento che attualmente era previsto solo fino al 2021 per poi scendere al 5%.

Si stabilisce inoltre che dal 2022 l'ulteriore incremento del 5% (già previsto dall'attuale normativa) sarà subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni, su proposta dell'Agenas, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio Sanitario Nazionale, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Le regioni sulla base della predetta metodologia predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti.

Per dare continuità ai Lea, il personale in servizio presso il servizio 118 che, alla data di entrata in vigore della legge, ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno 36 mesi, può accedere alle procedure di assegnazioni degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato destinato al servizio di emergenza-urgenza 118 anche senza il possesso del diploma attestante la formazione specifica in medicina generale. A determinare il periodo di anzianità lavorativa concorrono periodo di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi 10 anni, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato.

Commi 293 e 294 (Indennità di Pronto Soccorso, Dirigenza medica e personale del comparto sanità)

Per il personale dipendente che lavora nei Pronto soccorso viene prevista un'indennità accessoria dal 1 gennaio 2022 in ragione dell'effettiva presenza in servizio. La misura vale in totale 90 mln di euro e sarà a valere sul Fondo sanitario 2022. Nello specifico, si prevede che nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro è definita, nei limiti degli importi annui lordi di 27 milioni di euro per la dirigenza medica e di 63 milioni di euro per il personale del comparto sanità.

reperibilità, lavoro burocratico, organici, retribuzioni e crescita professionale: tutte queste carenze causano la migrazione dei giovani colleghi verso il settore privato.

Di conseguenza, nella prossima tornata contrattuale, dovremo, se necessario, far nascere una questione "politica" a tutela dei nostri diritti! SNR e FASSID si faranno portavoce di proposte sull'organizzazione del lavoro e sul disagio, sui volumi di attività, sulla tele-radiologia, sulla radioprotezione, sulla tutela delle donne lavoratrici. Bisogna superare il modello attuale di Azienda, che non risponde più alle esigenze storiche, mettendo in campo le riforme utili a consentire che le specificità professionali siano realisticamente rispettate. Chiediamo massima attenzione all'aggiornamento e alla formazione professionale, formalmente previsti ma spesso scoraggiati. Auspichiamo la semplificazione delle relazioni sindacali, la cui governance dovrà essere incorniciata nel nuovo modello di relazione tra realtà del territorio e ospedale.

Sicuramente ci rendiamo conto di quanto sia difficile muoversi nell'ambito del governo di sistemi complessi quale quello sanitario, ma, nondimeno, ogni nostro sforzo sarà teso a portare avanti quella che, senza timore, possiamo definire una "battaglia di civiltà". ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202202

Francesco Lucà

IL NUOVO CONTRATTO *dei medici di famiglia*

Il PNRR è la vera strategia per il futuro del SSN. Una grande opportunità ma al tempo stesso un fattore di rischio molto elevato. Anni di sotto finanziamento della sanità hanno fatto venire al pettine tutte le problematiche che ci sono cadute addosso con l'esplodere della pandemia Covid. Se gli investimenti sono necessari, anzi indispensabili, il dubbio che ci assale è quello di un sistema politico che non ha mai saputo programmare adeguatamente in sanità. Gli ammodernamenti sono necessari, ma è la riforma del sistema che ci preoccupa. La fragilità che è sotto gli occhi di tutti non è solamente nell'ospedale che va rivitalizzato sia in tecnologia ma soprattutto in uomini.

Tutti i report ci dimostrano carenze gravi sia tra i medici che tra gli operatori sanitari. Gli ospedali vanno sempre più indirizzati a risolvere i problemi più acuti e gravi di qualsiasi patologia, ma in ospedale non devono più essere gestiti malati che possono esserlo presso il proprio domicilio o in strutture agili e ben organizzate. In una parola la cronicità non deve essere dell'ospedale, a meno che non si trasformi in malattia acuta, aggravata dall'assommarsi di patologie. La pandemia ha messo ancora più a nudo le difficoltà del territorio, del mondo che dovrebbe essere gestito dai medici di famiglia e dalla medicina del territorio.

Se leggiamo le risorse impegnate dal PNRR vediamo che il 45% delle risorse è destinato alla implementazione delle reti di prossimità e strutture di telemedicina per l'assistenza territoriale mentre il restante 55% è destinato all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione della sanità. In parole povere la prima trance ha l'obiettivo del potenziamento dell'assistenza territoriale, creando nuove strutture quali gli Ospedali e le Case della Comunità. Il potenziamento del territorio è cosa di cui sentiamo parlare da decenni. Nel 2012 la Legge Balduzzi tentò un approccio normativo che non fu mai messo in atto e poche Regioni hanno tentato di ammodernare l'assistenza territoriale. La pandemia ha drammaticamente evidenziato queste carenze.

In questo quadro tutti, esperti e non, hanno percepito lo stato di abbandono del territorio e come questa grave carenza mettesse in crisi il servizio sanitario da decenni sottofinanziato e depauperato di personale e di strumenti. E' apparso allora quanto fosse reale l'importanza della medicina generale. Il significato politico è chiaro: per costruire la nuova organizzazione del territorio, secondo le indicazioni individuate nell'ambito del PNRR, è indispensabile l'accordo con i medici generali protagonisti essenziali della sanità, primi e fondamentali interlocutori dei cittadini e delle comunità. Basta pensare al ruolo unico che consentirà di riformulare l'assistenza domiciliare e la continuità assistenziale esaltando la risposta ai bisogni dei cittadini, all'inserimento di tutti i medici in un'organizzazione che, superi così il lavoro individuale e lo sostituisca con il gruppo connesso con gli specialisti, gli infermieri e il personale di supporto.

L'apertura verso l'incremento delle competenze cliniche diminuendo, si auspica, quelle amministrative; l'obbligo di alcune prestazioni comprese quelle vaccinali, la connessione funzionale con il sistema delle case di comunità in cui possono operare i medici mantenendo tuttavia i loro studi periferici. Basteranno i finanziamenti del PNRR? Noi crediamo che non bastino perché bisognerà assumere infermieri e personale di supporto, offrire al medico strumenti diagnostici di base e completare l'informatizzazione del servizio, degli studi medici e dei cittadini e soprattutto perché le scadenze del PNRR

impongono l'adozione di una riforma del territorio entro la prima metà dell'anno.

In questo contesto è arrivata l'ipotesi di nuova convenzione per i medici di famiglia. Rapporto di lavoro sempre convenzionato ma con un impegno orario fissato a 38 ore settimanali di cui 20 ore da svolgere negli studi e 18 ore in attività sanitarie promosse dal distretto di cui almeno 6 nelle Case della Comunità. Il tutto sempre senza intaccare il rapporto fiduciario con i pazienti. Novità anche per la retribuzione: il 70% su base capitaria mentre il 30% sarà legato a determinati obiettivi definiti dal Distretto. Inoltre, gli studi dovranno essere collegati in rete e saranno incentivate le aggregazioni tra professionisti. Ma molte Regioni stanno auspicando un rapporto di lavoro non più convenzionato ma dipendente.

I contratti, come ben sappiamo, sono costrutti sociali; norme e istituti che disciplinano il rapporto di lavoro finalizzandolo al raggiungimento di obbiettivi riconosciuti come validi dal campo istituzionale. Molte organizzazioni sindacali mediche avevano già da tempo paventato una convenzione che spostasse il rapporto di lavoro in un ambito di dipendenza. Questo timore ha subito provocato una levata di scudi da parte di chi afferma che l'abolizione del regime convenzionale farebbe franare questo bel mondo appannaggio dei medici navigati tra norme e codicilli, a partire dal rapporto fiduciario che verrebbe annullato dal rapporto di dipendenza. Secondo loro nessun servizio medico può sopravvivere se non si fonda sulla figura di un medico che pratica una medicina volta insieme all'individuo e alla comunità, attenta ai rischi ambientali e alla cura dei cronici e dei fragili, non soltanto un filtro rispetto alla specialistica o un custode dell'equità economica ma un professionista capace di ascolto, empatia e relazionalità. Il disagio dei medici, travolti da un'amministrazione incongrua e incoerente, diventa un rischio per la tenuta stessa del sevizio.

Il medico generale è vincolato al servizio e il suo studio ne è un presidio ma l'elasticità del rapporto gli consente di rispondere alle esigenze dei suoi pazienti, quelli che hanno espresso fiducia in lui, così esercitando quella libertà di scelta voluta dalla 833 ma inapplicabile nel rapporto di dipendenza. Certamente anche per questi colleghi occorre una "nuova organizzazione delle cure primarie" e questa è possibile solo consentendo al medico generale di svolgere quelle competenze che i medici, soprattutto i più giovani, invocano da anni.

Dunque il contratto dei MMG non può essere un modello contrattuale che, come quello dei medici ospedalieri genera, secondo i medici che lo avversano, un rapporto di subordinazione, impropriamente chiamato di dipendenza, come un castigo divino. Se proprio dipendenza dovesse essere dovrebbe basarsi sull'apertura di una vera stagione contrattuale in cui si rimuovono le scorie di un sistema che non funziona e che non genera il valore aggiunto derivante dalle reti cliniche botton up fondate sulle relazioni tra strutture e soprattutto tra professionisti.

Chi sostiene il mantenimento del rapporto di convenzione parte dal presupposto che solo chi lo conosce e lo vive ne possa parlare. E' titolato a parlare chi di questo sistema detiene il potere con annesse utilità; le vecchie generazioni di MMG che ignorano le esigenze, le speranze e le attese dei giovani. Medici oggi sopraffatti dal carico burocratico indotto dal COVID che temono che la riforma in fieri possa peggiorare le loro condizioni di lavoro, non essendo stati coinvolti nel processo decisionale; professionisti, che si sentono emarginati, abbandonati da sistemi obsoleti e che temono di non reggere alla pressione crescente dei pazienti.

Per la vecchia guardia, poi, il mantenimento del regime convenzionale è un generatore di potere che nulla ha a che vedere con il ruolo e la qualità del servizio reso e che di fatto è indifferente sia nei confronti dei medici giovani che dei pazienti. Inoltre il rapporto convenzionale apre le porte alle cariche ordinistiche, quasi tutte in mano dei medici convenzionati, e poi alle sovrastrutture della professione: ideologiche (FNOMCEO) e finanziarie (ENPAM). Come definire, altrimenti, l'entrata in campo della nave ammiraglia della medicina convenzionata, l'ENPAM che, pur di sostenere la posizione dei sindacati contrari alla dipendenza, evoca quadri catastrofici come l'impossibilità di garantire la pensione in essere ai medici. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202203

Francesco Lucà

LA PENSIONE *2022*

Se c'è una certezza nel sistema di quiescenza italiano è che non vi sono certezze. Un sistema in costante evoluzione che dopo più di dieci anni di riforma Fornero non vede traccia di stabilizzazione, anzi la recente Legge di Bilancio ha dimostrato che il 2022 sarà un anno di transizione. I due segnali evidenti sono stati l'aver abbandonato "quota 100" per sostituirla con "quota 102", ma dichiarando esplicitamente che funzionerà solo per il 2022, e anche "Opzione donna" che è stata solo prorogata per quest'anno non avendo trovato, al momento, soluzioni più organiche. Di fatto le notizie che diamo si riferiscono all'oggi senza poter ipotizzare soluzioni più durature. Però una nota sicura la possiamo dare: fino al 2024 non ci sarà aumento dell'età per avere diritto all'assegno di vecchia: 67 anni. Cerchiamo di esaminare le voci che interessano maggiormente il mondo dirigenziale medico.

La pensione di vecchiaia rimane a 67 anni, sia per donne che per uomini, perché sono stati "sterilizzati" gli adeguamenti previsti in base all'aspettativa di vita. La riforma Dini del 1995 ha fatto da divaricatore per i sistemi di calcolo dell'assegno di pensione. A chi avesse maturato almeno 18 anni al 31/12/95 si applica il criterio retributivo. Sistema modificato a partire dal 1/01/2012 dalla legge Fornero, perché da quella data si applica il sistema contributivo, molto meno favorevole perché legato al valore stipendiale degli ultimi anni. Ai fini della pensione ogni anno vale il 2%, quindi con 35 anni si matura un assegno intorno al 70% della media degli stipendi rivalutati degli ultimi 10 anni e con 40 anni si arriva a circa l'80%.

I soggetti con meno di 18 anni di contributi al 1995 avranno un sistema così detto "misto" cioè retributivo fino al 1995 e contributivo da lì in poi. In questo caso la riduzione dell'assegno dovrebbe essere pari ad un 1% anno per gli anni contributivi. Più si è vicini alla pensione e più il livello stipendiale è alto e minore la perdita.

Per coloro che fossero entrati dal 1/1/1996 in poi vale solo il sistema contributivo.

Ricordiamo che in senso assoluto per accedere alla pensione bisogna comunque avere almeno 20 anni di contribuzione a prescindere dal sistema di calcolo adottato.

La pensione anticipata ha sostituito nominalmente la precedente denominazione di pensione di anzianità. Rimane il 2022 con le stesse regole e lo rimarrà fino al 2026 perché sono stati congelati i previsti adeguamenti legati alle speranze di vita. Il requisito rimane di 42 e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne, indipendentemente dall'età anagrafica. Per la pensione anticipata vige la regola della finestra mobile di uscita. La decorrenza del trattamento di pensione scatta dal primo giorno del trimestre successivo a quello di maturazione dei requisiti.

Solo il 2022 "quota 102" La precedente "quota 100" ha avuto nel triennio di vita poco successo ed alti costi per il bilancio pubblico. "quota 102" si raggiunge con una età anagrafica di almeno 64 anni

ed una anzianità contributiva di 38 anni, requisiti da raggiungere entrambi. Questo istituto si applica ai sanitari dipendenti iscritti Inps e non ai convenzionati ed ai liberi professionisti. Quindi la contribuzione valida è solo quella presente in Inps, ossia quella obbligatoria; quella volontaria cioè riscatto di laurea e specializzazione; quella figurativa per esempio il servizio militare e quella ricongiunta da altri enti a titolo oneroso, anni di lavoro in convenzione trasferiti dall'Enpam all'Inps a domanda. La rendita di pensione sarà inferiore, a seconda dei livelli economici raggiunti, in misura variabile dal 5 al 25%. Oltre alla notevole decurtazione percentuale dell'assegno il dato che rende questa modalità poco appetibile per i medici è la non cumulabilità della pensione con redditi di lavoro dipendente o autonomo fino alla maturazione dei requisiti per la pensione di vecchiaia ad eccezione di redditi da lavoro autonomi occasionale fino a 5.000 €/lordi/anno.

Per andare effettivamente in pensione occorre attendere una finestra pari a 3 mesi per i dipendenti del settore privato e 6 mesi per i dipendenti.

Attenzione: chi avesse maturato i requisiti di "quota 100" entro il 31/12/2021, i nati entro il 31/12/1959, può andare ancora in pensione con quel sistema quando vorranno dopo uno, due o tre anni perché il diritto acquisito può essere esercitato anche successivamente. Sempre con le stesse penalizzazioni. La stessa cosa accadrà anche con "quota 102" per i nati entro il 31/12/1958. "Cristallizzazione del diritto".

Opzione donna. Solo per loro la possibilità anche per questo anno di andare in pensione con una rendita calcolata, però, con il solo sistema contributivo. Il vantaggio è una uscita molto anticipata ma con un taglio dell'assegno di pensione direttamente proporzionale all'anticipo. Si parla del 25-35%. Nel 2022 servono 35 anni di contributi raggiunti nel 2021 e 58 anni anagrafici; 59 anni per le lavoratrici autonome. In pratica può essere utilizzata da chi sia nato nel 1962 e 63, finestra di uscita 12 mesi per dipendenti e 18 per autonome quindi pensione percepita a 60 e 61 anni compiuti. Se i requisiti vengono raggiunti entro il 31/12/2022 il pensionamento potrà avvenire in qualsiasi data successiva, per il concetto di "cristallizzazione" del diritto, quindi nel 2023 o anche dopo. Ricordiamo che i 35 anni di contributi non possono essere ottenuti con il cumulo gratuito ma oneroso, ma si possono riscattare in modalità agevolata gli studi universitari. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202204

Giovanni Mandoliti

CONVENZIONE FASSID E BPM PER ANTICIPO TFS

SNR insieme alle altre Organizzazioni Sindacali aderenti alla FASSID ha sottoscritto, per i propri iscritti, con il Gruppo Bancario BPM una Convenzione estremamente favorevole, con la quale ottenere immediatamente il 100% della liquidazione, senza dover attendere anni. La "liquidazione" (TFS/TFR) per le pensioni di anzianità dei dipendenti pubblici viene erogata in tre rate: la prima dopo 24, la seconda dopo 36 e la terza dopo 48 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro. Quella per la pensione di vecchiaia, sempre in tre rate, dopo 12, 24 e 36 mesi. I pensionati che hanno usufruito della quota 100, e quelli che vanno in pensione con il cumulo, percepiscono la prima rata a 68 anni, la seconda a 69 e la terza a 70 anni. Un dipendente pubblico che dovesse andare in pensione con quota 100 a 62 anni e 6 mesi incasserebbe l'ultima rata della liquidazione addirittura a 70 anni, sette anni e sei mesi dalla pensione.

È evidente che si tratta di una norma che discrimina esclusivamente i lavoratori del settore pubblico e serve a rinviare nel tempo i soldi che lo Stato deve ai propri dipendenti, a differenza dei lavoratori del settore privato che percepiscono l'intera "liquidazione" entro tre mesi dal pensionamento. Che sia una palese ingiustizia lo dimostra il fatto che la cd "liquidazione" non è un gentile omaggio del nostro datore di lavoro. Si tratta di "salario differito"? Significa che i lavoratori hanno preferito spostare una quota dello stipendio dalla busta paga mensile, alla cosiddetta "liquidazione".

La Convenzione firmata dalla FASSID è identica a quella sottoscritta dall'Associazione dei Prefetti, dalla Corte dei conti, dall'Associazione Nazionale Magistrati, dal Consiglio di Stato, Ministero dell'Interno, Avvocatura dello Stato e altre amministrazioni militari e civili dello Stato.

La Convenzione è in vigore dal mese di dicembre 2021 ed è immediatamente utilizzabile.

Ai sensi dell'art. 4 della Convenzione stipulata con il Gruppo BPM, l'anticipo del TFS/TFR tecnicamente si configura come un fido di conto corrente.

La Convenzione prevede:

- un tasso di interesse fisso pari all'1%;
- la durata del prestito è fino all'erogazione dell'ultima rata prevista;
- le pratiche possono essere aperte presso tutte le agenzie del gruppo presenti sul territorio Nazionale, circa 1.500.

Il meccanismo è semplice. Il Lavoratore cede alla Banca il diritto alla liquidazione che gli spetta. La Banca eroga immediatamente tutta la liquidazione applicando un interesse fisso annuo pari all'1%, e incassa poi le somme direttamente dall'INPS alle scadenze e secondo la rateizzazione prevista dalla legge. Prima di sottoscrivere la Convenzione abbiamo confrontato ed esaminato diverse proposte di cessione del credito. Nessuna delle proposte in circolazione presentava condizioni altrettanto vantaggiose.

La documentazione necessaria:

- certificato rilasciato dall'INPS attestante la quantificazione dell'anticipo finanziario TFS/TFR https://www.inps.it/MessaggiZIP/Messaggio%20numero%204315%20del%2017-11-2020.pdf. Può essere richiesto direttamente dall'interessato oppure ci si può rivolgere ad un Patronato (CAF). Nel modulo di richiesta all'INPS del certificato nella casella ABI bisogna inserire il codice 05034 distintivo del Banco BPM;
- per ottenere la certificazione dall'INPS ci si può rivolgere al Patronato immediatamente dopo l'accredito della prima mensilità della pensione;
- attestazione della effettiva iscrizione all'Area SNR della FASSID.

Si fa presente inoltre che:

1) Il prodotto è erogabile dal Banco BPM previa apertura di un conto di appoggio tecnico. L'apertura del conto di appoggio è necessaria per consentire alla Banca di calcolare effettivamente i tempi di applicazione degli interessi, i quali vanno calcolati, nel tempo, alla data di effettiva erogazione del TFS/TFR dall'INPS alla Banca alle scadenze e secondo le rateizzazioni previste dalle norme.
2) E' necessario aprire il conto fisicamente presso una agenzia del Gruppo Banco BPM. Successivamente è possibile trasferire il denaro in qualunque banca sul territorio nazionale.
3) Si tratta di un prestito al tasso perentorio del 1% fino al pagamento del TFS da parte di INPS (scadenza naturale).
4) La Banca eroga immediatamente la somma corrispondente al TFS/TFR certificato dall'INPS (previo esito positivo della necessaria istruttoria creditizia da parte della banca, senza spese di istruttoria e di segreteria su base fiduciaria senza notaio) utile comunque mantenere sul conto quanto occorre per il pagamento degli interessi. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202205

Gloria Addeo

SNR GIOVANI CRESCE

SNR si rinnova e la quota under 40 rappresenta una parte sempre più consistente nell'ambito della nostra associazione: questo dato emerge dalla lettura dei numeri.

Infatti, alla data del 9 febbraio 2022, i giovani colleghi iscritti sono ben 825 (Tabella 1). Nello specifico, considerando il totale della dipendenza, gli under 40 sono circa il 22,3% che sale al 24,5% se consideriamo la casistica estesa a specializzandi, pensionati e a liberi professionisti. Il numero maggiore di iscritti juniores è presente in Campania, seguita da Sicilia, Veneto, Liguria, Lazio, Puglia, Emilia Romagna e Toscana (Tabella 2). Come è possibile osservare, il genere femminile ha una prevalenza numerica rispetto a quello maschile (452 donne vs. 373 uomini). In particolare, se andiamo a considerare la dirigenza ospedaliera anche qui troveremo una prevalenza del genere femminile (56%). Sul totale degli iscritti under 40 le donne rappresentano il 54,7% dei colleghi. In Tabella 2 viene riportata la distribuzione regionale dei nostri iscritti: come si può evincere, tranne che in Abruzzo e in Sicilia, si registra una prevalenza del genere femminile.

