IL RADIOLOGO

SETTEMBRE
DICEMBRE
5-6>2023

Pubblicazione bimestrale 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).

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

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

PERIODICO BIMESTRALE
ANNO LXII - N. 5-6
SETTEMBRE - DICEMBRE 2023

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 gennaio 2024.
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

SETTEMBRE DICEMBRE 5-6>2023

LE PAGINE SIRM

3 | RSNA 2023. La Radiologia non è una commodity… e non è in vendita: breve cronaca del RSNA '23 - *A. Giovagnoni*

8 | SIRM Giovani. Presente e futuro della Radiologia Interventistica: tre generazioni a confronto - *S. Carriero*

12 | Sezioni di Studio SIRM. Tomografia Computerizzata - *C. Floridi, M. A. Mazzei, G. Minetti, S. Guerini, G. Zamboni, M. Cellina, L. Cacioppa, G. Bagnacci*

14 | Sezioni di Studio SIRM. Radiologia Pediatrica - *M. Trinci*

16 | Determinazione dei costi delle prestazioni di Radiologia Diagnostica Progetto E-Valuate - *B. Accarino*

18 | Aula multimediale Alfredo Siani

LE PAGINE SNR

19 | SNR, avanti tutta! - *G. Argalia*

22 | Ipotesi CCNL 2019-2021 "in pillole" - *F. Lucà, C. Guerra, A. Saponaro*

25 | Negati i 15 giorni di riposo biologico per Radiologi in categoria B. Come far rispettare questo diritto contrattuale. L'esperienza del Lazio. - *P. Paolantonio*

27 | SNR impugna al TAR Lazio il nuovo tariffario delle prestazioni ambulatoriali - *B. Accarino*

28 | SNR incontra l'ENPAM sulla trattenuta previdenziale del 4% ai liberi professionisti - *B. Accarino*

31 | Pensioni: giù le mani dai medici! - *C. Testuzza*

33 | L'esperienza di aziende "zero" ad oggi in Italia: una spesa o una risorsa? - *C. Guerra, A. Saponaro*

37 | Il sistema sanitario italiano: un futuro tra Pubblico e Privato? - *V. De Ruvo*

LE PAGINE AIRO

41 | Un anno di AIRO - *C. Iotti*

43 | La Commissione Scientifica - *P. Bonomo*

44 | La Commissione per la Formazione - *B. Jereczek-Fossa, R. Grassi, M. Sepulcri*

45 | La Commissione Linee Guida - *R. M. D'Angelillo*

46 | In Memoriam. Ricordo del Dott. Luciano Armaroli - *C. Iotti*

47 | XXXIII Congresso Nazionale AIRO

50 | AIRO Giovani. AIRO-Giovani anno 2023 - *V. Salvastrini*

51 | AIRO Giovani. Young AIRO abroad - *V. Salvastrini*

55 | Verbali. Consiglio Direttivo. 3 luglio 2023

57 | Verbali. Consiglio Direttivo. 19 giugno 2023

LE PAGINE AIMN

59 | Terapia con Radioligandi, 50 domande 50 risposte. Un nuovo cammino nella storia della terapia oncologica in un'iniziativa editoriale AIOM e AIMN - *M. L. De Rimini*

62 | Gestione delle emergenze radiologiche e nucleari: ruolo della Medicina Nucleare - *A. Muni, V. Frantellizzi*

64 | AIMN Giovani. EANM 2023 Vienna - *A. Miceli*

65 | Report sulle prestazioni diagnostico-terapeutiche di Medicina Nucleare in Calabria - *A. Lanzillotta*

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

66 | Da un bimestre all'altro. In Memoriam. In ricordo del Prof. Giancarlo Ettorre - *L. Macarini*

68 | Paleoradiologia. Sempre a sinistra - *P. Cosmacini*

70 | Sulle spalle dei giganti. Breve storia della mammografia - *D. Buccicardi*

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202301

Presidente
Andrea Giovagnoni

Past President
Vittorio Miele

Presidente eletto
Nicoletta Gandolfo

Vice Presidenti
Giancarlo Mansueto
Luigia Romano

Consiglieri
Giancarlo Mansueto
Luigia Romano
Daniela Bernardi
Luca Macarini
Enrico Pofi
Placido Romeo
Mariano Scaglione
Irene Bargellini
Francesca Coppola
Enrico Scarano
Francesca Caumo
Anna Pichiecchio

Segretario Amministrativo
Enrico Paci

Coordin. ECM
Silvia Magnaldi

Coordin. Sezioni di Studio
Ernesto Di Cesare

Coordin. Gruppi Regionali
Paolo Sartori

Coordin. Documenti e Linee Guida
Germano Scevola

Direttore Editoriale
Antonio Barile

Direttore de "Journal of Radiological Review"
Antonio Pinto

Direttore de "Il Radiologo"
Palmino Sacco

Coordin. Collegio Professori
Bruno Beomonte Zobel

Coordin. Collegio Liberi Professionisti
Francesco Potito

Rappr. Area Radiol. nel Cons. Sup. di Sanità
Andrea Laghi

Presidente FIdeSMAR
Carlo Masciocchi

Coord. Attività Internazionali
Emanuele Neri

Rapporti Ministeri e Soc. Scient. non Radiol.
Luca Brunese

Presidente 51° Congresso Nazionale
Giampaolo Carrafiello

Presidente 52° Congresso Nazionale
Roberto Grassi

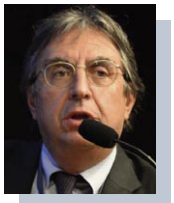
Delegato con le Istituzioni sportive
Ettore Squillaci