Questi dati confermano il crescente interesse dei giovani radiologi verso il nostro sindacato e consigliano anche l'opportunità di dover ascoltare e rappresentare le richieste che vengono dal mondo dei giovani. Per quanto riguarda la prevalenza di genere, sarà necessario che, nella prossima tornata contrattuale, venga dato maggiore spazio a porre in essere strumenti in grado di venire incontro alle esigenze della donna radiologo in termini di welfare. ■

ISCRITTI SNR UNDER 40 (AL 9 FEBBRAIO 2022)

	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
OSPEDALIERI	305	393	698
UNIVERSITARI	6	4	10
LIBERI PROFESSIONISTI	9	9	18
SPECIALIZZANDI	53	46	99
TOTALE	**373**	**452**	**825**

ISCRITTI SNR UNDER 40 (AL 9 FEBBRAIO 2022)

REGIONI	DIPENDENZA								TOTALE
	OSPEDALIERI		UNIVERSITARI		LIBERI PROFESSIONISTI		SPECIALIZZANDI		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
ABRUZZO	14	11	1	–	–	–	1	1	28
ALTO ADIGE	7	8	–	–	–	–	–	–	15
BASILICATA	2	2	–	–	–	–	–	–	4
CALABRIA	4	9	–	–	–	–	–	1	14
CAMPANIA	48	60	–	1	3	5	4	5	126
EMILIA ROMAGNA	23	23	1	–	–	1	5	2	55
FRIULI VEN. GIULIA	4	9	–	–	–	–	2	2	16
LAZIO	21	33	–	2	–	3	3	–	62
LIGURIA	26	42	1	–	–	–	–	1	70
LOMBARDIA	12	15	–	–	–	–	3	3	33
MARCHE	10	11	1	1	–	–	5	–	28
MOLISE	–	1	–	–	–	–	7	10	18
PIEMONTE	9	13	–	–	–	–	3	–	25
PUGLIA	18	20	1	–	2	–	7	13	61
SARDEGNA	7	8	–	–	–	–	5	2	22
SICILIA	41	38	–	–	1	–	4	3	87
TOSCANA	18	27	1	–	1	–	1	4	52
TRENTINO	8	10	–	–	–	–	–	–	18
UMBRIA	6	8	–	–	–	–	1	–	15
VALLE D'AOSTA	4	2	–	–	–	–	–	–	6
VENETO	23	43	–	–	2	–	2	–	70
TOTALI	**305**	**393**	**6**	**4**	**9**	**9**	**53**	**46**	

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202206

Roberto Vezzaro

COMUNICAZIONE E LOBBISMO: *cronaca di un evento*

Il 17 febbraio la Casa Comune dell'Area Radiologica, in via del Cardello a Roma, ha ospitato un appassionante corso su Comunicazione e Lobbismo, organizzato dalla Fondazione SNR e coordinato da SNR Giovani. L'incontro è stato introdotto dalla Rappresentante Giovani della Segreteria Nazionale Gloria Addeo e dal Segretario Nazionale Fabio Pinto, con la moderazione del Presidente Nazionale Paolo Sartori e del Presidente Fondazione Area Radiologica Francesco Lucà. Ospite e docente del corso Claudio Velardi, giornalista, saggista, blogger e docente universitario, già fondatore ed editore de Il Riformista. Da esperto comunicatore Claudio Velardi ha subito dismesso la toga da cattedratico ed ha offerto un divertente mix di teoria e pratica della comunicazione, condito da riflessioni filosofiche ed esperienze di vita, creando un'immediata empatia con l'uditorio e stimolando una interazione continua e frizzante.
Di seguito una breve sintesi del suo intervento, stilata dalla sua collaboratrice, Francesca Santoro.

Tutto è comunicazione

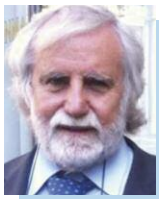
di *Francesca Santoro*

La storia dell'umanità può essere ripercorsa dal punto di vista della comunicazione, attraverso le "rivoluzioni comunicative" che hanno determinato una rottura con la fase precedente, e l'apertura di nuovi orizzonti. È ciò che ha fatto Claudio Velardi nella prima parte del convegno "Comunicazione e Lobbysmo" del 17 febbraio, rivolto ai giovani del Sindacato Nazionale Area Radiologica.
Un tempo, milioni di anni fa, non usavamo le parole. Eppure riuscivamo a comunicare. L'*australopithecus* si esprimeva a gesti, espressioni, posture. Attraverso i sensi. In seguito, con l'evoluzione a *homo sapiens*, ha acquisito la giusta conformazione fisica per parlare. Le culture orali tramandavano storie, creavano una memoria collettiva. L'epocale passo in avanti avvenne con la scrittura che, nonostante ciò che diceva, o meglio, scriveva Platone nel Fedro ("*la scoperta della scrittura avrà per effetto di produrre la dimenticanza nelle anime di coloro che la impareranno*") determinò un cambiamento radicale nella nostra storia. La possibilità di non affidare alla sola memoria qualunque produzione, la creazione di un pensiero scientifico. La scrittura permise un'enorme produzione artistica, filosofica, scientifica in ogni parte del mondo. Le grandi religioni monoteiste usavano la scrittura per i loro testi sacri e sfruttavano la comunicazione dei simboli per crescere: le immagini, le icone, erano - e *sono* - un mezzo indispensabile per attrarre la maggior parte dei fedeli, in un'epoca in cui l'alfabetizzazione non era così diffusa. I sovrani, più di tutti, utilizzavano determinate forme e tecniche di comunicazione. Grandi eventi come il Consiglio di Nicea e l'incoronazione di Carlo Magno rimasero impressi nella memoria della popolazione. Con la diffusione della religione cristiana, la parola e la scrittura divennero mezzo di comunicazione per eccellenza: con i discorsi e le omelie erano semplici e ripetitive per essere capite e ricordate, la scrittura divenne rivelazione, divenne sacra.
Abbiamo ripercorso rapidamente le prime tre rivoluzione comunicative - rivoluzione dei sensi, delle culture orali e della scrittura. La cosiddetta "Galassia Gutenberg", un'espressione del sociologo Marshall McLuhan, indica l'insieme delle

conseguenze dell'invenzione della stampa, la quarta inequivocabile rivoluzione comunicativa. La stampa permise il diffondersi delle notizie, di un'opinione pubblica, dei quotidiani. Nacque l'esigenza di una comunicazione di massa, che influenza ed è influenzata dai media.
L'ultima e più recente rivoluzione è quella della rete. Le reti (viaria, ferroviaria, internet) sono simili fra loro: hanno le stesse regole, si autorganizzano. Fare rete significa creare legami, ed avere più legami oggi è fonte di potere e visibilità.
A tutti sarebbe utile un corso di comunicazione. Per costruire delle difese verso certe tecniche di comunicazione, e magari riuscire a sfruttarle in alcune occasioni. Nell'area medica, un buon rapporto con il pubblico - ma anche con i colleghi, con le istituzioni - può essere determinante. Dopo il panorama storico di ampio respiro, Velardi ha parlato di una delle tecniche di comunicazione più note: la persuasione. Si usa la persuasione per influire su un atteggiamento, un'opinione. Nel *marketing*, per spingere a un comportamento, come acquistare un prodotto. Siamo naturalmente predisposti a ricambiare dei doni: l'omaggio in un negozio favorisce l'acquisto, le promesse e le concessioni dei politici incoraggiano il voto (principio della reciprocità). Secondo il principio dell'impegno e della coerenza, abbiamo l'impulso di essere - anzi, *dimostrarci* - coerenti con quanto detto in precedenza, impulso che porta anche a dire e fare cose che non vorremmo fare più, proprio in nome della suddetta coerenza. Il principio della riprova sociale porta ad assumere più facilmente un atteggiamento, se pensiamo che anche altri facciano allo stesso modo. Il gradimento e l'affidabilità di una persona (quarto e quinto principio) influiscono sulla nostra opinione: la simpatia, soprattutto per i meno esperti, rende un *leader* più appetibile, e l'autorevolezza - anche presunta e costruita - è altrettanto determinante.
La scarsa disponibilità di un bene implica che quel bene diventa più appetibile ai nostri occhi. Anche se qualcuno "si fa desiderare" ai nostri occhi acquisisce maggiore valore, secondo il principio della scarsità. ■

Nella seconda parte della giornata si sono contestualizzate le nozioni apprese la mattina, e così Corrado Bibbolino, Direttore Scientifico Fondazione SNR, ha esposto il tema "La comunicazione in radiologia", di cui sicuramente è un emblema, basti pensare al suo ruolo di membro onorario dell'ACR. Corrado ha sottolineato come le attività sindacali debbano puntare sui social per essere efficaci.
Il direttore del sito web Andrea Magistrelli e il segretario verbalizzante Carlo Liguori hanno presentato il sito ed i social SNR, partendo dalla storia e hanno descritto la situazione attuale, le speranze e le attese per il futuro.
Il direttore de "La Radiologia Medica" Antonio Barile è quindi intervenuto sulla Comunicazione editoriale esponendo l'evoluzione dell'editoria scientifica, che è collegata alla qualità dei contenuti, misurata in particolare da quanto un articolo "influenza" la comunità scientifica: H Index, Impact Factor... Interessante la citazione finale di un aforisma di Albert Einstein: "Devi imparare le regole del gioco. E poi devi giocare meglio di chiunque altro".
Il direttore de "Il Radiologo" Palmino Sacco è intervenuto su "La comunicazione e Il Radiologo" descrivendo la struttura attuale della rivista, periodico di SIRM, SNR, AIRO, AIMN e AINR, con uno sguardo al passato e con uno al futuro, che si augura condiviso e partecipato.
Il direttore del Journal of Radiological Review Antonio Pinto ha quindi esposto "Gli aspetti etici della comunicazione", soffermandosi in particolare sul problema del conflitto di interesse e sulla malpractice, spiegando come fondamentalmente la terapia più importante in questi casi è l'etica di chi partecipa: autori, editors, revisori.
L'addetta stampa SNR Loredana Ulivi ha quindi regalato "Esperienze in pillole di comunicazione efficace": le fake news (o bufale) e la blame culture (cultura della colpa) vanno combattute alleandosi con i professionisti delle notizie e cercando di rendere efficace la nostra comunicazione.
L'incontro è terminato con la "benedizione" di Claudio Velardi che ha promosso i presenti come esperti di comunicazione. Sicuramente il bilancio finale è assolutamente positivo, oltre le aspettative. Non esistono "pillole magiche" per comunicare, ma serve perseveranza ed impegno.
Poteva sembrare che le tematiche trattate fossero distanti dalla quotidianità per dei professionisti abituati a confrontarsi tutti i giorni con unità Hounsfield, grado di enhancement, ecogenicità e a gestire prestazioni radiologiche; è invece emerso come essere radiologo significhi comunicare: con i pazienti, con i colleghi, con i superiori, con l'amministrazione. Complimenti agli organizzatori!. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202207



Saverio Proia

Un'ipotesi di Riforma del Lavoro e dello Stato Giuridico del Medico

La vicenda tragica della pandemia ha evidenziato con maggior evidenza la questione medica in particolare con i gravi e pesanti problemi che hanno medici sia dipendenti che convenzionati nel loro rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: sono state fatte più analisi sul cosiddetto disagio medico e avanzate varie soluzioni; a mio personale giudizio la tragicità della pandemia COVID-19 ha maggiormente evidenziato che le regole sulle quali è stato sinora basato il lavoro medico sia dipendente che convenzionato hanno mostrato tutta la loro inadeguatezza sia per affrontare una situazione emergenziale, che purtroppo non è ancora definita, ma anche la normale attività di routine.

Sarebbe quanto mai auspicabile che Parlamento, Governo e Regioni siano in grado di riformare il "lavoro medico" assumendolo come priorità strategica e fondamentale per l'attuazione reale, universale e pubblica del diritto alla salute individuale e collettiva con conseguente buona salute della società e dell'economia della nostra Nazione: quindi non più la spesa sanitaria considerata come un costo ma il principale investimento che lo Stato deve finanziare e realizzare prima di ogni altro, anzi premessa per gli altri investimenti.

Sicuramente è altrettanto necessario ed indispensabile implementare la formazione di medici specialisti, assumendoli prima che emigrino all'estero, rispondendo adeguatamente ai nuovi bisogni di salute, dopo troppi anni di tagli agli organici, esaltando e apprezzando per questo obiettivo centrale e strategico anche la capacità formativa per docenti, personale e strutture del SSN in convenzione con gli Atenei, in quanto uno degli stress lavorativi è certamente la carenza di professionisti a qualsiasi livello.

Ma altrettanto centrale, strategico ed enormemente necessario una decisa riforma dello stato giuridico del medico che dovrebbe prevedere i seguenti assi portanti e strategici:

1. Ritenere il personale medico e con esso l'intero personale sanitario operante nel SSN una "categoria speciale" che abbia regole proprie, specifiche e diverse dagli altri comparti pubblici non solo per la sua missione di tutela di un diritto costituzionalmente garantito ma per la sua intrinseca complessità costituita da oltre trenta professioni laureate che vi operano con loro riconosciuta autonomia e competenza professionale;

2. Considerare gli esercenti le professioni mediche e sanitarie in rapporto di lavoro con il SSN, parte integrante del processo di programmazione, organizzazione, monitoraggio, verifica e conseguente rimodulazione delle scelte di politica della salute e delle linee di produzione delle stesse in tutti i livelli del SSN stesso, nazionale, regionale e aziendale attraverso innovative modalità di loro partecipazione che garantisca la concertazione, la comprensione e la condivisione, assicurando anche il diritto alla critica e al dissenso, motivato scientificamente e professionalmente;

3. Le modalità innovative di partecipazione non potranno che essere sia garantite alle rappresentanze sindacali ma anche, a livello aziendale, esercitate dagli stessi professionisti sia riformando democraticamente il Consiglio dei Sanitari che i Consigli di Dipartimento e di Distretto in modo di assicurare la massima partecipazione e garanzia alla critica propositiva, il che significa negare il ruolo monocratico e talora autocratico del Direttore Generale.

4. Il lavoro medico si dovrebbe espletare garantendo e valorizzando al massimo la sua potenzialità, autonomia e

capacità intrinseche e proprie del proprio sapere ed agire professionale riducendo al massimo adempimenti non sanitari che potrebbero rientrare nelle competenze di quei professionisti che rivestano incarichi gestionali/apicali o, se di minor rilievo, formando uno specifico profilo di segretario sanitario/clinico sulla base di esperienze europee evolvendo da una parte il segretario di studio di medicina generale o di segretario di reparto ospedaliero, nelle poche, purtroppo, esperienze in essere.

5. Il rapporto di lavoro del medico, aldilà della sua denominazione giuridica se dipendente o convenzionato, dovrebbe essere per obiettivi di "salute" concordati, monitorati e verificati con la conseguente individuazione di una parte della remunerazione legata al loro raggiungimento, ovviamente tenendo conto delle situazioni avverse che non abbiano consentito oggettivamente il pieno raggiungimento (sottorganico, minore dotazione strumentali, eventi pandemici…) superando anche il concetto prestazione di lavoro condizionata all'orario di lavoro, come è proprio in ogni rapporto di lavoro sia dirigenziale ma anche professionale, fermo restando la retribuzione distinta per le guardie, la reperibilità, il lavoro notturno e festivo: quindi un vero rapporto di lavoro che esalti e apprezzi l'essere un professionista non solo nella sua accezione di professione intellettuale e liberale ma che sviluppi l'intrinsecità e la specificità del tempo di lavoro medico che abbia un solo obiettivo: la migliore prestazione professionale del medico in scienza e coscienza per la tutela della salute nella prevenzione, nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione.

Ovviamente per essere realmente appetibile sarebbe quanto mai necessario che si investa anche sulla parte economica che progressivamente debba eguagliarsi ai trattamenti in essere negli altri Stati dell'Unione Europea.

Una riforma di tale intensità presupporrebbe anche la rivisitazione della contrattazione che potrebbe prevedere innanzitutto un "contratto quadro di filiera" dell'interezza del personale che opera nel SSN nonché le strutture e i presidi sociosanitari cioè quello dipendente delle Aziende Sanitarie Pubbliche ma anche dell'insieme degli enti accreditati sanitari e sociosanitari, finanziato anche dal FSN, con il duplice obiettivo, il primo contrattuale, quello di omogeneizzare i trattamenti del personale nel pubblico e nel privato accreditato, favorendo anche la maggiore unificazione possibile dell'attuale molteplicità dei contratti in quest'ultimo settore e il secondo, strategico, di far partecipare le rappresentanze sindacali nella fase di costruzione del Patto della Salute tra Stato e Regioni nella programmazione, nell'elaborazione delle scelte ma anche nel monitoraggio e nella verifica delle stesse favorendo quindi il protagonismo positivo dei professionisti produttori di salute nelle concertazione, nella comprensione e nella condivisione delle politiche per la salute: quindi un contratto quale strumento attuativo delle scelte programmatorie in sanità; da questo nuovo contratto quadro della filiera sanitaria e sociosanitaria si passerebbe alla negoziazione degli specifici settori: SSN, ospedalità accreditata, terzo settore, RSA ecc.

Per quanto riguarda il personale "pubblico" del SSN con le innovative e discontinue caratteristiche del rapporto di lavoro medico sopra descritte non avrebbe più ragione di esistere la differenza tra le attuali normative del lavoro medico dipendente e di quello del lavoro medico parasubordinato o convenzionato che dir si voglia, si potrebbe, quindi, ipotizzare un contratto unitario o meglio unico del rapporto di lavoro medico nel comparto pubblico del SSN sia per l'attuale dirigenza medica che per gli AA.CC.NN. della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale…

Tale innovativa e discontinua riforma presuppone anche una diversa organizzazione della parte pubblica che veda un diverso ruolo da protagonista se non da regista del Ministero della Salute e con esso delle stesse Regioni ovviamente nella fase del "contratto quadro di filiera" e successivamente nei successivi contratti di settore pubblico e privato accreditato; certo si potrebbero avvalersi delle capacità tecniche negoziali integrate sia di ARAN che di SISAC oppure dotarsi di una nuova struttura tecnica per la gestione delle procedure e delle fasi contrattuali. ■

VERBALE

SEGRETERIA NAZIONALE FASSID – AREA SNR
CENTRO STUDI IL CARDELLO, 18 NOVEMBRE 2021

La Segreteria Nazionale Fassid - Area SNR si riunisce il giorno 18 del mese di novembre dell'anno duemilaventuno alle ore 10.00 presso il Centro Studi Il Cardello di Via del Cardello 24 per discutere il seguente Ordine del Giorno (O.d.G.):

1. Approvazione verbale SN del 22 settembre 2021
2. Situazione politico sindacale
3. Piattaforma contrattuale CCNL 2019 2021
4. Pensione complementare: Fondo PERSEO-SIRIO
5. Campagna iscrizioni 2022
   - Programmazione corsi ECM anno 2022
   - Programma assicurativo 2022
6. Varie ed eventuali

Alle ore 10.15 hanno inizio i lavori. Sono assenti giustificati: Raffaele Pinto, Francesco Monteduro.
Assiste la responsabile di segreteria Antonella Bellacqua e su invito del Segretario Nazionale partecipano Zairo Ferrante, Riccardo Ferrari, Daria Schettini.

Fabio Pinto enuncia l'ordine del giorno.
La Segreteria approva all'unanimità il verbale della segreteria nazionale del 22 settembre 2021;

Fabio Pinto inizia la sua relazione da Segretario Nazionale articolata su due punti chiave:

1. Situazione politico sindacale:
   - Il presente della professione medica è dominata da un contesto "social" nell'ambito della cosiddetta comunication medicine. Il progetto SNR deve pertanto essere un adeguamento al contesto mutato non perdendo traccia dei temi storici;
   - Attenzione da porre alla legge di bilancio 2021-22 ed in particolare alle articolazioni inerenti:
     – assunzioni in sanità
     – edilizia sanitaria
     – stabilizzazione dei precari
     – aggiornamento dei LEA
     – analisi degli obiettivi PNRR
   - Avvio della piattaforma per il nuovo CCNL 2019-21;
   - Intensificare l'impegno SNR per la verifica sul territorio Nazionale della corretta applicazione del CCNL vigente;
   - Intensificare la pianificazione di un programma di rafforzamento delle iscrizioni;
   - Potenziare lo spazio dedicato a SNR giovani: il coordinatore del gruppo dei giovani Gloria Addeo relazionerà durante i lavori della Segretaria Nazionale a partire dal prossimo incontro;
   - Intensificare l'attività d vigilanza e informazione sul tema Burn OUT in Radiologia.

2. Attivare una corretta campagna di informazione rivolta agli iscritti in merito al fondo Perseo: sul tema si terrà un webinar dedicato il giorno 13 dicembre 2021 a cui è prevista la partecipazione del Direttore Generale del fondo.