Coordin. Commissione DEI (Diversità Equità Inclusione)
Stefania Montemezzi

Rappresentante SIRM Giovani
Serena Carriero

La radiologia non è una **commodity**... e non è in **vendita**:

BREVE CRONACA DEL RSNA '23



Andrea Giovagnoni

È il mio ventottesimo RSNA dopo più di 30 anni di quasi ininterrotta frequentazione (il primo fu nel lontano 1990). RSNA, un acronimo che aveva saputo in quattro lettere racchiudere l'essenza della disciplina, identificare il luogo della mente, una sorta di cloud ante litteram (non c'erano internet e i viaggi oltreoceano erano privilegio di pochi) dove il presente, apparentemente già incredibile, si fondeva in maniera indistinta alle novità e alle anticipazioni del futuro. La domanda classica era: ma sei andato al RSNA? (a rimarcare la distinzione di chi c'era e chi non c'era stato).

Per fortuna il tempo ha modificato le cose, ha colmato i gap, ha diluito le aspettative. RSNA non più sinonimo di radiologia del futuro, non più luogo della mente da dover necessariamente frequentare, ma piuttosto un appuntamento entrato ormai (quasi) nella noiosa routine congressuale.

Quasi inaspettatamente però quest'anno RSNA aveva riacquistato il sapore del passato, aveva involontariamente risvegliato quel senso di orgoglio e di non dichiarato timore che avevo per anni provato nella fase di preparazione delle prime relazioni nell'arena del McCormick.

Questo non era un "Chicago" normale, sarei andato al RSNA '23 da Presidente SIRM, invitato a rappresentare una della Società di Radiologia più importanti del mondo in una TR in onore di SIRM.

Per la cronaca il tutto è stato perfetto e di questo ringrazio tutti i partecipanti alla TR (Emanuele Neri, Carlo Catalano, Giampaolo Carraffiello, Nicoletta Gandolfo, Stefania Montemezzi, Antonio Barile, Ettore Squillaci) che con il loro contributo hanno saputo trasmettere la forza e la "Statura" di una grande Società. Ma non è dei successi che volevo condividere ma dei momenti più bui e preoccupanti vissuti a Chicago durante le intense giornate del RSNA.

In qualità di Presidente SIRM sono stato invitato *(alle 7 del mattino ndr.)* a partecipare ad una TR insieme ad altri 30 Colleghi-Presidenti di altrettante Società di Radiologia del mondo avente come tema i modelli organizzativi della radiologia e le sfide del futuro.

Non perdo tempo nel dettaglio delle relazioni perché poco interessanti se non a tratti sconcertanti, arrivo al punto: il modello organizzativo presentato da molte Società Scientifiche (asiatiche e giapponesi in particolare, inglese associata ai paesi dell'influenza britannica, sudamericane, australiana) avvalla ormai nella pratica la mercificazione della radiologia che appare disciplina di non stretta pertinenza dei radiologi, in quanto viene demandato a figure terze, che godono di piena autonomia, l'accettazione del paziente, l'esecuzione dell'esame fino alla refertazione (aiutati magari da sistemi di AI).

La radiologia, complice la scarsità del numero di specialisti radiologi, la mancanza di norme barriera all'uso delle radiazioni ionizzanti e la dura legge del mercato (servizio e costo sopra la qualità) viene considerata ormai nella pratica una commodity e la stragrande maggioranza delle prestazioni sono eseguite, validate e comunicate ai pazienti e ai colleghi referenti, da personale non medico o specialisti medici non radiologi.

Di fronte a questa realtà manifesta ho espresso con forza la posizione della SIRM che la vede strenuamente contraria a che la radiologia sia considerata una commodity; una disciplina sostanzialmente demedicalizzata perché demandata a figure terze tecniche o al massimo mediche specialistiche non radiologiche.

Ho trovato necessario esprime con forza la posizione SIRM in un editoriale che verrà pubblicato in *Radiologia Medica* ma di cui lascio alcuni spunti per una riflessione più articolata sulla nostra rivista *il Radiologo*.

Il termine del problema

Il termine "commodity" (merce) ha cominciato a comparire sempre più frequentemente nella terminologia radiologica corrente. La definizione di merce, originariamente riferita ad oggetti, prodotti, beni e articoli di commercio è stata infatti, recentemente estesa alle singole prestazioni mediche e nello specifico, alle prestazioni rese dal radiologo.