Interventi dei componenti la Segreteria Nazionale e aggregati:

- **Paolo Sartori** chiede ad Antonio Orlacchio (collegio dei Professori Ordinari) un commento sul futuro delle scuole di specializzazione della area radiologica. – **Orlacchio** replica fotografando la situazione corrente.
- **Antonella Soriani** solleva il problema dei dirigenti sanitari in formazione specialistica non retribuiti al fine di individuare possibili soluzioni.
- **Giulio Argalia** riporta l'esperienza delle Marche denunciando molteplici casi di mancata applicazione del CCNL.
- **Riccardi Ferrari** sottolinea la necessità di verificare la effettiva applicazione del CCNL sollecitando una lettera a firma del Segretario Nazionale da inviare alle amministrazioni. Ferrari solleva inoltre la problematica della sostituzione obbligatoria delle maternità nelle UUOO di radiologia e la problematica della valutazione della organizzazione delle attività nelle UUOO di Radiologia, al fine di eliminare le disparità nella distribuzione dei carichi di lavoro.
- **Claudio Guerra** sottolinea la difficoltà a portare avanti la trattativa decentrata del CCNL.
- **Zairo Ferrante** apre il tema dell'utilizzo improprio del turno notturno ridotto, in alcune sedi utilizzato per impedire ai dirigenti medici di usufruire del turno di smonto.
- **Vincenzo de Ruvo** sottolinea il problema della fuga dal pubblico dei radiologi di nuova generazione per la ricerca di remunerazione adeguata nelle attività libero professionali. Ribadisce la necessità di elaborare un piano di insegnamento della materia sindacale nelle scuole di specializzazione.
- **Carlo Liguori** sottolinea la necessità di un censimento su base nazionale per verificare il numero di dirigenti medici radiologi assunti con contratto precario COVID e le posizioni di "gravidanza radiologica" non sostituite.
- **Francesco Lucà** illustra le proposte dalla commissione istituita per la elaborazione della nuova piattaforma contrattuale. Lo stesso Lucà sottolinea inoltre la opportunità di aprire il webinar del 13 dicembre (finalizzato a diffondere informazioni suo fondo Perseo) anche ai non iscritti SNR (i primi 500).
- **Corrado Bibbolino** presenta il programma formativo della Fondazione SNR per il 2022 basato su congressi e webinar. Bibbolino illustra inoltre il format assicurativo SNR-AON 2022.
- **Giovanni Mandoliti** annuncia la propria intenzione di intensificare la collaborazione diretta, in qualità di segretario amministrativo, con la Segreteria SNR a Roma.
- **Bruno Accarino** interviene per illustrare le principali novità sul tema liste di attesa per indagini di specialistica ambulatoriale, annunciando una stretta vigilanza sugli stanziamenti regionali per il 2022 finalizzati a questa problematica.

Alle ore 15.30 la Segreteria Nazionale termina. ■

"LA NUVOLA" ROMA CONVENTION CENTER
6-9 OTTOBRE 2022

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202208

ROMA 2022
50° CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA RADIOLOGIA MEDICA E INTERVENTISTICA
NEL PRESENTE IL FUTURO

IL 2022 È L'ANNO DEL 50° CONGRESSO NAZIONALE SIRM

Carlo Catalano

Antonio Orlacchio

Enrico Pofi

Dal 6 al 9 ottobre prossimo circa seimila radiologi si incontreranno per condividere conoscenze ed aggiornarsi in quello che è il più grande congresso medico italiano, con oltre 10.000 presenze previste nei quattro giorni del Congresso, fra medici e professionisti del settore.

Abbiamo intervistato i responsabili dell'organizzazione del 50° Congresso Nazionale SIRM, tre illustri rappresentanti della radiologia romana e nazionale: Antonio Orlacchio, Presidente del Congresso, Carlo Catalano, Presidente del Comitato Scientifico ed Enrico Pofi, Segretario Generale del Congresso, che lavorano alacremente da ormai quattro anni per mettere a punto la complessa macchina organizzativa di un evento così importante.

D: La prima domanda è, ovviamente, sulla sede che ospiterà il Congresso.

R: "Dopo quattro anni avremo finalmente la possibilità di incontrarci nuovamente, tutti insieme, nel nostro Congresso Nazionale. Sarà un'edizione storica, la cinquantesima e ringraziamo ancora, sentitamente, il Consiglio Direttivo SIRM per aver approvato la nostra proposta, di ospitare a Roma questa edizione.

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
LUIGIA 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

Abbiamo scelto come sede una cornice altrettanto unica, la Nuvola, una struttura suggestiva, progettata da Massimiliano e Doriana Fuksas all'EUR.
La Nuvola ospita il Roma Convention Center, centro congressi innovativo, con una capienza complessiva di oltre 8000 posti, un approccio eco-compatibile e soluzioni tecnologicamente avanzate.
Inserita in un contesto dominato dal razionalismo architettonico degli anni Trenta e Quaranta, si colloca a pochissimi chilometri da aeroporti e stazioni ferroviarie, con cui è ben collegato da un ampio sistema di trasporto locale, e si trova a cinque fermate di metropolitana dal centro storico di Roma, in un quartiere che offre le più diverse possibilità di pernottamento, intrattenimento e leisure activities.
"La Nuvola" è facilmente raggiungibile direttamente dagli aereoporti di Roma, dista circa 20 km dal Leonardo da Vinci e 15 km da Ciampino, o dal centro di Roma in circa 15-20 minuti in auto o taxi. È collegata dalla Stazione Termini dalla linea B della metropolitana. La stazione EUR Fermi Centro Congressi dista meno di 500 metri dalla Nuvola."

D: Potete illustrarci il programma scientifico del Congresso?

R: "Il motivo conduttore del 50° Congresso Nazionale SIRM è: "Nel presente Il futuro. La Radiologia dalla diagnosi alla terapia. Conoscenza e competenza".
Lo slogan riprende quello del 49° Congresso, "Il cambio di rotta" e si propone come la naturale evoluzione del precedente.
Nel presente c'è il futuro della nostra Disciplina. Da tale consapevolezza e dai nostri comportamenti dipenderà il mantenimento del ruolo dei radiologi nella moderna medicina e del futuro dei giovani e della nostra branca. Le norme, ancora tutelanti, non saranno sufficienti nel futuro.
Il connubio forte tra la Radiologia Diagnostica e la Radiologia Interventistica va ulteriormente rinsaldato. Il Radiologo deve essere non solo diagnosta ma anche in grado di proporre o effettuare procedure di Radiologia Interventistica o far parte di un team dove tutto il percorso diagnostico/terapeutico possa svolgersi e quindi la conoscenza è fondamentale per contribuire alle scelte diagnostico-terapeutiche. Sono state individuate tre principali aree tematiche del Congresso: Intelligenza Artificiale, Radiologia Interventistica e Nuove Applicazioni in Diagnostica per Immagini, che saranno i topics di Corsi

Monotematici e di altre tipologie di attività definite dal Comitato Scientifico: quest'ultimo si avvale di tre sottocomitati di coordinamento per area tematica.

Il programma è già completo. Le sessioni verranno ospitate in venti aule, in contemporanea, due delle quali dedicate all'Interventistica ed ospitate in uno spazio realizzato ad hoc. Un'aula sarà inoltre interamente dedicata alle sessioni sull'Intelligenza Artificiale.

Abbiamo previsto anche tre corsi monotematici, su Senologia, Interventistica ed Intelligenza Artificiale, che verranno tenuti nell'Auditorium, in grado di ospitare 1760 persone.

Le sessioni sulla Senologia sono previste il giovedì pomeriggio ed il venerdì mattina, seguirà l'Interventistica il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina ed, infine, il corso sull'Intelligenza Artificiale il sabato pomeriggio e la domenica mattina.

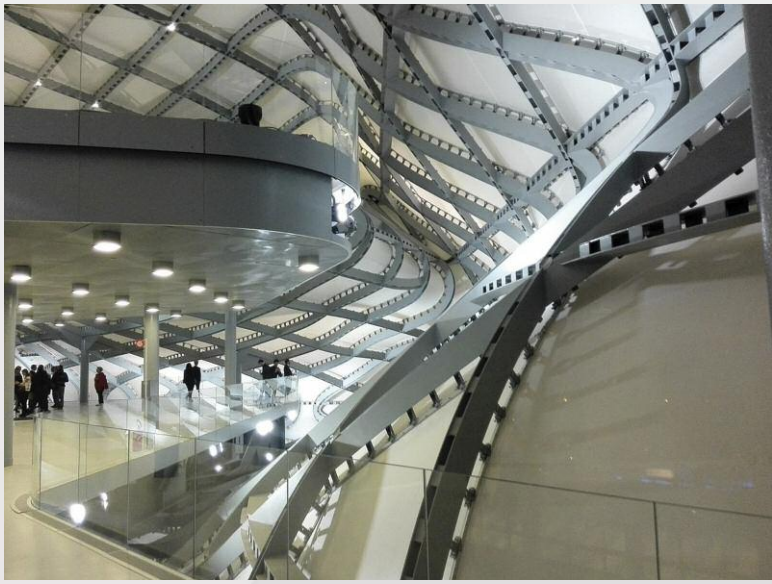
Andrea Giovagnoni, Presidente eletto SIRM, ha curato l'organizzazione di otto sessioni congiunte con altre società scientifiche, nazionali ed internazionali.

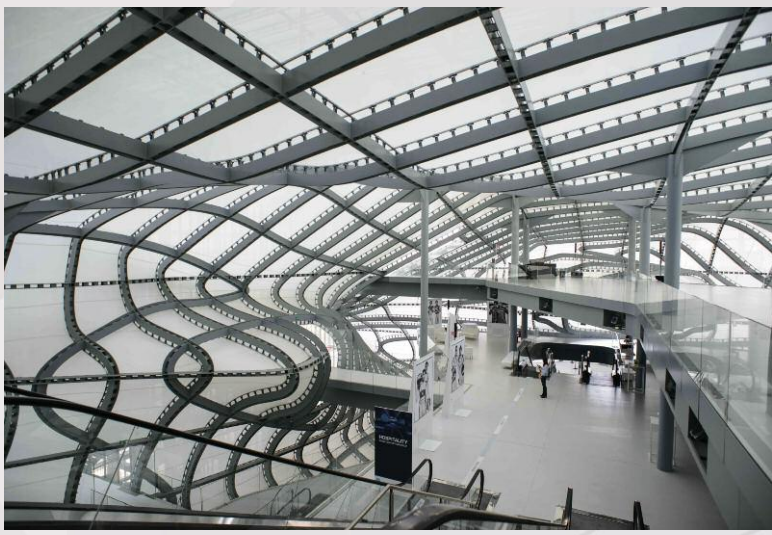
Rispetto alle edizioni precedenti avremo alcune novità.

Innanzitutto, una sessione sul COVID, con cinque tavole rotonde, dalla diagnosi al follow-up, alle quali parteciperanno non soltanto Radiologi, ma anche gli altri specialisti coinvolti nella gestione di questa patologia.

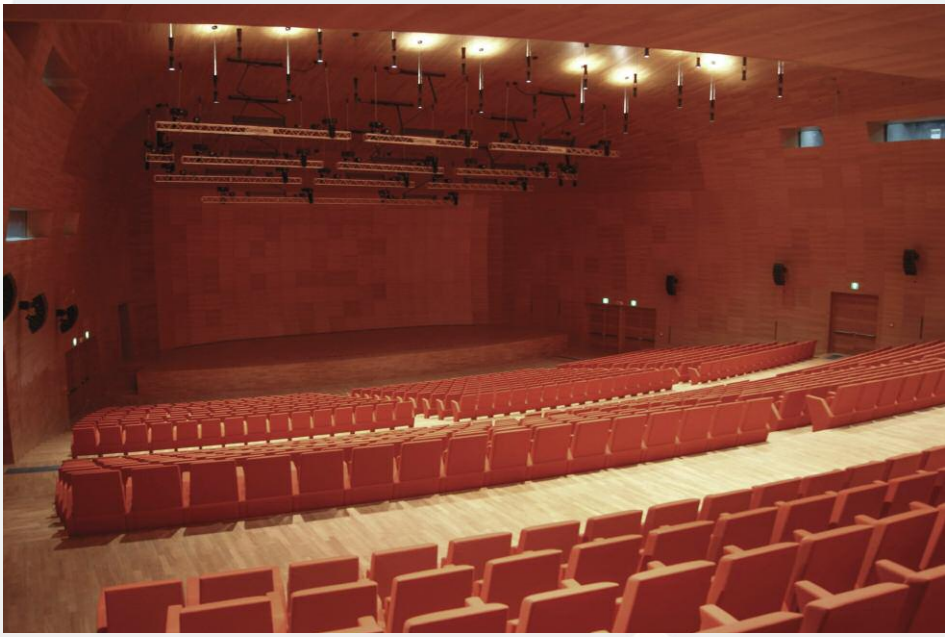
Novità assoluta per il Congresso Nazionale è la realizzazione dei tre percorsi di simulazione per la Radiologia Interventistica. I Radiologi potranno cimentarsi, con la guida di esperti, nelle pratiche di approccio percutaneo, guida di cateteri, prelievi bioptici ed altre attività.

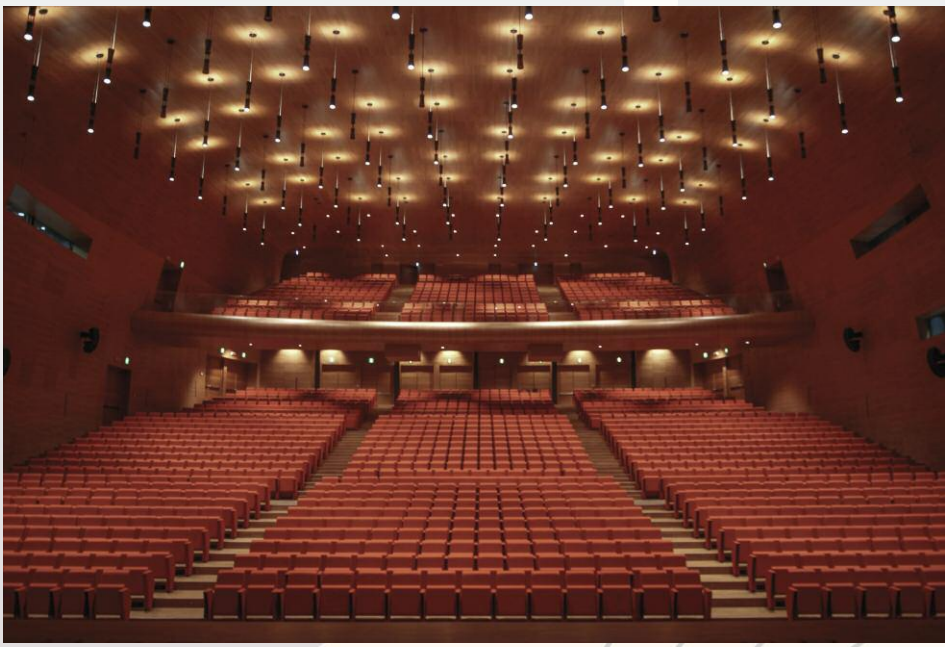
Altra novità è rappresentata da alcune tavole rotonde organizzate assieme alle associazioni dei pazienti. Abbiamo selezionato degli argomenti particolarmente attuali e sentiti dall'opinione pubblica, come ad esempio il tumore della prostata.





In queste tavole rotonde saranno presenti anche i professionisti della comunicazione ed i rappresentanti dell'informazione.
Tutti i relatori ed i moderatori sono stati selezionati in base alle pubblicazioni ed alle citazioni ricevute.
Avremo anche molti relatori internazionali, delegati delle principali società di Radiologia, come ESR, RSNA, le società francesce, spagnola, cinese, coreana, giapponese e tutte quelle associazioni con le quali la SIRM ha stretti rapporti di collaborazione scientifica."





D: L'ultima domanda riguarda la parte economica, i costi per i soci

R: "Il Congresso SIRM è gratuito per tutti i soci SIRM in regola con l'iscrizione negli ultimi due anni. I colleghi non in regola potranno comunque partecipare, pagando l'iscrizione SIRM dell'anno precedente.
Abbiamo previsto una piccola quota di pre-iscrizione, 10 euro, per le attività pratiche a numero limitato di partecipanti, come i laboratori e l'aula multimediale, per evitare di avere un numero di iscritti superiore al numero effettivo di partecipanti.
I corsi monotematici saranno gratuiti per tutti i partecipanti. Per ciascun corso abbiamo previsto, inoltre, la possibilità di ottenere punti ECM con la Formazione a Distanza, al costo di 60 euro, cifra che comprende anche il volume cartaceo del corso, necessario per la FAD.
Dulcis in fundo, vi anticipiamo che abbiamo in serbo numerose ed interessanti iniziative dedicate all'intrattenimento dei partecipanti al Congresso, che vi presenteremo prossimamente.

Vi aspettiamo tutti a Roma!" ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202209

Nicoletta Gandolfo

Le Donne: MOTORE DI PROGRESSO

A **Le donne: motore di progresso** è stato dedicato l'evento tenutosi a Milano, l'11 febbraio, presso il Museo della Scienza e della Tecnologia, promosso dalla Commissione Donne Radiologo della SIRM e da Fondazione Bracco per celebrazione della **Giornata Internazionale delle Donne e delle Ragazze nella scienza**, che ha visto la partecipazione di oltre 200 persone in presenza e più di 500 collegamenti allo streaming sul canale Youtube ufficiale SIRM.

Questa giornata, istituita dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel dicembre 2015, nata per stimolare e diffondere il **pieno e paritario accesso delle donne in campo scientifico e tecnologico**, non si limita a sostenere l'uguaglianza di genere e la parità dei diritti fra uomo e donna, ma ha anche altri obiettivi e traguardi quali:

- **l'insegnamento e la diffusione delle conoscenze in campo scientifico** – intesa come rispetto e riconoscimento da parte degli uomini della presenza delle donne nelle discipline scientifico-tecnologiche, anche nel loro ruolo come mentori e modelli.
- **la condivisione e stima delle scienziate che hanno riportato successi nel loro campo**.
- **l'opportunità per le donne nella scienza** – intesa come aiuto alle donne nell'intraprendere la propria carriera scientifica e sostenere la loro crescita, affinché non sia perso alcun talento in ambito scientifico-tecnologico.

"La scienza è per tutti" e nella scienza **non esistono maschili o femminili**, nemmeno nella terminologia o nel lavoro, … Per raggiungere uno sviluppo sostenibile in qualsiasi società o globalmente dobbiamo riconoscere la scienza come fondamento dello sviluppo e sottolineare sempre il ruolo della scienza nell'uguaglianza…

E' curioso celebrare la giornata delle Donne e delle Ragazze nelle scienza; perché, oltre alle donne, specificare ulteriormente le ragazze, che sono parte dello stesso genere? … Perché lo sforzo maggiore che dobbiamo promuovere, non è semplicemente l'insegnamento e diffusione della parità di genere in campo scientifico, ma incoraggiare un'educazione delle donne, fin da ragazze, più inclusiva, libera da stereotipi e pregiudizi, supportare uno sviluppo scientifico e professionale più aperto e paritario.

Ed è per questo che Commissione Donne Radiologo SIRM sostiene unanimemente insieme a Fondazione Bracco il progetto **Mind the Stem Gap** per promuovere l'accesso femminile al mondo delle **STEM**, ovvero al mondo della Scienza, Tecnologia, Ingegneria e Matematica.

Sono **più di 5.000 le donne radiologo** rappresentate dalla SIRM che offrono un servizio al paziente di elevato livello professionale e un contributo di alta qualità alla comunità scientifica; tuttavia dai risultati di un'indagine condotta dalla Commissione Donne Radiologo SIRM su oltre 1000 donne Radiologo, presentati in tale occasione emerge che: il **66%** delle intervistate ammette che in ambiente radiologico esistono **disparità di genere** e che queste aumentano all'avanzare della carriera (ben il 77,4%) il **70%** delle

radiologhe ha dovuto interrompere la propria attività lavorativa per motivi diversi, ma in larga parte **(oltre 62%), ha sospeso per gravidanza**, allattamento o entrambe.

Tutto questo professionalmente cosa ha comportato? **Oltre il 22%** ha segnalato un'effettiva penalizzazione della propria carriera in seguito a questa interruzione; infatti il **24,3%** dichiara di aver subito una **perdita di opportunità di carriera** e solo il **51%** dichiara di essersi reinserita facilmente **nella stessa posizione occupata**.

Il **40%** ammette che il lavoro non consente di conciliare gli impegni lavorativi con quelli familiari (slide 7) e il **65% delle radiologhe** dichiara di **non riuscire a portare avanti l'attività scientifica**, sicuramente importante per la crescita personale e per la propria affermazione professionale in ambito medico.

Sicuramente uno dei principali compiti della Commissione Donne della SIRM è quello di stimolare le Donne ad una **maggiore presenza e partecipazione nella società civile e scientifica**, considerando tutto questa una ulteriore risorsa a cui attingere e non un problema da dover affrontare.

Come sostiene il Ministro Messa *"L'abbattimento di stereotipi non è, e non deve essere semplicemente collegato ad una questione di genere. Farlo sarebbe di per sé uno stereotipo. Infatti non avrebbe senso perché è un'azione politica e culturale che richiede uguale impegno da parte di uomini e donne allo stesso modo"*.

E' piuttosto un modo di agire e di pensare che richiede intelligenza, creatività, costanza, capacità di attenzione e lungimiranza; le parole possono essere strumenti importanti per abbattere dei muri, ma anche per raccontare differenti storie che hanno saputo raccogliere le pietre di muri abbattuti e farne strade percorribili ed accessibili a tutti.

Moltissime professioniste che operano in svariati campi scientifico-tecnologici, di differente età, coinvolte in "girotondi di idee", hanno messo a confronto esperienze e successi, storie di crescita e difficoltà, affinché non venga perso nessun talento.

L'iniziativa prende spunto proprio da una frase pronunciata da Diana Bracco, Presidente Fondazione Bracco - Attuale Presidente e Amministratore delegato del Gruppo Bracco, tratta dal libro 100 donne contro gli stereotipi per la scienza…

Ambasciatrice per l'emancipazione femminile durante il B20 nel 2021 Diana rappresenta un esempio di donna tenace che ha portato l'azienda familiare a diventare una multinazionale della salute, leader mondiale nella diagnostica per immagini.

L'intenso lavoro di preparazione, le modalità insolite di presentazione e comunicazione, la straordinaria partecipazione di donne e uomini, ha sicuramente testimoniato che le donne sono e sanno essere un motore di progresso e che dalla forza delle idee nascono e possono nascere progetti che si traducono in azioni. ■

SIRM MANAGEMENT

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202210

Filippo Mangiapane

IL PNRR DECLINATO NELL'AREA RADIOLOGICA

L'Unione Europea ha risposto alla pandemia da coronavirus con il Next Generation EU (NGEU), un programma di portata ed ambizioni inedite che prevede investimenti e riforme per modernizzare il continente.

L'Italia è stata colpita prima e più duramente dalla crisi sanitaria, ed anche per questo è stata la maggiore beneficiaria, in valori assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: Il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU).

Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi euro, di cui 122,6 in prestiti e quasi 68,9 come finanziamenti a fondo perduto. Il pacchetto REACT-EU è di oltre 30,6 miliardi e proviene invece da un fondo complementare nazionale interamente finanziato con debito pubblico italiano. Per accedere a tali somme, il 40% circa destinate al Mezzogiorno, è stato necessario presentare un pacchetto di investimenti e riforme: Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che si articola in 6 Missioni e 16 componenti, frutto dell'interlocuzione con il Parlamento Italiano e la Commissione Europea.

La pandemia da Covid-19 da un lato ha ricordato a tutti noi il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari, dall'altro ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale del Sistema Sanitario Nazionale.

Alla salute è dedicata la Missione 6 del PNRR, che prevede uno stanziamento complessivo pari a 15,63 miliardi di euro finalizzato a potenziare la capacità di prevenzione e cura del SSN allineando i servizi ai bisogni di cura dei cittadini in ogni area del Paese. La strategia della Missione si articola lungo due direttrici fondamentali: lo sviluppo di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (componente M6C1), e l'implementazione di attività di ricerca e di interventi di digitalizzazione (componente M6C2).

La componente M6C1, per cui sono stati stanziati 7 miliardi di euro, ha come obiettivo quello di rafforzare l'assistenza territoriale lungo tutta la dorsale del Paese attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali come le Case di comunità e gli Ospedali di comunità, associata all'implementazione dell'assistenza domiciliare, anche con l'ausilio della Telemedicina.

Nelle strutture sanitarie dove sarà alloca una *"diagnostica di base"*, in ossequio alla nuova legge sulla radioprotezione, il D.Lgs. 101/20, bisognerà prevedere l'individuazione di un medico specialista in radiodiagnostica nella qualità di responsabile dell'impianto radiologico (RIR), ed ovviamente garantire la presenza di un medico radiologo a tutela del corretto svolgimento dell'atto medico radiologico. Sarà pertanto opportuno definire degli standard professionali, strutturali, tecnologici ed organizzativi omogenei per tali nuove strutture sanitarie finalizzati ad un approccio gestionale efficace ed efficiente nei confronti del paziente, con l'obiettivo di fornire risposte appropriate ai suoi bisogni, per tipologia e tempi, garantendo la qualità, la fruibilità e la sicurezza delle prestazioni di diagnostica per immagini, così come peraltro previsto dalla Legge 24/17 (la c.d. Legge Gelli).

La seconda linea di spesa della Missione 6 (M6C2), con uno stanziamento pari a 8,63 miliardi di euro, si articola in due macro aree di intervento: l'aggiornamento tecnologico e digitale del sistema ospedaliero (M6C2.1) e le attività di formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico (M6C2.2).

L'investimento prevede l'ammodernamento del parco tecnologico negli ospedali italiani con l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature. Una irripetibile occasione per ottenere un riequilibrio tecnologico e prestazionale tra le profonde diseguaglianze regionali. Nel dettaglio, il numero e le tipologie di apparecchiature da sostituire sono: 340 TC a 128 strati, 190 Risonanze magnetiche da 1.5T, 81 Acceleratori lineari, 937 Sistemi radiologici fissi, 193 Angiografi digitali, 82 Gamma camere, 53 Spect-CT, 34 Pet-CT, 295 Mammografi, 928 Ecografi. Questa "ebrezza" tecnologica non deve però far perdere di vista i punti cardinali di una corretta appropriatezza allocativa di tali costose apparecchiature.

FIGURA 1. Componenti e risorse (MILIARDI DI EURO)

15,63
Totale

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	8,63

Quadro delle misure e risorse (MILIARDI DI EURO)

8,63 Mld
Totale

Ambiti di intervento/Misure	Totale
• Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	**7,36**
• Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
• Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
• Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	**1,26**
• Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
• Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

TABELLA 1.
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Voce di costo	Costo unitario (Euro)	Numero	Totale
Grandi apparecchiature sanitarie	-	3.133	**1.189.146.935 €**
TAC	530.000 €	340	180.200.000 €
RMN	914.000 €	190	173.660.000 €
ACCELERATORE LINEARE	2.000.000 €	81	162.000.000 €
SISTEMA FISSO A RAGGI X	247.700 €	937	232.079.213 €
ANGIOGRAFO	608.000 €	193	117.344.000 €
GAMMA CAMERA	525.000 €	82	43.050.000 €
GAMMA CAMERA/CT	793.000 €	53	42.029.000 €
PET TAC	2.403.400 €	34	81.715.600 €
MAMMOGRAFIE	274.500 €	295	80.977.500 €
DISPOSITIVI ECOTOMOGRAFICI	82.000 €	928	76.091.622 €
Digitalizzazione ospedali DEA di I e II secondo Livello		**280**	**1.450.115.351**
Rafforzamento strutturale del SSN			**1.413.145.000 €**
Terapia intensiva		3.500	606.340.000 €
Terapia semi-intensiva		4.225	601.505.000 €
Ristrutturazione pronto soccorso		651	192.700.000 €
Supporto territoriale - nuove ambulanze		84	12.600.000 €
TOTALE			**4.052.407.286 €**

Non si può pensare sia sufficiente cambiare le macchine vecchie per aver fatto un buon lavoro. Affermare che la obsolescenza delle macchine, tranne per alcune prestazioni innovative, possa inficiare la capacità diagnostica affidata ai medici radiologi è fuorviante. Così come la velocità dei processori non ha nulla a che vedere con la velocità della diagnosi, anzi la rallenta per la necessità di interpretare un numero sempre maggiore di immagini. Non è la macchina che fa la diagnosi ma chi stila il referto!

Il PNRR è una opportunità storica per rinnovare il parco tecnologico di strutture ed ospedali nei quali andrebbero sostituite più che le apparecchiature ad alta complessità, come TC ed RM, spesso in sovrannumero o sottoutilizzate, le macchine "leggere", come le radiologie convenzionali e i mammografi analogici, che rappresentano il maggior numero di apparecchi installati oltre che essere prodotti in buona parte in Italia, così come già stigmatizzato dal dr. Bruno Accarino, Presidente della sezione "Gestione Risorse" della SIRM, durante un intervento sul Recovery Plan organizzato dall'associazione Dossetti. A tal proposito diventa pertanto opportuno prevedere un percorso a tappe che permetta di evitare sprechi e garantire una adeguata appropriatezza allocativa. Una volta effettuato un censimento completo delle apparecchiature in dotazione nelle varie realtà sanitarie andranno stabiliti i livelli di tecnologia necessari a garantire i livelli di assistenza, coerentemente al ruolo e alle funzioni dei presidi dove andranno allocate, distinguendo tra funzioni di base, intermedie, da quelle di ricerca e di eccellenza. Ma per trasformare una spesa in investimento, ed evitare di essere improduttiva e inappropriata, è necessario utilizzare appieno gli strumenti e le metodologie dell'HTA (Health Technology Assessment). Non basta quindi il solo criterio di vetustà della macchina, ma vanno considerati anche ulteriori elementi: la distribuzione sul territorio, la tipologia e i dati di produzione delle singole tecnologie, i tempi di attesa medi per le diverse prestazioni, le caratteristiche dei luoghi di erogazione, in una prospettiva non solo quantitativa ma anche geografica e qualitativa.

Secondo il cronoprogramma fissato nel PNRR le procedure finalizzate all'acquisto di queste macchine dovranno essere completate entro il mese di dicembre 2024. Si tratta di un obiettivo realisticamente perseguibile, a condizione però che le procedure di acquisto siano avviate in una tempistica compatibile con quella di fisiologico svolgimento delle gare. C'è il rischio che solo le amministrazioni più efficienti siano in grado di spendere i fondi a disposizione in tempo utile, ma le somme prese in prestito dovranno comunque essere restituite da tutti i cittadini italiani, accentuando le sperequazioni tra Regioni, e non solo in ambito sanitario.

La previsione di acquisto di un così vasto ed articolato rinnovo tecnologico deve essere però inevitabilmente legato ad un programma di reclutamento e formazione delle risorse umane necessarie al corretto utilizzo di tali nuove apparecchiature. Non è accettabile, come già purtroppo avvenuto in alcune realtà, che costosissime apparecchiature rimangano inutilizzate o sottoutilizzate per carenza di operatori specializzati. Gli anni della crisi economica e del sottofinanziamento hanno comportato misure di contenimento della spesa basate su limiti imposti all'utilizzo di singoli fattori produttivi, primo fra tutti il personale. La pandemia ha evidenziato lo stato di forte sofferenza del SSN per l'assottigliamento e l'invecchiamento degli organici a seguito di tagli indiscriminati al Fondo Sanitario Nazionale. Oltre che assumere occorre anche formare i medici dell'area radiologica a comprendere e gestire l'innovazione, contrastando le visioni spersonalizzanti che promuovo la sostituzione della classica semeiotica clinica all'automazione auto risolutiva della macchina. La programmazione delle attività, l'efficientamento dei processi, il miglioramento dell'output ma anche e soprattutto la qualità della vita di chi entra in contatto con il SSN sono questioni che devono essere affrontate in un'ottica evolutiva, scevra da visioni che privilegiano automatismi operativi. Un'altra importante linea di investimento riguarda la digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di DEA di I e II livello, con una spesa pari a 1,45 miliardi di euro da effettuarsi entro la fine del 2025.

La radiologia è l'unica disciplina ad avere oramai i flussi di attività pressochè completamente digitalizzati e ad essersi dotata, anche grazie al Ministero della Salute e all'Istituto superiore della Sanità, di linee guida efficaci e cogenti in tema di teleradiologia, a tutela della salute e della correttezza operativa e professionale degli operatori.

E' tempo che si concretizzi il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ed i radiologi possono non solo mettere a disposizione la propria esperienza e conoscenza ma anche completare la digitalizzazione dell'intero percorso diagnostico e terapeutico attraverso, per esempio, l'integrazione con software di consenso informato digitalizzato e l'installazione di software di monitoraggio della dose. Già dalla fine del secolo scorso il tumultuoso passaggio dall'analogico al digitale, la crescita esponenziale della potenza di calcolo degli ausili informatici e la sempre maggiore capacità di archiviazione aveva messo a dura prova il mondo della diagnostica delle immagini.

Ancora oggi, forse più di ieri, il medico di area radiologica si trova ad affrontare una nuova sfida culturale e professionale.

Oggi il medico radiologo è il garante per le istituzioni e per i cittadini del corretto uso di tutte queste attrezzature, non solo dal punto di vista strettamente professionale ma anche attraverso le applicazioni delle leggi che regolano e tutelano la sicurezza dei pazienti e la qualità delle prestazioni. ■

SIRM RADIOPROTEZIONE

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202211

CORSO AIFM-SIRM

Roberto Grassi

La Fondazione SIRM promuove eventi formativi di particolare rilevanza, rivolti a Medici Radiologi e ad altre professionalità mediche, che garantiscono crediti ECM ed EACCME. Nel secondo semestre del 2022 la Fondazione SIRM, in collaborazione con l'Associazione Italiana di Fisica Medica e con l'Associazione Italiana di Radioprotezione Medica propone il Corso di Aggiornamento sul Decreto Legislativo n° 101 del 10 Luglio 2021, relativo alla Radioprotezione. Il corso è gratuito per i soci SIRM, AIFM e AIRM e riservato ai primi 1000 iscritti.L'audience, straordinariamente estesa ed eterogenea, ha potuto formarsi su molti argomenti inerenti le attività collegate al work-up diagnostico. Il corso si svolgerà online dal 15 settembre al 1 dicembre e si articola in 12 webinar. Il conseguimento del corso dà diritto a 40,5 crediti ECM per tutte le specializzazioni previste dall'Agenas. Per poter accedere al questionario ECM è necessario aver frequentato in modalità sincrona 10 webinar su 12 ed aver seguito almeno il 90% della durata di ogni singolo webinar. Il pacchetto dei 12 webinar è riservato ai primi 1000 soci delle tre Associazioni che si iscriveranno al Corso. ■

Aggiornamento formativo sulle esposizioni mediche

CORSO SIRM-AIFM-AIRM D.Lgs. 101/20

15 SETTEMBRE 15.00-16.30

Il D.Lgs. 101/2020: il quadro generale e le definizioni

Moderatori: V. Miele, C. Cavedon

Titolo II: le definizioni *R. Grassi*

L'impianto del D.Lgs. *M. Stasi*

22 SETTEMBRE 15.00-16.30

Il regime autorizzatorio e la radioprotezione dei lavoratori

Moderatori: M. Coppola, F. Banci Buonamici

Il regime autorizzatorio e la radioprotezione dei lavoratori *N. Romeo*

29 SETTEMBRE 15.00-16.30

Sorveglianza sanitaria dei lavoratori

Moderatori: C. Guerra, N. Romeo

Sorveglianza sanitaria dei radioesposti: novità e conferme *M. Coppola*

6 OTTOBRE 15.00-16.30

Esposizioni mediche: il principio di giustificazione

Moderatori: B. Accarino, D. Aragno

Esposizioni mediche: la giustificazione *S. Canitano*

13 OTTOBRE 15.00-16.30

Esposizioni mediche: il principio di ottimizzazione

Moderatori: S. Canitano, A. Trianni

L'ottimizzazione nella pratica radiologica quotidiana: il giusto equilibrio *B. Accarino*

Le tecnologie per l'ottimizzazione: uso consapevole ed efficace *O. Rampado*

20 OTTOBRE 15.00-16.30

I livelli diagnostici di riferimento nell'applicazione del principio di ottimizzazione

Moderatori: C. Granata, P. Bregant

Applicazione degli Idr nella pratica clinica radiologica *L. Bonasera*

I livelli diagnostici di riferimento nel D.Lgs. 101/2020: aspetti operativi *A. Trianni*

27 OTTOBRE 15.00-16.30

Giustificazione e ottimizzazione delle esposizioni mediche nel bambino e in gravidanza

Moderatori: A. Magistrelli, F. Levrero

Le valutazioni di dose nel bambino, embrione e feto *V. Cannatà*

Le peculiarità nel bambino e in gravidanza *C. Granata*

3 NOVEMBRE 15.00-16.30

Le pratiche speciali e l'esposizione ad alte dosi

Moderatori: G. Carrafiello, O. Rampado

Falsi miti e nuove evidenze nella radioprotezione in radiologia interventistica *A. Cina*

Ottimizzazione delle alte dosi in radiologia interventistica *L. D'Ercole*

10 NOVEMBRE 15.00-16.30

Le attività complementari

Moderatori: S. Salerno, D. Origgi

La radioprotezione del paziente: il punto di vista dello Specialista in Fisica Medica *P. Colombo*

Le attività complementari: il punto di vista del Medico Radiologo *A. Orlacchio*

17 NOVEMBRE 15.00-16.30

Manuale di qualità: documentazione, informazioni e registrazioni

Moderatori: L. Bonasera, P. Isoardi

Il manuale di qualità: Il punto di vista del Medico Radiologo *A. Magistrelli*

Il manuale di qualità: Il punto di vista dello Specialista in Fisica Medica *D. Origgi*

24 NOVEMBRE 15.00-16.30

I dose management software negli adempimenti richiesti dal D.Lgs. 101/2020;

Moderatori: A. Orlacchio, A. Torresin

Aspetti operativi e gestionali del dato di esposizione *L. Pierotti*

Comunicazione della dose al paziente: responsabilità e proposta comunicativa *S. Salerno*

1 DICEMBRE 15.00-16.30

Radioprotezione dei lavoratori

Moderatori: M. Stasi, V. Miele

La valutazione del rischio da radiazioni ionizzanti *R. Moccaldi*

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti *R. Moccaldi*

Le iscrizioni sono gratuite e riservate ai soci SIRM, AIFM e AIRM, fino a 1000 posti.

Il corso è realizzato con il contributo non condizionante di BRACCO

LETTERA DEL NUOVO PRESIDENTE AIRO CINZIA IOTTI

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202212

Care Colleghe, cari Colleghi,

sono approdata all'incarico di Presidente AIRO prematuramente, a causa della scomparsa improvvisa del Prof. Renzo Corvò, che avrebbe dovuto essere il nostro Presidente fino alla fine del 2023. All'onere di questo ruolo si è quindi aggiunto il peso della consapevolezza di non poter sostenere il confronto con lui. Ma ciò è e sarà per me fonte di stimolo: ho avuto l'onore di occupare questa carica, sarà mio punto d'onore farlo al meglio. Anche per Renzo.

Approcciandomi a questo impegno ho innanzitutto ben chiara una cosa: AIRO ha una storia ed è fatta di persone. Non c'è raccolto che non sia almeno in parte (a volte grande parte) frutto di ciò che è stato seminato in passato; non c'è successo che sia di un singolo. AIRO è ricca di persone che si impegnano e mettono a disposizione dell'Associazione il loro tempo, la loro conoscenza, le loro idee. In questo sta la forza vitale e la possibilità di crescita dell'Associazione. Il mio primo pensiero sarà quindi di favorire l'inclusione nell'attività societaria di più persone, specialmente giovani, e di condividere programmi, obiettivi e risultati con la nostra comunità.

Un altro obiettivo prioritario sarà immancabilmente quello di far sì che alla Radioterapia sia riconosciuto il giusto valore, in primis da parte degli organismi che gestiscono la politica sanitaria, ma anche di ogni nostro stakeholder. Noi interveniamo a tutto tondo nella cura della malattia oncologia, in ogni stadio di malattia e con diversi intenti, dall'inquadramento della malattia al follow-up, con somministrazione di radiazioni ma anche di farmaci. Siamo depositari di una grande cultura oncologica, e di questo è importante che ne abbiano piena cognizione tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia tumorale ed anche il paziente stesso. I centri di radioterapia in Italia devono essere in grado di dare risposta ai bisogni dei pazienti, laddove per risposta si intende personale adeguato per numero e conoscenze e tecnologia allo stato dell'arte.

La radioterapia è una disciplina in continua, straordinaria evoluzione. Le tecnologie si stanno arricchendo di

Presidente
Cinzia Iotti

Consiglieri
Cristina Baiocchi
Michela Buglione di Monale e Bastia
Giovanni Cartia
Rolando Maria D'Angelillo
Gianluca Ingrosso
Daniela Musio
Luca Tagliaferri

Segretario alla Presidenza
Antonio Stefanelli

Segretario Amministrativo
Gianpiero Catalano

Rappresentante Professori Ordinari MED/36
Vincenzo Tombolini

Presidente Fondazione S.N.R.
Francesco Lucà

Coordinatore Commissione Scientifica AIRO
Pierluigi Bonomo

Redazione per "Il Radiologo"
Giovanni Mandoliti

dispositivi e softwares che mettono in campo soluzioni fino a poco tempo fa impensabili (basti pensare alle macchine ibride, alla tecnica flash e all'impiego dell'Intelligenza Artificiale per eseguire l'Adaptive Radiotherapy in tempo reale). Ma stanno anche ampliandosi rapidamente le indicazioni alla radioterapia; il trattamento ablativo della malattia metastatica, specialmente in associazione agli immunoterapici, ne è un esempio lampante, ma vanno profilandosi anche indicazioni innovative per alcune patologie funzionali non oncologiche, prima fra tutte la tachicardia ventricolare refrattaria alle terapie convenzionali. AIRO starà al passo con i tempi e aiuterà i suoi iscritti e i Centri italiani a fare altrettanto.

Sarà assicurata ai soci la possibilità di accrescere le proprie conoscenze e confrontarsi su svariati temi attraverso la realizzazione di eventi formativi a distanza accreditati; a tal scopo lavorerà una commissione dedicata. Saranno realizzate nuove linee-guida e raccomandazioni, sia di primario interesse radioterapico che in collaborazione con altre associazioni scientifiche. Sarà promossa la ricerca affinché sia quanto più possibile partecipata. Ci si adopererà per far emergere le giovani figure che potranno essere i leaders di domani. La commissione scientifica, i gruppi di studio e regionali saranno promotori e motore delle varie attività. Per la ricerca e la formazione ci si avvarrà del fondamentale contributo del mondo universitario, rappresentato in seno al consiglio da un esponente del Collegio degli Ordinari dell'area radiologica. In breve: sarà un gioco di squadra. E la squadra è forte. La strada da percorrere di cui vi ho descritto la traccia non è in realtà nuova perché gli obiettivi da raggiungere non sono altro che la rappresentazione dei punti nodali della mission di AIRO. I mezzi per raggiungerli saranno condivisione, comunicazione e partecipazione.

Saranno consolidate le collaborazioni di AIRO con i nostri partners "storici", come AIRB, AIOM, SIRM, AIMN e le altre Società Scientifiche coinvolte nella cura del paziente oncologico. Ma si penserà anche a sviluppare maggiori interazioni con le professioni che condividono ogni atto del nostro lavoro, nella quotidianità della pratica clinica come nella progettualità e nell'implementazione di tecniche e approcci innovativi: fisici medici, tecnici e infermieri di radioterapia. Possono essere inoltre stabilite connessioni completamente nuove. Ad esempio con il mondo della Medicina Integrata. Almeno un terzo dei pazienti oncologici si rivolge a metodiche di cura complementari per trovare sollievo dai disturbi procurati dalle terapie o dalla malattia stessa. È giusto che anche il radioterapista oncologo ne abbia conoscenza: per essere in grado di gestire questa tendenza ed aiutare il paziente a non fare scelte che potrebbero allontanarlo dalle giuste cure, concedendogli al contempo la possibilità di ricorrere a procedure in grado di migliorare la qualità della sua vita. Grandi centri oncologici in Italia e nel mondo sono già attrezzati con ambulatori di medicina integrata e pure un certo numero di radioterapisti si occupa in prima persona di queste discipline.

Il paziente, qualunque sia la meta che AIRO si prefigge di raggiungere, è in ultima analisi il centro e il beneficiario di ogni sforzo. Non potrà quindi mancare in AIRO un dialogo continuo con le associazioni di pazienti e di volontariato: sarà di reciproco arricchimento.

Concludo ringraziando di cuore i Presidenti che mi hanno preceduto perché hanno reso l'Associazione più forte, sana e vivace, e chi lavorerà al mio fianco nei prossimi anni e che già in queste prime settimane del mio mandato si è dimostrato di aiuto prezioso. Ringrazio infine chi ha creduto in me e mi ha sostenuto, ma anche chi ha scelto diversamente perché ha visto i miei limiti e ora mi sta aiutando a superarli.

Un caro saluto e buon lavoro a tutti voi. ■

In Memoriam

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202213

RICORDO DEL DOTT. **ERMANNO EMILIANI**

a cura del *Consiglio Direttivo AIRO*

L'AIRO ricorda la recente scomparsa del Dr. Ermanno Emiliani, Direttore della Radioterapia dell'Ospedale S. Maria delle Croci di Ravenna fino al 2011. Medico di grande cultura e passione per la medicina, e l'oncologia in particolare, si laureò presso il Policlinico S. Orsola di Bologna. La sua formazione, prima in Radiologia e poi in Oncologia, trovò uno sbocco naturale presso l'Istituto di Radioterapia dello stesso Policlinico, diretto dal Prof. Lucio Babini, dove riuscì a conciliare le due specialità.

La sua visione di un approccio multidisciplinare alla cura oncologica, a quei tempi decisamente innovativa, si tradusse rapidamente nella collaborazione con i colleghi dell'Istituto "Seragnoli" di Ematologia, con cui fu tra i primi in Italia ad implementare la metodica del trapianto di midollo, appresa durante un periodo di formazione a Londra. Fu inoltre tra i promotori, affiancato in questo dalla Prof.ssa Enza Barbieri, anche essa ex-Presidente AIRO, della collaborazione con i colleghi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, per il trattamento dei sarcomi e dei tumori dell'osso, e con l'allora emergente Chirurgia Maxillo-Facciale.

Nel 1988 fu nominato Direttore della U.O. di Radioterapia di Ravenna, dove ricoprì anche la carica di Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia del Presidio Ospedaliero di Ravenna. Sempre all'insegna della multidisciplinarità, istituì da subito ottimi rapporti con i colleghi oncologi medici, ematologi, chirurghi, anche e soprattutto sul territorio romagnolo, portando letteralmente la nostra specialità dentro gli ospedali che ne erano sprovvisti, affinché a tutti i pazienti fossero assicurate le stesse possibilità terapeutiche. Nacquero e crebbero così le collaborazioni con gli oncologi medici di Cesena, Faenza, Lugo, Rimini, e con altri specialisti di patologia, che lo seguirono senza indugi, attratti dalla sua professionalità, dalla sua cultura e dal suo carisma. Sempre aperto alle innovazioni e attento conoscitore della letteratura oncologica, attivò - tra i primi in Italia - il trattamento brachiterapico LDH per i tumori della prostata. In sostanza, mise le basi per lo sviluppo dell'attuale radioterapia romagnola.

Per questi suoi requisiti e per la sua attitudine alla mediazione e alla condivisione, negli anni 1998-1999 fu nominato presidente di AIRO. Nel corso della sua lunga vita lavorativa è stato inoltre membro di numerose commissioni oncologiche regionali e nazionali, e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Chi ha avuto il privilegio di conoscerlo e di lavorare con Lui ricorderà la grande passione per il suo lavoro, la voglia costante di confrontarsi, di insegnare ma anche di imparare. Ricorderà anche il suo grande senso ironico, che rivolgeva anche a sé stesso, la sua capacità di discernere ciò che era importante da ciò che non meritava di essere preso sul serio, e la sua determinazione ad evitare ogni atteggiamento di compiacimento o autocelebrativo. Ma soprattutto ricorda una persona presente nei momenti e nelle decisioni più difficili, mai autoritaria sempre disponibile.

Grazie Ermanno, Ti ricorderemo come un Maestro. ■

VERBALE

VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
24 GENNAIO 2022

Il giorno 24 Gennaio 2022 dalle ore 14.00 alle ore 19.30 è svolto, in modalità telematica la riunione del Consiglio Direttivo AIRO con il seguente Ordine del Giorno:

Orario	Argomento
14.00 - 14.10	Approvazione Ordine del Giorno Breve presentazione delle linee programmatiche del nuovo Presidente Dr.ssa C. Iotti)
14.10 - 14.30	Nomina/conferma e ratifica delle cariche societarie Commissione patrocini Referente gruppi di studio Referente sito societario
14.30 - 14.50	Agenzia Stampa: consuntivo attività PROFORMAT 2020-2021 (Dr.ssa Monaco)
14.50 - 15.20	Consuntivo attività/costi FAD 2021 (D'Angelillo-Cozzaglio)
15.20 - 16.00	Istituzione gruppi di lavoro/commissioni e nomina referenti
16.00 - 16.30	Light lunch
16.30 - 17.00	Consuntivo Congresso Nazionale AIRO 2021 ER congressi (Dr.ssa Bagnara)
17.00 - 18.00	Congresso Nazionale AIRO/AIRB/AIRO giovani 2022 (titolo ed impostazione)
18.00 - 18.15	Votazioni presidente eletto (tempi e commissione)
18.15 - 19.00	Varie ed eventuali

Sono invitati, oltre ai Membri elettivi del CD, il Rappresentante del SSD MED36 (V. Tombolini), del SNR (F. Lucà), il Segretario del Presidente (A. Stefanelli), il Segretario Amministrativo (G. Catalano), il Coordinatore della Commissione Scientifica (P. Bonomo), La Presidente AIRB (S. Pergolizzi), il Coordinatore AIRO Giovani (F. De Felice), la Segretaria AIRO (M. Cozzaglio), e per quanto di pertinenza ER Congressi (L. Bagnara) e Ufficio Stampa Pro Format (D. Monaco).

Presenti:
La Presidente – C. Iotti
I membri elettivi del Consiglio Direttivo – C. Baiocchi, M. Buglione di Monale e Bastia, G. Cartia, R. M. D'Angelillo, D. Musio, L. Tagliaferri
Il rappresentante MED36 – V. Tombolini.
Il segretario Amministrativo – G. Catalano
Il Segretario alla Presidenza – A. Stefanelli
La coordinatrice di AIRO Giovani – F. De Felice
Il Coordinatore della Commissione Scientifica – P. Bonomo
La Presidente AIRB – S. Pergolizzi
La Segretaria AIRO – M. Cozzaglio
Rappresentante SNR – F. Lucà
(Dalle 14.45 alle 15.00 Dr.ssa Monaco e dalle 16.30 alle 17.00 Dr.ssa Bagnara)

Assenti giustificati:
G. Ingrosso

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

1. Breve presentazione delle linee programmatiche del nuovo Presidente

Prende la parola La Presidente Dr.ssa Cinzia Iotti che pur consapevole della particolare situazione creatasi in seguito alla prematura scomparsa del Prof. R. Corvò rinnova il suo massimo impegno per la nuova carica, nel rispetto anche di quello che avrebbe fatto il Prof. Renzo Corvò

Ringrazia particolarmente i Past President Dr. Vittorio Donato, Prof. Stefano Magrini e Dr. Elvio Russi per la loro disponibilità e l'aiuto fornito. Ugualmente ringrazia il Prof. D'Angelillo e la Dr.ssa Cozzaglio per il grande supporto dato in questa fase iniziale.

Il programma delineato dalla Presidente prende origine dalla mission dell'associazione, ben descritta nel suo statuto, e si propone di proseguire e possibilmente sviluppare quanto fin qui fatto dai precedenti Presidenti e da quanti hanno lavorato con loro in AIRO. In estrema sintesi i punti essenziali sono:

- Dare impulso alla radioterapia promuovendone il suo ruolo nei diversi contesti, in primis quello politico –sanitario.
- Favorire la formazione, l'aggiornamento e la crescita professionale e contribuire a fare emergere tra i giovani i futuri leader della radioterapia.
- Supportare la ricerca, condividendone programmi e contenuti con i soci ed anche con i pazienti.
- Potenziare e ampliare l'integrazione interprofessionale e interdisciplinare con le associazioni scientifiche e di categoria, rivolgendosi non solo ai più consueti interlocutori (quali AIRB, AIOM, Associazioni chirurgiche di patologia, AIFM) ma anche AITRO, AIIRO e ARTOI)

Gli obiettivi puntuali in cui si tradurrà il programma saranno delineati e condivisi nel corso dello svolgimento del mandato.

La Presidente termina esponendo le "parole chiave" che ritiene dovrebbero connotare il modo di lavoro di AIRO e i mezzi con cui perseguire gli obiettivi:

Informazione e **comunicazione**, interna al CD ed esterna

Inclusione, al fine di generare la massima **motivazione** e **partecipazione** della preziosa risorsa rappresentata dagli associati (e possibilmente arricchirne il numero)

Delega ai gruppi di lavoro e commissioni che saranno istituiti, affinché - premessa la dovuta condivisone dei programmi e degli obiettivi, e stabilita la necessità di periodiche rendicontazioni - sia assicurato un livello di autonomia adeguato per agire in modo fluido, veloce ed efficace

Nomina/conferma e ratifica delle cariche societarie

Segretario alla presidenza: Antonio Stefanelli
Segretario amministrativo: Giampiero Catalano
Coordinatore della Commissione Scientifica: Pierluigi Bonomo
Referente gruppi di lavoro e formazione: Michela Buglione di Monale e Bastia
Referente sito societario: Daniela Musio
Referente associazione pazienti e di volontariato: Luca Tagliaferri
Referente DPO: Gianluca Ingrosso
Referente newsletter: Cristina Baiocchi, Antonio Stefanelli
Rappresentante area Med36 (indicato dal collegio degli ordinari): Vincenzo Tombolini
Rappresentante AIRO giovani (indicato da AIRO giovani): Francesca De Felice
Rappresentante SNR: Francesco Lucà
Referente rivista "Il Radiologo": Giovanni Mandoliti (in sostituzione di F. Marletta, dimissionario)

Il CD ratifica e approva

2. Agenzia Stampa: consuntivo attività PROFORMAT 2020-2021 (Dr.ssa Monaco e coll)

Ore 14.45

Dr.ssa Monaco

L'agenzia si è occupata dell'ufficio stampa e della comunicazione di AIRO espone un consuntivo del biennio dell'attività svolta nel biennio 2020-2021, sulla base di quanto richiesto dal Presidente Vittorio Donato e approvato dal CD:

Primo appuntamento di rilievo la WEB conference del 24 giugno 2020, seguito da quella del 10 dicembre 2020 in occasione del convegno AIRO.

Sono stati presentati i comunicati stampa prodotti riguardo alle raccomandazioni rispetto alla pandemia covid e sugli investimenti previsti dal PNRR, e la loro diffusione sui media.

ProFormat presenta un piano **strategico per il 2022** teso ad elevare il profilo del radioterapista oncologo e a valorizzare il ruolo della radioterapia nella cura oncologica espandendo l'informazione sui canali mediatici, aumentando il numero di giornalisti coinvolti e incrementando la presenza di AIRO sui social media. (Facebook)

La Presidente ringrazia e chiede se qualcuno del CD ha domande specifiche.

D'Angelillo chiede se è prevista una attività di rebranding della figura del Radioterapista.

Proformat prevede di continuare a lavorare sulla figura del radioterapista oncologo per valorizzarne ulteriormente la professionalità senza necessariamente prevedere particolari operazioni di rebranding.
La Presidente apre la discussione in merito all'opportunità di continuare ad avvalersi di un'agenzia di stampa, esprimendo il proprio pensiero sulla necessità di dare il giusto rilievo ad ogni notizia che possa aiutare la disciplina radioterapica ad acquisire la visibilità che merita e sull'utilità che questa attività sia guidata da radioterapisti oncologi e supportata, per l'aspetto operativo, da esperti del settore della comunicazione.
Musio ribadisce la necessità dell'agenzia stampa ma dobbiamo essere artefici della nostra promozione ed è d'accordo sul gruppo che dovrà gestire la agenzia stampa.
Cartia è d'accordo sull'agenzia stampa tendendo a dare fiducia a proformat che ha già due anni di esperienza e sulla presenza del gruppo di lavoro che dialoghi con essa.
Catalano chiede se ci sono degli elementi di insoddisfazione poiché lui stesso non ne avrebbe.
Baiocchi chiede come è stata fatta la scelta dell'agenzia.
D'Angelillo spiega la scelta fatta in passato rispetto ad altre agenzie. Esprime inoltre l'opinione che potrebbe essere utile anche un rebranding.
Cartia è d'accordo sul rebranding.
Più consiglieri concordano sulla necessità di individuare un nome univoco con cui proporsi, onde evitare l'uso di molteplici definizioni, alcune delle quali anche sminuitive della professionalità (radioterapista, oncologo radioterapista, radioncologo)
Buglione ritiene utile chiedere un preventivo ad altre agenzie, oltre a ProFormat, anche per favorire - attraverso la competizione - la possibilità che siano proposte le soluzioni migliori per contenuto e/o costo.
La Presidente, sentito il parere favorevole del CD in merito alla proposta di proseguire ad avvalersi di un'agenzia di stampa, propone di istituire un gruppo di lavoro "agenzia di stampa/social media". Il CD approva.
Il Dr. Giovanni Cartia si rende disponibile come referente per l'agenzia di stampa/social media. Giovanni Cartia, con il supporto di Giampiero Catalano, avrà mandato di richiedere a PROFORMAT e ad agenzie del settore un piano d'azione e un preventivo.
Si occuperà inoltre di individuare gli argomenti da proporre all'agenzia di stampa per diffusione.
In questa attività potrà essere coadiuvato da altre 2–3 persone che potrà lui stesso individuare e proporre per approvazione al CD.

3. Consuntivo attività/costi FAD 2021 istituzione commissione permanente per la formazione

15.00

D'Angelillo espone quanto è stato realizzato nel 2021 come attività formativa a distanza (FAD) e anticipa al CD che è necessario esprimere un parere sull'opportunità di proseguire sulla strada intrapresa, alla luce dell'imminente scadenza per la sottomissione del piano formativo 2022 ad Agenas (28/2/22).
M. Cozzaglio illustra puntualmente quali sono le azioni necessarie per la programmazione e lo svolgimento dei corsi e l'assegnazione degli ECM. Informa che da Maggio a Dicembre 2021 sono stati effettuati 20 corsi (gratuiti per i soci AIRO) per un numero totale di 2074 partecipanti e 1131 attestati ECM conseguiti.
D'Angelillo evidenzia alcuni punti chiave tra cui:
L'intenso lavoro della segreteria richiesto;
Impegno per i gruppi di studio che devono programmare, organizzare e sostenere i corsi;
L'ottimo riscontro da parte dei Soci;
La gratuità della fruizione;
Sottolinea inoltre che questi corsi FAD hanno verosimilmente comportato un aumento degli iscritti AIRO. Le iscrizioni AIRO 2021 mostrano infatti due picchi "fisiologici" all'inizio dell'anno, un altro in prossimità del congresso mentre il 2021 ne mostra uno a giugno probabilmente generato dai corsi ecm.
Vengono presentati i **costi** delle FAD: i costi fissi sono 8600 euro per anno; ogni evento (se di una sola giornata, come quelli effettuati sino ad ora) costa 260 euro. Nel 2021 si sono avute 138 iscrizioni in più di cui 82 paganti, corrispondenti ad un'entrata di 11480 euro. Ipotizzando che l'aumento delle quote associative siano in relazione con l'attività FAD ne deriva che il sistema potrebbe in buona parte autosostenersi.
Il prof. **D'Angelillo** ritiene che si possa continuare su questa linea.
La Presidente interviene con parere favorevole, anche in considerazione del fatto che rientra nel mandato societario favorire l'aggiornamento e la crescita professionale. Per tal motivo sarebbe a suo avviso giustificato proseguire in questa attività anche se questa dovesse costituire una voce in uscita in bilancio.

Il CD approva la prosecuzione dell'attività formativa.

La Presidente propone la istituzione di una commissione permanente **sulla Formazione** di cui sarà responsabile la **Prof.ssa Jereczek Barbara** coadiuvata dalla **Prof.ssa M. Buglione**.
La commissione si potrà avvalere della collaborazione di altri colleghi che saranno individuati dalla Prof. Jereczek e dalla Prof. Buglione
Il **Prof. Tombolini** richiama a sua volta il dato dell'aumento degli iscritti, che ritiene conseguente alla possibilità di acquisire ECM.
Dr.ssa Baiocchi esprime anche la necessità di formazione non solo clinica ma anche radioprotezionistica vedi legge 101.
Interviene il **Dr. Lucà** che ribadisce la disponibilità ad organizzare corsi sulla Radioprotezione e sul rischio clinico in linea con le disposizioni di legge.
Prof.ssa Buglione ringrazia per la fiducia e ribadisce la necessità di continuare sugli aspetti formativi e sulla necessità di avere più componenti nella neoformata commissione sulla formazione permanente e collaborazione con la commissione scientifica.

Il CD approva e conferma il proseguimento del programma formativo e dà mandato alla Prof.ssa Jereczek Barbara e Prof.ssa M. Buglione di costituire la commissione sulla formazione permanente in collaborazione con La Presidente.

La Presidente chiede alla segreteria dr.ssa Cozzaglio di uscire temporaneamente dalla riunione e a quel punto chiede al CD di autorizzare il pagamento di eventuali ore di straordinario (costano ad AIRO 14,57 lordi) visto l'impegno oneroso, che a volte richiede lavoro serale, per le attività correlate alle FAD.

Il CD ratifica ed approva.

A margine **La Presidente** informa che si sta esplorando la possibilità di impiegare Airo servizi (La Presidente ne spiega l'istituzione) nel campo della formazione. Propone che sia il Dr. Russi a valutare questa possibile strada di sviluppo.
G. Catalano puntualizza la funzione di AIRO servizi e le potenzialità future.

16.20 - 16.30 pausa

4. Consuntivo Congresso Nazionale AIRO 2021 ER Congressi

La Presidente informa che il contratto con ER scadrà alla fine del corrente anno e che durante l'anno si dovrà valutare se rinnovarlo o valutare altre soluzioni.
D'Angelillo raccomanda di fissare la data e opzionare la sede anche per il Congresso del 2023.

16.45
ER congressi Dr.ssa Bagnara:
Presenta in sintesi quanto effettuato per il congresso AIRO di Bologna 2021 facendo particolare menzione alle problematiche conseguenti alle norme di sicurezza imposte dal Covid.
Per lo stesso motivo, anche per il prossimo congresso 2022 sono stati precauzionalmente opzionati gli stessi spazi.
Al congresso hanno partecipato 632 persone, tra cui 32 sponsor e 185 tra relatori e moderatori. Sono stati presentati e accettati 425 abstract.
Per il congresso 2022, che sarà AIRO AIRB e Airo Giovani, è stata fissata la data del **25-27 novembre**. Non è stata ancora fatta opzione per il 2023 poiché il contratto con Airo scade alla fine del 2022.

Congresso 2022
Dr.ssa Bagnara propone una griglia di programmazione che ricalca quella dello scorso congresso.
D'Angelillo propone la dead line per gli abstract tra metà di giugno e fine giugno.
Si fissa per il **19 giugno**, senza possibilità di proroghe.
Le quote di iscrizioni rimarranno invariate.
Su richiesta del Prof. **D'Angelillo**, ER risponde che la capienza totale, se la situazione pandemica dovesse persistere, sarà di 650 posti. Si enfatizza che è importante avere una stima quanto più possibile precoce degli iscritti al congresso e in tal senso di scoraggiare le iscrizioni all'ultima ora.
ER presenta la timeline delle attività di organizzazione del congresso:
1) Incontro con le ditte/sponsor: date proposte 11 o 14 febbraio, preferibilmente in presenza, a Bologna o Milano;
2) entro maggio definire la griglia dei moderatori relatori;
3) luglio-settembre definizione del programma finale.
Si chiude il collegamento con ER congressi 17.30.

6. Congresso Nazionale AIRO/AIRB/AIRO Giovani 2022

Bonomo ringrazia per la fiducia accordata quale coordinatore della commissione scientifica e presenta i membri della commissione scientifica:

P. Franco	**Novara**	**A. Merlotti**	**Cuneo**
D. Genovesi	**Chieti**	**P. Ciammella**	**Reggio Emilia**
M Buglione	**Brescia**	**M. Trovò**	**Udine**
C. Spatola	**Catania**		
V. Nardone	**Napoli**		

Il CD approva e ratifica.

Si passa alla discussione del titolo del **congresso 2022** che dopo discussione viene concordato nel seguente:

Radioterapia di precisione per un'oncologia innovativa e sostenibile

Si passa al dibattito sull'organizzazione del congresso, al termine del quale il CD concorda sulla necessità di mantenere la prassi dell'incontro con le ditte per riceverne proposte e contributi, e di riunire in tempi brevi gruppi di studio e gruppi regionali per definire i topics del congresso. Data la istitituzione di una nuova commissione scientifica altri dettagli stanno discussi al prossimo CD.

7. Votazioni Presidente eletto

Candidato unico: Prof. Marco Krengli

La votazione si svolgerà tramite la piattaforma ELIGO o per posta.

Commissione elettorale:

Si nominano i membri della commissione elettorale: G. Catalano, G. Cartia, D. Musio

Le votazioni (riservate ai soci in regola con la quota associativa) saranno aperte **dal 14 al 27 Marzo**

Il CD ratifica e approva.

8. Varie ed eventuali

La Presidente presenta le seguenti varie ed eventuali

- contratto di consulenza con l'avvocato Restuccia: il CD approva il rinnovo per un anno
  - risultati del censimento su RT curativa condotto nel 2020: si conferma quanto già concordato al CD del 13/12/21, nella fattispecie la prof. Buglione (con il supporto del Dr. Mignogna) si relazionerà con i gruppi di studio per approfondimento di alcuni argomenti quali SRT e Brachiterapia ginecologica
  - Richiesta da parte di ISS di collaborazione per stesura di linea guida su assicurazione di qualità in IMRT: il CD approva; approva anche che il presidente AIRO e il prof. Valentini, come proposto da ISS, siano tra i coordinatori. I restanti nomi saranno proposti al/ dal CD e successivamente approvati
  - Richiesta da parte di Fondazione Onda di stesura di un capitolo su terapia medica nel tumore della prostata nell'ambito di un libro bianco sul tumore della prostata: il CD ritiene non opportuno accettare l'incarico al fine di non alterare i rapporti inter societari;
  - In risposta alla richiesta della Dr.ssa Alba Fiorentino di produrre un documento AIRO di raccomandazioni per gestione di pazienti COVID + in radioterapia, il CD considerato il tempo occorrente per la stesura e approvazione (almeno 1 mese) e visto il mutevole andamento della pandemia nonché la produzione frequente di nuova normativa e la variabilità di regolamenti predisposti dalle varie Aziende sanitarie, ritiene di non procedere e consiglia che ogni centro segua le direttive aziendali /regionali.
- il CD affida al dr. Stefanelli il compito di produrre una memoria in ricordo del Dr. E. Emiliani già Presidente AIRO da pubblicare sul Radiologo;
- La Presidente chiede di rendere accessibile ai soci sul Sito AIRO il documento sul consenso informato prodotto nel 2021;
- La Presidente informa che, in attesa dello svolgimento del CD, in accordo con il Prof. D'Angelillo è stato concesso il patrocinio al Congresso di Assisi sul tumore della mammella che avrà luogo in febbraio, richiesto dalla prof. C. Aristei.
  - La Presidente informa che è stata richiesta da SIRM una collaborazione per l'organizzazione di una tavola rotonda congiunta al prossimo congresso SIRM di ottobre 2022. È in previsione un incontro preliminare il 25/2 a cui parteciperanno la stessa e Bonomo.

- AIOC chiede il contributo di AIRO ad una campagna di sensibilizzazione della cittadinanza, che si iscrive in un più vasto programma europeo, sui tumori del testa collo. Il CD approva.
- PNRR e gara CONSIP: La Presidente informa che il Dr. Donato, a novembre 2021, ha incaricato il Prof Magrini e Prof. Livi come consulenti scientifici di CONSIP, in previsione della gara che sarà attuta per la sostituzione di apparecchi obsoleti (81 macchine richieste).
- La Presidente informa che è stato presentato il 17/1/21 il nuovo Nomenclatore Tariffario che purtroppo non corrisponde a quanto proposto e approvato dalla commissione LEA, come denunciati dal Prof. Livi che è membro della commissione. La Presidente ha inviato una lettera di protesta al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e Finanze e al Presidente della Conferenza Stato-Regioni, chiedendo un confronto prima che il nomenclatore sia reso operativo. La lettera è stata condivisa con il Prof. Livi, con il Prof. Magrini e con il Dr. Elvio Russi, che avevano partecipato alla stesura della proposta di nomenclatore.
- Il CD approva la proposta del Dr. Soatti di mettere sul sito AIRO, a disposizione dei soci, il materiale del convegno che si è tenuto a Lecco il 27/11/2021.

Si fissano le date dei prossimi CD: 7 marzo, 11 aprile, 23 maggio, 13 giugno. ■

LA PRESIDENTE
Dott.ssa Cinzia Iotti

IL SEGRETARIO ALLA PRESIDENZA
Dott. Antonio Stefanelli

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202214

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

LA PRRT IN PIEMONTE: *un'esperienza di Rete*

Valeria Pirro

Elena Pomposelli

La PRRT (Peptide Receptor Radionuclide Therapy) è una terapia con radioligandi basata sull'utilizzo di un analogo della somatostatina, il 177Lu-Oxodotreotide (Lutathera®), nel trattamento dei tumori neuroendocrini gastroenteropancreatici ben differenziati metastatici e/o localmente avanzati inoperabili o in progressione in corso di trattamento standard. Le neoplasie neuroendocrine (NEN) rappresentano un gruppo molto eterogeneo di patologie, classificate all'interno delle Patologie Rare data la loro bassa incidenza (inferiore a 6 nuovi casi/100000 individui/anno) Se l'incidenza è bassa, non lo è tuttavia la prevalenza (35 casi ogni 100mila abitanti), poiché la storia naturale della malattia è generalmente caratterizzata da una lenta progressione e gravata da una bassa mortalità. Inoltre, negli ultimi anni si sta assistendo ad una maggiore consapevolezza della patologia e alla disponibilità di nuovi strumenti diagnostici per

Scuola specialità MN di Torino

l'identificazione precoce. Considerata la rarità e l'eterogeneità clinica e biologica delle NEN, esperienza, competenza e centralizzazione della casistica giocano un ruolo determinante: è pertanto auspicabile una presa in carico dei pazienti quanto più precocemente possibile in Centri di Riferimento e una loro gestione multidisciplinare, al fine di ottenere la più corretta impostazione del percorso diagnostico/terapeutico.

In questo contesto, l'idea innovativa di utilizzare un analogo della somatostatina marcato a scopo terapeutico si è fondata sulla pluriennale esperienza diagnostica in campo Medico Nucleare avviata con l'Octreoscan (scintigrafia con analoghi della somatostatina). Le prime esperienze terapeutiche hanno utilizzato sia analoghi marcati con 90Y sia con 177Lu all'interno di protocolli di studio sperimentali, con casistiche spesso limitate, non randomizzate e non sempre omogenee. Ciononostante, questi studi hanno fatto intravedere il potenziale impatto clinico in termini di controllo di malattia e miglioramento della qualità di vita della PRRT nelle NEN. Lo studio di fase III, multicentrico internazionale, stratificato, randomizzato, in aperto, prospettico, Netter-1 ha segnato in questo scenario una vera e propria svolta. Esso ha infatti confrontato in pazienti con GEP-NEN metastatici in progressione il trattamento con Lutathera® versus il trattamento con analoghi freddi della somatostatina long acting, evidenziando, nel gruppo dei trattati, un significativo incremento della Sopravvivenza libera da Progressione e conseguente aumento della Sopravvivenza Globale e, soprattutto, confermando un notevole impatto sul controllo della sintomatologia con miglioramento della Qualità di Vita.

Da questo è derivata l'approvazione da parte delle Agenzie del Farmaco in Europa il 26 settembre 2017 ed in Italia nell'ottobre 2018, e l'introduzione di Lutathera® nella pratica clinica.

Il radiofarmaco è composto da un peptide analogo della somatostatina con elevata affinità per i recettori di sottotipo 2 (SST2), marcato con 177Lu (ß-γ emittente): la sua azione è pertanto mirata su cellule sovra esprimenti recettori della somatostatina, quali quelle dei NET ben differenziati. L'azione terapeutica del farmaco è data dalla componente ß dell'emissione, cioè da radiazioni ad alta energia (0,8 MeV) ed alto LET con breve percorso nei tessuti target (profondità massima di penetrazione 2,2 mm) e con conseguente ridotto irraggiamento e danno sui tessuti sani circostanti. Grazie alla componente γ invece, si può ottenere un'immagine scintigrafica della distribuzione del radiofarmaco nelle ore e nei giorni successivi al trattamento, utili ai fini delle eventuali valutazioni dosimetriche.

Team Mauriziano di torino

Team di Alessandria

Il Lutathera® è pertanto uno degli esempi più moderni di Teragnostica. Questa è una evoluzione della medicina nucleare grazie alla quale il momento diagnostico e quello terapeutico si integrano sequenzialmente utilizzando la stessa molecola marcata con isotopi differenti. Nel caso dei NET questo si ottiene utilizzando proprio gli analoghi della somatostatina marcati con 68Ga per la diagnostica PET/TC che ha in molti casi completamente sostituito la tecnica scintigrafica tradizionale con un netto impatto sull'accuratezza diagnostica o con 177Lu/90Y per la terapia. Questo tipo di approccio, nato decenni orsono con la terapia con 131I nei tumori della tiroide, permette oggi una medicina di precisione davvero patient-based e anche lesion-based, con una accuratezza elevata e profili di rischio contenuti, il tutto a vantaggio di una reale sostenibilità. Grazie a questa combinazione diagnostico/terapeutica, i pazienti vengono avviati a trattamento solo in presenza di elevata espressione di recettori della somatostatina documentati alla PET/TC. Lo stesso approccio potrà in un futuro prossimo essere avviato anche per la terapia del carcinoma prostatico metastatico.

Il trattamento con Lutathera® nella pratica clinica consiste in quattro somministrazioni per via endovenosa, una ogni 8 settimane; la dose raccomandata per singola somministrazione è di 7,4 GBq. Dal punto di vista farmacocinetico, il radiofarmaco ha un'ottima biodistribuzione e l'eliminazione della quota non legata alle lesioni target avviene prevalentemente per via urinaria (60% nelle 24 ore come forma intatta); questo rende i reni un organo critico dal punto di vista dosimetrico, motivo per cui la somministrazione è sempre

preceduta da premedicazione con aminoacidi a catene ramificate come nefroprotettori. Dal punto di vista delle potenziali tossicità, vanno monitorate nel corso del trattamento la funzionalità midollare, epatica e renale seppur la percentuale di eventi avversi gravi riportata in letteratura è molto bassa; a queste si aggiunge il potenziale verificarsi di crisi ormonali da carcinoide e sindrome da lisi tumorale. Dal punto di vista radioprotezionistico, le attenzioni consigliate sono limitate all'evitare contatti prolungati con donne gravide e popolazione pediatrica per alcuni giorni dal momento delle dimissioni.

Al momento l'utilizzo di Lutathera® è ancora sottoposto a Monitoraggio AIFA e pertanto ne è autorizzata la prescrizione e l'utilizzo solo da parte di Centri individuati dal Legislatore in base alla presenza di requisiti fondamentali per l'erogazione di questo trattamento: competenze professionali multidisciplinari relative a questi tipi di tumori, dotazioni tecnologiche necessarie per l'impiego di questo farmaco, autorizzazione alla detenzione del 177Lu presso i Reparti di Medicina Nucleare. Con i recenti adeguamenti normativi (D.Lgs 101/2020) e protocolli di intesa tra le Società Scientifiche AIFM-AIMN è inoltre venuto meno il vincolo normativo che imponeva il ricovero in Degenza Protetto per le terapie radiometaboliche. Questo permetterà nel prossimo futuro una maggior diffusione sul territorio del trattamento, anche se la complessità clinica della gestione di tali pazienti richiede una attenta valutazione da parte dei Curanti.

Come facilmente intuibile, questo trattamento risulta dunque impegnativo e dispendioso sotto molti punti di vista: clinici, organizzativi e anche economici. Nel 2019 il Lutathera® è stato riconosciuto come Farmaco Innovativo Oncologico (con innovatività piena) e pertanto, in base a quanto disposto dalla L232/2016, il costo del trattamento può essere sostenuto tramite FIO, il Fondo Innovativo Oncologico, nato come risposta all'avvento sul mercato di nuovi farmaci ad alto costo in ambito oncologico. L'innovatività è tuttavia temporanea (max 36 mesi) e rivalutabile attraverso i Registri di Monitoraggio.

La PRRT in Piemonte coinvolge due Centri di Medicina Nucleare, presso l'AO Mauriziano Umberto I di Torino e presso l'AO "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, con un numero di posti letto complessivo pari a nove. Questi due centri sono legati da una assidua collaborazione nell'ambito della terapia radiometabolica, collaborazione che cresce e continua grazie anche alle nuove opportunità terapeutiche, come quella del Lutathera®. Attualmente sono entrambi coinvolti in uno studio osservazionale prospettico multicentrico italiano per valutare l'efficacia e gli esiti associati al trattamento con Lutathera®. Non mancano la condivisione e il confronto su casi clinici complessi, sulla gestione pratica e clinica dei pazienti o sulla diagnostica preliminare anche con altri centri di riferimento per la gestione dei NET in ambito regionale quali l'AOU Città della Salute e della Scienza. Questa stretta collaborazione coinvolge anche le Strutture Complesse di Fisica Sanitaria, con la condivisione dei protocolli di studio dosimetrico e la gestione degli aspetti radioprotezionistici dei pazienti durante il ricovero ed in fase di dimissione.

I pazienti che afferiscono ai Servizi di Medicina Nucleare per la PRRT provengono da tutto l'ambito regionale, tramite i GIC presenti nelle Aziende Ospedaliere, nell'ottica di collaborazione promossa dalla Rete Oncologica di Piemonte e Val d'Aosta. In particolare, il Gruppo Regionale di Studio sui Tumori Rari ha lavorato alla stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali condivisi e all'implementazione di un Registro Regionale dei NET, promosso in particolare dall'Università degli Studi di Torino con un totale di 40 pazienti valutati e trattati complessivamente nei due centri negli ultimi 3 anni.

Non da ultimo, l'Università degli Studi di Torino tramite la SC Medicina Nucleare U dell'AOU Città della Salute e della Scienza in collaborazione con gli altri centri di riferimento regionale promuove ed è direttamente coinvolta in protocolli di ricerca nazionali ed internazionali multidisciplinari, focalizzati in particolare sulla medicina di precisione nei NET, includendo la fase diagnostica e di selezione del paziente, grazie anche alla disponibilità di nuovi approcci di analisi di immagine multimodale (Radiomica e AI).

La pratica clinica, per quanto limitata nel tempo e nei numeri, restituisce un'esperienza positiva, in cui la PRRT si conferma una terapia maneggevole, con una ridotta tossicità e un vantaggio evidente in termini di controllo della malattia e miglioramento della qualità di vita, in linea coi risultati della letteratura.

L'esperienza finora acquisita spinge a continuare lungo la strada della collaborazione, a livello territoriale, con l'Università, e con le Società Scientifiche in ambito nazionale, per affrontare le questioni ancora aperte. Le principali sfide da affrontare nei prossimi anni riguardano l'uso di attività personalizzate su base clinico/dosimetrico, l'ampliamento delle indicazioni ad esempio ai NET bronchiali e ai NET G3, la possibilità di effettuare ritrattamenti, dal punto di vista più strettamente economico/normativo, come far fronte alla prossima scadenza del FIO, perché ci sia un ampliamento dell'offerta e affinché questa terapia resti un'opportunità accessibile a tutti i pazienti ed economicamente sostenibile per le Aziende Sanitarie. ■

DA UN TRIMESTRE ALL'ALTRO

ANDREA LAGHI CONFERMATO NEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202215

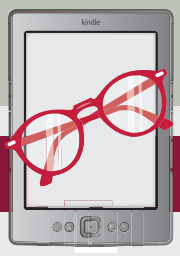
Il 15 febbraio 2022 il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, ha firmato il decreto con il quale sono stati nominati i componenti non di diritto dell'organo di consulenza tecnico scientifica del ministro, che esprime parere su richiesta dello stesso e nei casi espressamente stabiliti dalla legge, in ogni altro caso in cui le direzioni generali ne facciano richiesta per l'adozione di provvedimenti normativi o amministrativi e nell'eventualità che l'autorità giurisdizionale richieda la consultazione dell'organo per decidere contenziosi. Il Consiglio Superiore di Sanità è costituito dai componenti di diritto e da trenta componenti di nomina individuati tra docenti universitari e dirigenti di struttura complessa del servizio sanitario nazionale. Tredici componenti sono stati rinnovati e diciassette confermati dal precedente Consiglio. Fra i componenti confermati è Andrea Laghi, Professore Ordinario di Radiologia presso l'Università "Sapienza" di Roma e membro del Consiglio Direttivo di SIRM in qualità di Rappresentante Area Radiologica nel Consiglio Superiore di Sanità. A lui vanno i più sentiti complimenti da parte della Redazione de Il Radiologo. ■

DAL SINDACO GUALTIERI

Nominati i delegati del sindaco per le asl RM 1, 2 e 3

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202216

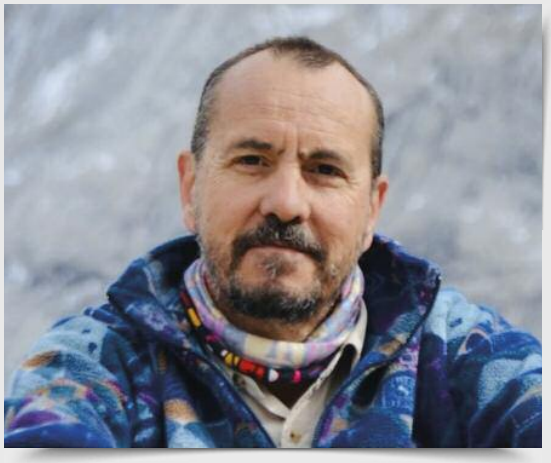
Corrado Bibbolino per la Asl Roma 1, Monica Moriconi per la Roma 2 e Giuseppina Maturani per la Roma 3 nominati delegati dal Sindaco Roberto Gualtieri. I delegati sono chiamati a svolgere funzioni di verifica e contribuiscono alla definizione dei piani programmatici sanitari per conto del Sindaco di Roma. "Aver incaricato un medico come Corrado Bibbolino - ha commentato con soddisfazione Antonio Magi, presidente dell'OMCeO Roma, l è un segnale che va nella direzione di riannodare i fili che tengono insieme ospedale e territorio, sociale e sanitario , politica e società civile". ■



LETTO PER VOI

LA MEDICINA CHE NON C'É
di *Ottavio Davini*

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202217



"Non dobbiamo cercare una medicina che non c'è, dobbiamo soltanto imparare a governare ed a gestire con equilibrio le quotidiane conquiste della scienza e della medicina, separando con cura la realtà dall'illusione, imparando a convivere con le incertezze e coltivando il dubbio, ma non il pregiudizio."

Questo un breve passo dell'introduzione della nuova opera di Ottavio Davini, un breve saggio di quasi cento pagine con il quale l'Autore ci mostra con chiarezza e semplicità come superare i momenti di difficoltà e confusione, senza cadere in balia degli istinti e del caos informativo, indicandoci la strada più sicura, quella offerta dalla scienza, dal raziocinio e dall'umiltà di imparare e comprendere.

Oggi l'incertezza incombe sulla medicina più che nel passato. Non è più l'era di Coleridge, definito come l'ultimo uomo ad aver letto tutto. Impossibile oggi anche soltanto padroneggiare tutte le conoscenze riguardanti la propria disciplina, a dispetto dei numerosissimi tuttologi del web.

Dal metodo scientifico alla complessità dei sistemi, dalla gestione del rischio alla sovradiagnosi, Ottavio Davini ci guida nei paradossi dell'ignoranza e del negazionismo, svelandone origini e conseguenze.

E ci propone soluzioni originali, quasi irraggiungibili nella loro semplicità: l'istruzione, il ragionamento critico, la riduzione delle disuguaglianze, la solidarietà.

"La scienza, per avere un posto riconosciuto nella comunità, deve lavorare per il progresso delle condizioni di vita dell'umanità ed i cittadini devono avere gli strumenti per comprenderla ed interpretarla." ■ Palmino Sacco

Giuseppe Scotti, LA TAC cinquant'anni fa. 1972-2022. Gli esordi in Italia. Dall'EMI-scanner all'intelligenza artificiale

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202218

2022: cinquantesimo anniversario della TAC. In Italia, ancora nel 1973, non ve ne era nemmeno una. Nel 2017 ne hanno contate 1626 (di cui 978 in strutture pubbliche e 648 in strutture private): circa una ogni 30.000 abitanti.

Chi racconta questa storia per aiutarci a capire il contesto sociale, politico, culturale e scientifico in cui la proposta dell'EMI-scanner trovò ascolto, e per guidarci nelle successive tappe, è un affidabile testimone della prima ora: Giuseppe Scotti, detto Pepe, nato nel 1939 in Francia a Meaux, subito a Est di Parigi, in un campo di raccolta per rifugiati spagnoli, esuli della guerra civile[1].

I ricordi – e Scotti lo sa bene - possono essere un vero patrimonio personale e, condividendoli, si permette anche agli altri di fruire del loro intrinseco valore. In questo caso poi la memoria condivisa non è solo quella familiare, ma è anche quella radiologica e dunque l'avventura personale si sovrappone alla storia della radiologia (o, meglio, della neuroradiologia). Per noi, Scotti scava tra le proprie carte, trova documenti originali, lettere, corrispondenze, e contribuisce fattivamente al corretto metodo storiografico che cerca nei materiali e nelle testimonianze di prima mano la vera e utile storia. Che, in questo caso, ha un bellissimo inizio.

Il 15 maggio del 1972 Scotti è tra i 500 *resident* americani che all'Albert Einstein Medical College di New York assistono alla prima presentazione pubblica mondiale dell'EMI-scanner da parte di James W. D. Bull (1911-1987), neuroradiologo londinese, e di Godfrey N. Hounsfield (1919-2004)[2], ingegnere britannico, i quali, dopo avere presentato la novità al mondo scientifico, a Londra il 20 aprile alla riunione annuale del *British Institute of Radiology*, la espongono negli Stati Uniti e cioè a tutto il resto del mondo[3].

A New York, Scotti si trova per il *neurodiology postgraduate course* e l'inserimento di questa presentazione all'interno del corso suona vagamente strano, un po' perché è stato aggiunto in fretta e furia e un po' perché dietro c'è nientemeno che la casa discografica EMI (*Electric and Musical Industries*), quella dei Beatles[4]. A metà mattina ecco la grande notizia: Hounsfield e Bull spiegano che la *Computerized Transverse Axial Tomography*, la nuova tecnica

Autore:	**Giuseppe Scotti**
Con la collaborazione di:	**A. Beltramello** **C. De Grandi** **Leonard Fass** **A. Montesi** **I. Palmieri** **F. Rognone** **S. Perini** **U. Salvolini**
Editore:	**Idelson-Gnocchi**
Anno:	**2022**
Pagine:	**180**

[1] Per quest'altra storia si cfr. G. Scotti, G. Cosmacini, *Francesco Scotti, Politica per amore, 1910-1973*, Franco Angeli, Milano 2010.

[2] Premio Nobel per la Medicina nel 1979, insieme al fisico Allan Allan McLeod Cormack (1924-1998).

[3] Ed è anche vero che qualcuno potrebbe considerare la data-anniversario più corretta quella del I ottobre 1971 quando l'ingegnere e neuroradiologo sudafricano James Ambrose (1923-2006) ottenne la prima immagine TAC di un encefalo (data però non resa pubblica).

[4] E infatti la suggestiva vulgata tramanda che i Beatles sarebbero finanziatori dei primi investimenti di ricerca e sviluppo della TAC. In realtà, i fondi per la ricerca arrivarono dal Ministero della salute inglese.

diagnostica da loro messa a punto, permette di vedere il cervello il quale, attraversato dai raggi X, dà finalmente e "semplicemente" immagine di sé. Con un tempo di acquisizione non inferiore alla mezz'ora e fotografate su Polaroid i due inglesi mostrano al popolo americano le prime immagini che la matrice 64x64 presenta come tanti mattoncini Lego giustapposti tra loro. Sono i *pixel* e presto diverranno i *voxel*!

Sul foglio degli appunti che Scotti prende in quel momento leggiamo: «*The idea is that the brain is not mute to X ray*». Si apre un nuovo mondo, e finalmente il cervello non è più muto, interpretato e "visto" attraverso tecniche diagnostiche indirette, ma è lì, in "presa diretta" e sotto gli occhi di tutti. È un *Mondo Nuovo*, come quello dipinto da Giandomenico Tiepolo (1791), dove tutti, ma proprio tutti, sono lì a guardare la grande novità che allora altro non era che la lanterna magica. E dunque eccola la novella lanterna che quasi per magia ci permette di scoprire un nuovo mondo: il cervello.

Effettivamente – scrive Scotti – quando Hounsfield propose al mondo il risultato compiuto, visibile e tangibile dei suoi lunghi e pregressi studi di ingegnere, alla iniziale sorpresa seguì immediata la percezione del contenuto rivoluzionario del suo trovato. E, esattamente come era accaduto per la notizia della scoperta dei raggi X avvenuta nel 1895, all'iniziale stupore fece immediatamente seguito un profluvio di parole, attività, scritti, e… immagini! *Immagini* fino ad allora *inimmaginabili*.

A quel tempo Scotti era neurologo, *resident* al *Montreal Neurological Institute* da Brenda Milner, il genio della neuropsicologia mondiale che ha svelato i misteri della memoria e dalla quale egli era andato per specializzarsi in neuropsicologia (oggi si direbbe neuroscienze cognitive). Aveva una borsa di studio del Canada Council, vinta per condurre ricerche di neuropsicologia sulla localizzazione delle aree cerebrali per le funzioni spaziali, e arrivava da Milano, dal Policlinico e, più precisamente, dal padiglione Ponti, quello della *Clinica delle Malattie Nervose e Mentali*.

Il Ponti era allora, a Milano e non solo, un importante punto di riferimento tanto che Scotti aveva già assistito alla ripresa motoria dei pazienti affetti da Parkinson dopo la somministrazione di L-Dopa: Oliver Saks (1933-2015) ben descriverà in *Awakenings* (Duckworth, London 1973) le emozioni dei medici e pazienti per i sorprendenti e importanti risultati della terapia. Oggi il piccolo padiglione Ponti non c'è più: nel più ampio disegno di ristrutturazione ospedaliera è stato demolito. Si è ritenuto che non vi fosse più spazio per quel pezzo di storia che pure aveva visto ricoverato Ernest Hemingway, ferito sul Piave l'8 luglio 1918 e traportato subito a Milano.

All'inizio del 1973, Scotti, torna da Montreal e New York, deciso a cambiar strada (l'aveva già significato anche alla Milner): folgorato da quanto aveva visto, abbandona la neurologia e intraprende la strada della neuroradiologia. È una strada tutta da costruire alla luce della grande scoperta di Hounsfield. Decide di conseguire la specialità in radiologia (che otterrà nel 1975) e, quindi, di modernizzare la neuroradiologia del Policlinico di Milano proponendo l'acquisto di un EMI-scanner. Non sarà facile. E momenti difficili, controversi e contrastanti si alterneranno negli anni successivi che comunque vedranno Scotti farsi promotore della installazione della TAC che arriva finalmente al Ponti il 30 giugno 1976 e con la quale si può subito iniziare una regolare attività diagnostica[5]. L'evento ha grande risonanza tanto che lo stesso anno, il 16 settembre, il *Corriere della Sera* titola a pagina 20: «*Anche a Milano installato lo scanner l'apparecchio che "guarda" nel cervello*» e, accanto, uno scritto di Scotti «*Un esame privo di rischi*».

Poco dopo, sempre a Milano, si tiene la tavola rotonda organizzata dalla *Clinica delle Malattie Nervose e Mentali* e dalla *Associazione per lo Sviluppo delle Ricerche Neuropsicologiche* su

[5] L'acquisto sarà formalizzato dalla neocostituita *Associazione per lo Sviluppo delle Ricerche Neuropsicologiche* a fine 1975 presso lo studio notarile di Piergaetano Marchetti.

"Tomografia assiale computerizzata", nella quale intervengono relatori provenienti da New York, da Londra e, ovviamente, da Montreal. I due gruppi italiani presenti sono quelli trainanti della nuova specialità: Milano e Ancona.

In Italia, la prima macchina, acquistata alla fine del 1974, era entrata in funzione a Bologna all'inizio del 1975, seguita pochi mesi dopo dello stesso anno, da Ancona. Il 1976 aveva visto l'avvio delle TAC anche di Verona e di Pavia (e nel volume troviamo anche le testimonianze dei protagonisti delle prime installazioni con contributi personali sulle attività delle singole radiologie: pp. 129-157). Inizialmente proposta per lo studio dell'encefalo, la TAC aveva trovato ben presto applicazione per il corpo intero e nello stesso 1976 un primo apparecchio di questo tipo veniva installato sempre a Verona, nell'Istituto di Radiologia del Prof. Pistolesi.

Per Milano è un grande successo. Ma Scotti, che questa volta da neuroradiologo era tornato a Montreal per perfezionare le tecniche di neuroradiologia e soprattutto per imparare i segreti di quell'EMI-scanner che a Montreal era stato installato nell'agosto 1973 e per riportare in patria tali segreti, è avversato: non piace. Giovane, capace, con due specialità, si rivolge indifferentemente agli ospiti stranieri con inglese o francese (la sua lingua madre) resi entrambi *charmant* da una lieve cadenza canadese. In Italia pare un atteggiamento quasi irriverente, ma niente di più falso perché, come spiega Scotti, «la frequentazione di ambienti accademici anglosassoni mi aveva portato a considerare normale che chiunque, a qualunque età, avesse idee o progetti che potessero essere utili a un miglioramento del lavoro e dell'organizzazione avesse non solo il diritto, ma il dovere di impegnarsi nel proporle e nel contribuire alla loro realizzazione». E poi c'è anche, e soprattutto, la trita e stantia diatriba tutta italiana tra ospedalieri e universitari, su chi debba fare cosa, dove e quando, particolarmente "sentita" al Policlinico di Milano.

Tornato da un altro viaggio di perfezionamento, questa volta nel 1979/80 a Toronto, Scotti non riapproda più al Policlinico. Passando dall'Ospedale Maggiore di Niguarda, arriva al San Raffaele dove inizia a lavorare alla fine del 1987[6]. Sarà il neuroradiologo di fama mondiale che tutti noi conosciamo. Svolgerà lì limpida e brillante carriera universitaria, proficua e solerte attività ospedaliera.

Scrive Scotti: «il libro è una testimonianza personale su come la TAC abbia inciso sulla vita professionale di un giovane come me e sui suoi successivi sviluppi. E su come sia davvero cambiato il mondo della diagnostica neuroradiologica e radiologica. Una vera rivoluzione epocale. Anche nella vita delle persone e dei medici […] e la speranza è quella di coinvolgere le nuove generazioni di medici in un discorso più ampio che porti a riflettere sui propri destini e sulla necessità di compiere delle scelte, auspicabilmente giuste». Egli ci ricorda di come se da un lato sono scomparse le lastre radiografiche, le camere oscure e le sviluppatrici, i diafanoscopi, le dattilografe con i magnetofoni e i relativi nastrini, dall'altro Geoffrey E. Hinton, uno dei padri della Intelligenza Artificiale, va asserendo che la *deep learning* presto farà meglio dei radiologi. Radiologia che scompare?

Non è così. Spiega Scotti che del radiologo ci sarà sempre bisogno, a patto che egli «sappia radicare profondamente le sue competenze in primo luogo nella medicina e nella sue evoluzione scientifica, nella clinica e nel rapporto con il paziente, e in secondo luogo nella conoscenza e nella padronanza sempre più approfondita delle nuove discipline dall'Intelligenza Artificiale con i suoi algoritmi. […] e se l'impegno diagnostico sarà *augmented*, il rapporto con il paziente non potrà essere sostituita da un *robot*».

Tutto ciò anche per essere pronti – chiude Scotti con un pizzico di fantascienza – quando anche noi incontreremo *Oumuamu*[7]. ■ Paola Cosmacini

[6] G. Scotti, *Quale Provvidenza? Ventiquattro anni al San Raffaele*, 1987-2011, Sedizioni, Mergozzo 2014.

[7] Noto anche come 2017 U1 è l'asteroide interstellare scoperto il 18 ottobre 2017 e entrato nel nostro sistema solare.

I LABIRINTI DELLA RADIOLOGIA
TRA STORIA E STORIE

Madame Curie
E LE DISCIPLINE DELL'AREA RADIOLOGICA

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202219

(SECONDA PARTE)

Adelfio Elio Cardinale

Il 1906 fu l'anno della tragedia. Pierre Curie, dopo un pranzo con i professori della facoltà di Scienze, il 19 aprile 1906 si avviava a piedi verso il suo Istituto; cadeva una fitta pioggia sull'asfalto di Rue Dauphine. Pierre attraversa la strada, mentre sopraggiunge una vettura pubblica a cavalli, incrociata da una carrozza a due tiri; l'uomo si trova stretto senza spazio, barcolla, scivola impacciato dall'ombrello, cerca di aggrapparsi ai finimenti: la ruota posteriore sinistra e gli zoccoli dei grandi cavalli normanni gli stritolano il cranio. Il cervello schizza sulla strada fangosa, formando una palta raccapricciante.

Morto giovedì pomeriggio, il prof. Curie viene sepolto sabato mattina, nel cimitero di Sceaux senza cerimonie, malgrado le pressioni del Presidente della Repubblica e del Ministro degli Interni. Solo Aristide Briand, Ministro dell'Istruzione Pubblica presenzia - anonimo e discreto, a titolo personale - ai funerali tra i pochi amici e parenti dello scomparso.

Maria ha 38 anni. Madame Curie ha perduto il proprio compagno e il mondo un grand'uomo, di cui solo ora l'opinione pubblica si accorge, in quanto la morte atroce e prematura - nella pioggia, nel fango, nella folla - ha impressionato la Francia. Sull'onda di queste forti emozioni, i pubblici poteri fanno un gesto franco e generoso. Il 13 maggio 1906, il Consiglio della facoltà di Scienze decide all'unanimità di mantenere la cattedra istituita per il prof. Curie e di affidarla a Maria, che prenderà il titolo di incaricato dei corsi.

Comincia la seconda vita di Maria Curie. Aveva perduto la freschezza della gioventù, ma si animava sempre di una bellezza emaciata, severa e orgogliosa, spesso altezzosa. "La Signora Curie - affermò Lord Rutherford, scienziato neozelandese, Premio Nobel per la chimica nel 1908 - è una donna difficile da trattare. Presenta contemporaneamente il pregio e il difetto di essere una donna". Maria vive un periodo intenso di lavoro, sperimentazioni e dedizione alle figlie, circondata dal circolo dei suoi amici, professori, fisici, intellettuali: Langevin, Perrin, Chavannes, Mouton, Maugrou.

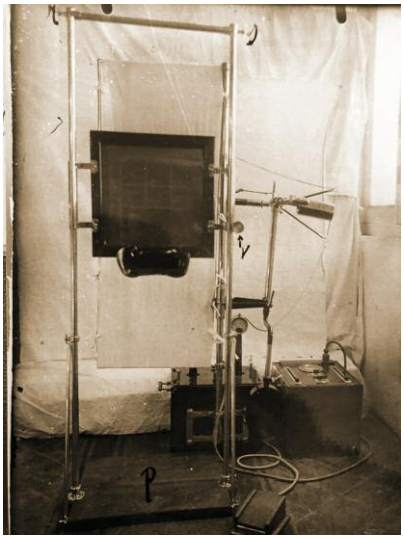
Nel 1911 - nella Francia puritana e pruriginosa dei primi del secolo - scoppia l'*affaire* Curie-Langevin, gli scienziati amanti. Paul Langevin, scienziato brillante

RIASSUNTO 1° PARTE

Maria Sklodowska – conosciuta allora ed ancor oggi, come Madame Curie – era nata a Varsavia nel 1867. Fu sempre patriota appassionata e ribelle contro lo Stato straniero dominante. Incontra Pierre Curie, insegnane di fisica e chimica industriale, e lo sposa nel 1895. I Curie ripresero gli studi di Becquerel, il quale aveva scoperto che i sali di uranio emettevano spontaneamente radiazioni, senza eccitazione. Ebbero l'intuito che la radioattività era una proprietà atomica. Il loro metodo di ricerca fu la base per una nuova disciplina, la radiochimica. Compirono i loro studi in una rimessa abbandonata, analizzando l'uranio contenuto nella pechblenda, minerale abbondante in Cecoslovacchia.

Nel 1898 isolarono una sostanza sconosciuta che chiamarono "polonio"; successivamente separarono un nuovo elemento radioattivo che denominarono "radio". I coniugi Curie vinsero nel 1903 il Nobel per la Fisica e, nel 1911, Maria Sklodowska il Nobel per la Chimica. Maria ebbe difficoltà e tribolazioni nella sua carriera e solo nel 1906 divenne titolare di una cattedra di Fisica alla Sorbona. ■

Madame Curie sull'ambulanza radiologica da lei ideata "Petit Curie"



Apparecchio radiologico da campo in guerra

Madame Curie nel 1926

e amico di Einstein, era un puro prodotto della Francia laica e repubblicana. Figlio di un fabbro, uomo imponente, *viveur* e *charmeur*; generoso e spendaccione, più giovane di Maria di quattro anni, era avvilito da una moglie gretta e avida di denaro. Dalla reciproca comunanza intellettuale, all'amicizia, all'intimità, all'amore: un fatto comune e privato che - per la notorietà dei protagonisti - divenne oggetto di commenti scandalistici e di una campagna di stampa. Langevin era sposato con figli e per un certo periodo si allontanò dalla famiglia per convivere con Maria, per cui fu ribattezzato con un soprannome che fece furore nei teatri e cabarets "*le Chopin de la Polonaise*".

Come è avvenuto e avviene in quello che oggi si chiama il *jet-set*, i fattori personali si immiserirono nei pettegolezzi, l'odierno ben conosciuto e praticato gossip. Intervennero avvocati, spiattellando notizie riservate; si diffusero sapide e meschine dicerie; i quotidiani a più larga diffusione - quali il *Journal* e *Le Petit Journal* - sparavano titoli a piena pagina come: *Una storia d'amore. Madame Curie e il Professor Langevin, Romanzo in un laboratorio: l'avventura della Signora Curie e del Signor Langevin*. Maria sopportò in silenzio e con grande dignità lo scandalo, forse amareggiata per qualche leggerezza dell'amante, o forse perché l'austerità e l'orgoglio ripresero il sopravvento. Chiuse presto questo episodio della propria vita e si dedicò nuovamente con ostinata caparbietà solo al lavoro, capace anch'esso di dare gioia: "La scienza ha un grande fascino - ripeteva spesso - è qualcosa di vitale per lo spirito d'avventura dell'uomo; esso fa parte di noi, e continua ad alimentare la nostra curiosità". Nel 1911 a Madame Curie - come già detto - fu anche assegnato il Nobel per la chimica.

Per precisione di cronaca riportiamo il menu, certamente non frugale, preparato per il banchetto che seguì la cerimonia di assegnazione del premio: *consommé, suprême di rombo, pollo alla paesana, quaglie con cuori di carciofi, charlotte*.

Marie Sklodowska è l'unica persona, nella storia della scienza, ad essere insignita del massimo riconoscimento scientifico in due discipline scientifiche. Infatti Linus Pauling ottenne il premio, dapprima nel 1954 per la chimica e poi per la pace nel 1963. La continua attività sperimentale e di ricerca di Madame Curie fu interrotta dalla grande guerra mondiale, anche se il patriottismo e l'intelligenza le fecero subito individuare un nuovo e peculiare campo d'azione: costituire una flotta d'automobili, munite delle apparecchiature e del personale necessario, affinchè ovunque nelle zone di combattimento potessero effettuarsi immediatamente esami radiologici per i feriti.

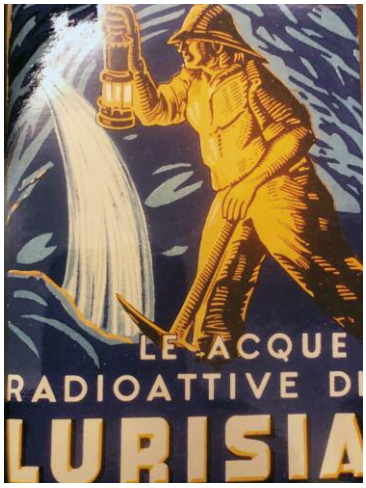
Sfruttando il suo nome, la sua autorità e le sue relazioni presso istituzioni, ministri e funzionari, vengono requisite tutte le automobili di più di 16 cavalli. Secondo il sistema da lei concepito ogni auto doveva essere dotata di una dinamo, di un apparecchio a raggi X portatile, di materiale fotografico, cavi, tende, schermo, guanti protettivi. Queste auto Renault - di colore grigio, con la croce rossa su fondo bianco - furono battezzate "Petites Curie". Le venti auto radiologiche, da lei attrezzate, e i 200 posti fissi che riuscirà ad installare, effettueranno, nel solo periodo 1917-18, un milione e centomila radiografie. Queste esperienze e realizzazioni furono raccolte e narrate in un libro di grande successo *La Radiologia e la guerra*.

"La storia della radiologia di guerra – ha scritto in questo volume Madame Curie – offre un esempio impressionante dell'ampiezza insospettata che può assumere, in certe condizioni, l'applicazione di scoperte d'ordine puramente scientifico".

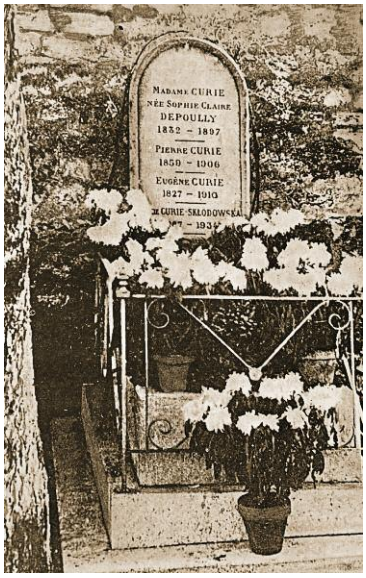
Si aggiunge una storia scientifica minore. Subito dopo la scoperta del Radio fu tutta una fioritura di studi e di ricerche che,

mentre da un lato tendevano alla indagine dei complessi ed inattesi fenomeni cui i corpi radioattivi danno luogo, dall' altro ebbero tosto di mira la constatazione della radioattività nelle più diverse sostanze, sia a scopo puramente speculativo, come dal punto di vista della convenienza di estrarne il prezioso elemento o di ricavarne l'*emanazione* di cui, nel campo terapeutico, si andava riconoscendo l'utilità. Fu così che anche in Italia vennero immediatamente iniziati gli studi sulle acque di molte sorgenti, sopra i gas naturali, su rocce e minerali diversi, riunendo in tal modo una raccolta di dati interessanti.

La Francia aveva vinto; la Polonia era stata liberata dal giogo straniero e l'antico amico, il pianista Paderewski, era Presidente del Consiglio dei Ministri a Varsavia. La sua famiglia non aveva subito danni e i suoi amici erano salvi. Maria, divenuta una celebrità mondiale, ha ora più di 50 anni e sembra aver ritrovato una nuova gioventù. Intraprende un viaggio trionfale negli Stati Uniti, dove provò l'esperienza, per lei nuova e quasi traumatica, di una conferenza stampa: accerchiata da giornalisti e cineprese, accecata dai fotografi, bersagliata da domande personali rapide e continue come il fuoco di una mitragliatrice. Il Presidente Harding le consegnò un grammo di radio acquistato con i contributi e la raccolta di fondi delle donne americane. Per precisione di cronaca il Presidente mise attorno al collo di Maria un nastro che reggeva una chiave d'oro: questa serviva ad aprire un cofanetto di mogano posto su un tavolo. Lo scrigno foderato di piombo, per proteggere dalle radiazioni, pesava 50 chili più un grammo di radio.



Etichetta dell'acqua minerale Lurisia



La tomba dei coniugi Curie

Più tardi si occupò attivamente di problemi di cooperazione scientifica e intellettuale nell'ambito della Lega per le Nazioni. Nel 1929 ritorna negli Stati Uniti, rinnovando ovunque grandi successi, e illustrando l'idea molto alta che nutre sui doveri degli intellettuali: "Un intellettuale tradisce la propria missione se non è il più costante difensore della civiltà e della libertà di pensiero". Potremmo dire un'esistenza per un grammo di radio.

Pochissimo tempo dopo la scoperta si era riconosciuto che il radio poteva avere un'azione sui tessuti biologici e si sviluppò l'idea che la sostanza potesse essere utile nella lotta contro i tumori. Nascevano la radioterapia e la medicina nucleare : tutto ciò avvenne a causa di un incidente fortuito, che merita di essere ricordato. Becquerel aveva ricevuto dai Curie una provetta contenente una piccola quantità di radium; per paura di perderla non se ne separava mai e la custodiva gelosamente nel taschino del panciotto. Dopo qualche giorno provò una sensazione di prurito e scoprì che, nell'addome, gli si era prodotta una vera e propria scottatura. Pierre Curie volle ripetere l'esperienza e, anche su di lui, si determinò una "ustione" cutanea.

Anche Madame Curie subì lesioni cutanee, operazioni di catarratta, profondo deperimento generale, anemia aplastica, per avere manipolato per lunghi decenni sostanze radioattive senza alcuna precauzione. Emilio Segrè, il famoso fisico italiano Premio Nobel, allievo di Fermi, la conobbe a Roma nel 1931 e così la descriveva : "...faceva quasi pena. Le mani, medicate, erano in uno stato pietoso per le lesioni da radiazione...".

Infatti, poco tempo dopo, con un susseguirsi crescente e tormentoso di malattie, che quasi non la fanno più alzare dal letto e la costringono a ripetuti ricoveri ospedalieri, Maria muore - all'età di 67 anni, il 4 luglio 1934 - nel sanatorio di Sancellemoz. Il direttore dottor Tobé formulò questa certificazione: "La malattia è un'anemia perniciosa aplastica a decorso rapido, febbrile. Il midollo osseo non ha reagito, probabilmente perché alterato da una lunga accumulazione di radiazioni".

Invero, assai cospicua era stata la dose di radiazioni assorbita da Maria Curie nei lunghi anni di lavoro e ricerca. Ancor oggi, infatti, quando si consultano i suoi appunti di laboratorio, bisogna prima firmare una scheda che toglie ogni responsabilità alla Biblioteca Nazionale per gli "eventuali danni che la radioattività può causare". I pericoli sono esigui, ma come è noto le carte resteranno radioattive per migliaia di anni.

Con l'aumentare delle applicazioni e dei successi medici della curie-terapia, cresceva smisuratamente il valore commerciale del radio. I Curie però decisero di non brevettare i loro procedimenti per l'isolamento del radio e di farne dono all'umanità

sofferente, con le seguenti nobilissime parole: "Gli scienziati pubblicano sempre integralmente le loro ricerche. Se la nostra scoperta ha un avvenire commerciale, questo è un caso del quale non dobbiamo approfittare. Il radio servirà a curare gli ammalati . . .Ci sembra impossibile che se ne debba trarre un vantaggio . . . No. Sarebbe contrario allo spirito scientifico". Una lezione senza tempo. Oggi questi ideali permetterebbero una diffusione planetaria dei vaccini contro il Covid.

Maria morì senza ricchezze e riposa con il marito Pierre uno sull'altro - per espressa volontà comune - nel cimitero di Sceaux, in una sepoltura che contiene un pugno di terra portata dalla Polonia, con una scabra pietra tombale, che riporta un semplice elenco di nomi, senza titoli, né riconoscimenti.

La radioattività ha profondamente segnato la fine del XIX secolo e la prima metà del XX. In estrema sintesi ha dischiuso un mondo nuovo. Madame Curie ha lasciato una traccia incancellabile nella storia della scienza. Eppure – malgrado il sommo suo valore scientifico, premi, onorificenze, fama e gloria – mantenne sempre modestia, riserbo e sobrietà.

Nel 1916, i professori mineralogi Millosevich e Pelloux eseguirono studi di radiofisica e geologia per studiare le rocce vicino a Lurisia, in Piemonte. Le analisi e prospezioni dei professori furono promosse dal governo italiano, negli anni della prima guerra mondiale, perché la presenza di minerali quali autunite e torbernite, potevano trovare applicazioni attinenti agli strumenti bellici. I campioni furono inviati ai laboratori di Madame Curie - che confermò la presenza dei suddetti elementi minerari. Marie Curie, l'anno successivo, ispezionò personalmente il giacimento, confermando i risultati dei geologi.

Queste ricerche facevano seguito a precedenti racconti orali che parlavano di acque minerali capaci di procurare guarigioni miracolose e di far "scoppiare" le bottiglie nelle quali erano contenute.

Dal 1927 le ricerche furono riprese dal prof Pietro Cignolini, prestigioso docente di Radiologia e Terapia Fisica a Genova, direttore del reparto radiologico del rinomato clinico medico dell'ateneo ligure Nicola Pende. Cignolini, poi ordinario a Messina e Palermo, maestro di tutti i radiologi della Sicilia, effettuò studi e sondaggi con gli imprenditori David Garbarino e Tito Sciaccaluga.

I tentativi ebbero esiti positivi: nacquero le Terme di Lurisia, con la rinomata acqua minerale ancor oggi assai diffusa. Cignolini, allora giovane sperimentatore squattrinato , non potè mettere capitali nè acquistare azioni per divenire uno dei proprietari delle Terme. In compenso si fece nominare direttore scientifico a vita, con diritto di alloggio e studio professionale perenne nel complesso termale di Lurisia.

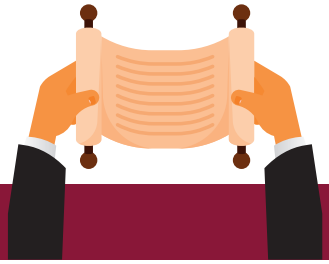
È curioso notare che l'attuale etichetta delle acque e bevande di Lurisia, ideata negli anni del fascismo, rappresenta un minatore con la lucerna, il cui profilo rassomiglia a Benito Mussolini. Erano gli anni nei quali il duce – nell'ambito di una ossessiva propaganda – veniva ripreso e fotografato come operaio, contadino, trebbiatore. Il condottiero uomo del popolo, vicino al popolo.

La radium-terapia nacque in Francia ad opera di Danlos, medico dell'ospedale Saint-Louis di Parigi, che nel 1901 trattò e guarì un lupus, grazie ad una piccola quantità di radio fornita da Madame Curie. La radioterapia si diffondeva per la cura delle affezioni neoplastiche e sorgevano qualificati e rinomati centri, famosi nel mondo: l'Istituto del Radio di Parigi; il Radiumhemmet di Stoccolma; la Fondazione Curie, grazie a una importante donazione personale di Henri de Rothschild; l'Istituto del Cancro, poi divenuto l'attuale celeberrimo "Goustave Roussy". In vero Emil Grubbe di Chicago - già nel 1896, subito dopo la scoperta dei raggi X da parte di Röntgen - è stato forse il primo medico ad impiegare energie radianti per la cura del cancro. Dopo Marie Curie e il radio si sono impiegate: telecobaltoterapia, cesio radioattivo, acceleratori lineari, radioterapia conformazionale tridimensionale, radioterapia a intensità modulata, tomoterapia, adroterapia. Ma dalla storia siamo passati alla cronaca scientifica contemporanea. ■

EXCELSIOR
Journal Illustré Quotidien
L'Académie des Sciences examine aujourd'hui la candidature de Mme Curie

Lo scandalo Curie-Langevin finisce sui giornali

Paul Langevin



LA VOCE DEGLI ORDINI

La commissione per il potenziamento dell'*Area Radiologica* dell'OMCeO di Roma produce il *primo documento per la Radiologia*

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202220

Zairo Ferrante

L'Ordine professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, nel nostro Ordinamento Giuridico, è un Ente Pubblico, ovvero Ente *Sussidiario dello Stato, di natura non economica*.
Un'istituzione che svolge preminentemente funzioni di rappresentanza della categoria nella società e di sorveglianza sul rispetto delle norme deontologiche nell'esercizio della professione.
Alla luce della multidisciplinarietà e multi-settorialità della moderna medicina, appare scontato che nei singoli Ordini provinciali vengano istituite delle Commissioni interne, al fine di trattare in maniera completa ed esaustiva tutte quelle questioni che necessitano di competenze settoriali e altamente specialistiche.
L'impegno delle singole commissioni dovrebbe essere rivolto alla rivalutazione (anche socio-economica) e alla tutela professionale dei medici (anche tramite programmi di aggiornamento); esse, inoltre, dovrebbero partecipare, secondo il proprio ambito di competenza, all'attuazione del programma relativo al quadriennio.
A tal proposito, per quel che concerne specificatamente l'Area Radiologica, appare doveroso accogliere con un plauso quanto istituito presso l'OMCEeO della Provincia di Roma che, al fine di analizzare e formulare proposte per il miglioramento delle performance e dell'assistenza nell'Area Radiologica su tutto il territorio di propria competenza, ha istituito una commissione di **"potenziamento dell'Area Radiologica per l'implementazione assistenziale nella regione Lazio"**.
Tale struttura, che avrà durata quadriennale e rimarrà attiva fino alla scadenza del mandato dell'attuale consiliatura, è coordinata dal Dott. Corrado Bibbolino ed attualmente conta *26 Medici Specialisti, anche Universitari, afferenti all'Area Radiologica.
Di particolare rilievo il primo documento prodotto dal gruppo di lavoro proprio in questi giorni che, partendo da un'analisi deontologica dell'art. 6 del C.D., affronta molteplici tematiche, (spaziando dalla Teleradiologia all'organizzazione della medicina e della diagnostica per immagini territoriale), tutte di vitale importanza per il futuro della nostra disciplina.
Di seguito, anche con la speranza che tale iniziativa possa fungere da apripista per altri Ordini Professionali, riportiamo la versione integrale del documento:

*Attuali Componenti Commisione: Alberto Bellelli; Vito Cantisani; Carlo Capotondi; Roberto Stefano Cianni; Andrea Cortese; Vincenzo David; Chiara De Dominicis; Vittorio Donato; Aldo Di Blasi; Riccardo Ferrari; Marco Guazzaroni; Pasquale Ialongo; Stefania Ianniello; Stefano Jaccod; Andrea Laghi; Francesco Lucà; Salvatore Antonio Masala; Antonio Orlacchio; Maria Falchetto Osti; Pasquale Paolantonio; Enrico Pofi; Germano Scevola; Orazio Schillaci; Pietro Schiroso; Rosa Sciuto; Francesco Maria Solivetti.

La Commissione per il potenziamento dell'Area Radiologica per l'implementazione assistenziale nella Regione Lazio ha preso in esame la situazione di Roma e provincia anche alla luce dell'art.6 del Codice Deontologico (Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure) e dell'art. 18 c 4 lettera q REGOLAMENTO (UE) 2021/241 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (per la preparazione e, ove disponibile, l'attuazione del piano per la ripresa e la resilienza una sintesi del processo di consultazione, condotto conformemente al quadro giuridico nazionale, delle autorità locali e regionali, delle parti sociali, delle organizzazioni della società civile, delle organizzazioni giovanili e di altri portatori di interessi e il modo in cui il piano per la ripresa e la resilienza tiene conto dei contributi dei portatori di interessi).

La Commissione ritiene che una analisi della situazione tecnologica ed occupazionale dell'Area Radiologica in vista dell'applicazione del PNRR, oltre che prescritta, debba doverosamente essere oggetto di "confronto istituzionale" fra Governo e rappresentati di categoria, al fine di poter operare nella migliore condizione a tutela e a favore dei Pazienti e del miglior operare dei Medici e di tutti gli Operatori Sanitari. In particolare, prende atto che a tutt'oggi non risultano, a fronte di numerosi provvedimenti legislativi ed annunci di stampa, confronti tra le parti sociali della provincia di Roma, la più grande d'Italia ed i decisori. ad es 695 milioni di euro andranno alla sanità digitale e di prossimità, https://www.romatoday.it/politica/10-miliardi-pnrr-regione-lazio.html; collaborazione privato pubblicohttps://evolvogroup.it/dal-post-covid-al-pnrr; https://www.romatoday.it/attualita/sanita-24-milioni-restyling-ifo-regione-lazio.html Deliberazione 30 dicembre 2021, n. 1006 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato.)

L'occasione del PNRR è un'opportunità unica, non ripetibile e quindi affiorano con forza sempre maggiori tra i medici radiologi, (di cui la commissione è sensore istituzionale per sua stessa natura) alcuni timori, che nel giustificato clima di emergenza urgenza pandemica si possano, in assoluta correttezza di intenti, perpetuare alcune imprecisioni del passato.

La Commissione è pronta, ove necessario, a collaborare con gli organi preposti per la stesura di un piano organico che metta a punto un progetto riguardante i seguenti punti già da tempo oggetto di forte, ma non sempre raccordata attenzione istituzionale; nello stesso tempo rivolge un pressante appello all'Ordine affinchè possa stabilire, assieme alle organizzazioni scientifiche e sociali di Specialità, un confronto articolato quanto organico con i suddetti, che tenga conto di molteplici sfaccettature, per rendere quanto mai esaustiva la progettualità per una completa e soddisfacente attuazione.

LA INFORMATIZZAZIONE

Le Radiologie delle aziende sanitarie sono le uniche strutture completamente informatizzate ma non sono raccordate spesso tra loro, a volte ancora persino nelle stesse aziende, tra i reparti e con le direzioni sanitarie.

Manca e appare indispensabile, il progetto di collegamento con il territorio, soprattutto con la medicina di base, per consentire la realizzazione e il controllo di gestione completo dei PDTA (percorsi Diagnostico terapeutici Aziendali) e la realizzazione dei PIC (Percorsi Integrati di Cura) nei quali la Rete Informatica Radiologica gioca un ruolo essenziale per una integrazione capillare dei processi assistenziali.

La cartella elettronica è per ora un dovere medico legale, con tutto ciò che ne deriva, solo per i reparti di Area Radiologica. L'intelligenza artificiale per uso medico, doveroso oggetto di studio e di attenzione, non è ancora in grado di essere implementata tra gli standard consolidati ed acquisiti e necessita di essere valutata con attenzione e finanziata negli ambiti di ricerca.

Va garantita la correttezza dell'utilizzo dell'informatica sia in termini di privacy che di archiviazione e tenuta dei dati sensibili. Manca il collegamento almeno provinciale di una depository dei referti e delle immagini radiologiche per facilmente attingere ai precedenti dei singoli pazienti e ridurre lo spreco di risorse e la ripetizione di esami.

LA TELERADIOLOGIA

L'implementazione della refertazione a distanza merita attenzione legislativa per consentire un'adeguata applicazione nel rispetto dell'art.161 c2 del d.lgs. 101/2020 Fino alla pubblicazione delle pertinenti linee guida di cui al comma 1 si applicano le «Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche« Cone beam » pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 124del 29 maggio 2010, e le «Linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate (articolo 6, decreto legislativo n. 187/2000)» pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 261 del 9 novembre 2015,tenendo altresì conto delle raccomandazioni delle società scientifiche rilevanti.
Andrebbe preparata e adeguata con sistemi di garanzia di Privacy e di tecnologia conseguente.

L'HTA E LA "ROTTAMAZIONE"

A fronte delle numerose analisi di questi ultimi mesi si avverte la necessità un "crivello" oggettivo all'interno del quale appare fondamentale collocare la figura professionale del Medico Radiologo, per permettere una gestione efficiente ed efficace sulla scelta delle attrezzature da rottamare, sostituire o implementare.
L'esperienza avuta in corso di pandemia ha testimoniato tale necessità per le esigenze degli ospedali e del territorio attraverso la precisa valutazione di dati di obsolescenza, volumi di attività, copertura di malattie e popolazione, al fine di evitare sprechi con duplicazione di acquisti o carenze di attrezzature.
Urge inoltre effettuare un'attenta valutazione delle reali necessità per lo svolgimento di esami diagnostici secondo criteri di appropriatezza, anche alla luce della legge 101/2020 e dei dati del sempre più evidente aumento dell'esposizione a radiazioni ionizzanti per uso medico della popolazione.
A tal proposito si ricorda che la stessa Confindustria ha diffuso una classificazione in cui di massima si ritengono adeguate le attrezzature con meno di sette anni di vita. Il PNRR riduce a cinque anni tale limite e affida a un successivo piano la individuazione delle apparecchiature da eliminare. Sarebbe necessario comprendere e condividere le logiche che hanno governato la stesura della delibera 1006.

L'APPLICAZIONE DEL D.LGS. 101/2020

Sono in vigore da 18 mesi norme innovative riguardo la tutela dei lavoratori e della popolazione, a questo proposito la Commissione ha proposto all'ODM uno schema riguardante la formazione in applicazione dell'art.162 c 5.

CASE DI COMUNITÀ ED OSPEDALI DI PROSSIMITÀ

Una distribuzione non perfettamente preordinata di risorse in tema di imaging e personale rischia di generare un ulteriore incremento di domanda invece che risolvere nel territorio tutte quelle problematiche che sarebbero doverosamente risolvibili a quel livello. In particolare una non perfetta conoscenza di leggi e disposizioni in tema proprio di Radioprotezione potrebbe ingenerare ostacoli imprevisti o prevedibili.
Inoltre il reale potenziamento delle strutture di Diagnostica per Immagini Territoriali, peraltro previsto dal documento della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica, si realizzerebbe mediante il potenziamento del collegamento informatico con le strutture di ricovero e cura e attraverso la creazione di Servizi

di Radiologia Domiciliare. L'obiettivo è favorire il miglioramento delle perfomance delle strutture ospedaliere e decongestionare il PS, agendo sul filtro in entrata dell'utenza. Tutto ciò consentirebbe la permanenza del malato nel proprio domicilio, ridurrebbe i giorni di ricovero e permetterebbe una maggiore rotazione dei posti letto.

IL PERSONALE ED I VOLUMI DI ATTIVITÀ

Al di là della necessaria implementazione di risorse della quale la regione ha cercato di farsi carico, vi sono evidenti difformità tra struttura e struttura, anche negli stessi ordinamenti.

La valutazione dei fabbisogni in rapporto ai volumi di attività, dei criteri oggettivi di tempi di arrivo al nosocomio più vicino in base alla morfologia del territorio e della densità di popolazione per servizio, testimoniano una oggettiva carenza degli standard organizzativi, soprattutto per presenze numeriche insufficienti dell'impiego dei Medici Radiologi e del personale di supporto nelle attività del DEA e ordinarie.

Pur nella evidente difficolta di raggiungere una adeguata omogeneità non è impossibile arrivare ad una descrizione omogenea anche in riguardo alla 24/2017 sui rischi ed all'art Art. 70 del Codice Deontologico (Qualità ed equità delle prestazioni. Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita. Il medico deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni).

A tal proposito la commissione ritiene opportuno che si implementi il personale medico per poter rispettare criteri oggettivi di esecuzione e refertazione delle indagini, soprattutto quelle ad alto valore diagnostico, al fine di personalizzare i tempi di refertazione sul paziente e sulla patologia, rifiutando una omologazione, spesso solo burocratica, che non permette una personalizzazione della cura ed una attenzione umana al paziente.

Sempre in tema di risorse la commissione vuole porre l'attenzione alle problematiche di genere, molto delicate in una disciplina come l'Area Radiologica, dove l'utilizzo di radiazioni ionizzanti necessita di valutazioni particolarmente attente sul tema della salute delle Donne Lavoratrici.

Il presente documento viene trasmesso dalla Commissione al Presidente dell'Ordine, alle organizzazioni scientifiche e sociali di Specialità per le opportune iniziative. ■

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.