La cosiddetta mercificazione della radiologia in particolare viene riferita ad un processo in cui il servizio fornito non è più considerato dai consumatori (pazienti) come atto medico risultante dalla competenza di specialisti, come una manifestazione distintiva e ricercata di competenza speciale, ma piuttosto come un prodotto standardizzato che potrebbe essere offerto da chiunque abbia un minimo di formazione (operatori sanitari non medici, specialisti clinici) meglio se erogato nelle vicinanze dal luogo di residenza o dall'ambulatorio del clinico di riferimento e a minor costo.

La prestazione radiologica nella realtà richiede l'integrazione di alcune componenti interconnesse della pratica e sancite dalla legislazione vigente (D. Lgs 101/2020): valutazione pre-esame per la giustificazione e appropriatezza, monitoraggio della qualità dell'esame, interpretazione dei risultati dell'esame e preparazione del referto, archiviazione delle immagini e dei referti, consultazione post-esame con il medico curante. È la dissociazione di queste componenti integrate che produce una merce in quanto queste non possono essere acquistate come parti separate. Solo l'integrazione delle componenti descritte caratteristica e peculiarità del medico radiologo identificano la prestazione radiologica e lo specialista che le esegue.

Sempre più frequentemente, grazie al grande sviluppo tecnologico dei sistemi PACS e trasmissione dei dati, si assiste ad una crescente comparsa nel mercato sanitario di prestazioni radiologiche caratterizzate dalla dissociazione delle componenti descritte con l'estrazione della sola fase

interpretativa (tele-refertazione da parte di singoli o cooperative). Ma l'interpretazione delle immagini da sola è un servizio incompleto; un medico che interpreta solo immagini non è un radiologo, perché sono assenti le altre componenti integrate caratterizzanti la professione. Queste sono le condizioni in cui le immagini, da sole, si prestano ad essere acquistate e vendute come il grano o qualsiasi altro prodotto, cioè come una merce.

Gli ospedali alla ricerca di nuove fonti di reddito o di riduzione dei costi potrebbero considerare la radiologia come una commodity e quindi da una parte esternalizzare a cooperative la sola componente interpretativa (l'ospedale si avvantaggerebbe dei profitti dati dalla differenza di pagamento tra salari più bassi dei professionisti "esterni" e i salari superiori alla media dei radiologi "interni") e dall'altra sub-appaltare le attrezzature già a disposizione come una risorsa di nuove entrate. La radiologia non più come centro di costo intermedio integrato e indispensabile nel processo diagnostico terapeutico del paziente, ma come un servizio da esternalizzare (come la lavanderia e le pulizie) che diventa fonte esso stesso di reddito per la struttura.

In questo scenario i radiologi "interni" verrebbero eliminati perché l'uso di un servizio di imaging esterno o teleradiologia fuori orario, fornirebbe risultati rapidi, a basso costo in cui il radiologo "interno" diventerebbe per pazienti e medici come un intermediario che ostacola anziché facilitare l'erogazione dell'assistenza sanitaria (liste di attesa).

Gli esami radiologici in definitiva vengono equiparati agli esami di laboratorio perdendo l'importanza imprescindibile delle altre componenti (apparecchiatura e metodologia, giustificazione, qualità dell'esame, contesto clinico per l'interpretazione dell'esame).

La mercificazione potrebbe potenzialmente portare la pratica della radiologia verso un approccio da catena di montaggio eseguito senza stretto controllo di qualità, da personale poco qualificato e non medico, estraneo ad ogni contesto clinico in cui la competizione fra le strutture fornitrici di prestazioni radiologiche verrà basata su elementi squisitamente di mercato competitivo. In qualsiasi mercato competitivo, la competizione avviene su tre basi generali: qualità tecnica, servizio e prezzo.

In questo contesto, la qualità radiologica potrebbe essere considerata come la qualità delle immagini e l'accuratezza e l'utilità della consultazione radiologica.

Il servizio come tutti gli altri aspetti che influenzano il prodotto, andrebbe inteso come i tempi di esecuzione rispetto alla richiesta, consegna del referto, la copertura 24 ore su 24, la soddisfazione percepita del paziente-cliente, ecc. La distinzione è importante: la qualità si riferisce all'eccellenza tecnica e clinica, mentre il servizio si riferisce a quanto siamo reattivi, disponibili e amichevoli nel "vendere" il nostro prodotto.

Tutte e tre le basi sono importanti, ma la qualità radiologica è la nostra ragion d'essere ed è anche la più difficile da misurare. Pertanto, la mercificazione (nel senso in cui la usa la maggior parte dei radiologi) va intesa come una competizione basata principalmente sui costi e sul servizio, con scarsa considerazione per la qualità clinica.

La concorrenza è generalmente regolamentata in mercati come quello della medicina, dove esiste il rischio di "domanda indotta dai fornitori", come l'auto-referenza, e dove la qualità è difficile da misurare e le conseguenze associate a una scarsa qualità possono essere gravi.

Ciò contribuisce a garantire standard minimi di qualità, ma ha un prezzo: la concorrenza soffocata indebolisce gli incentivi del mercato a migliorare costantemente la qualità e il servizio e a ridurre i costi. Dobbiamo accettare che la concorrenza è un valore fondamentale della società occidentale e che non porta necessariamente a una diminuzione della qualità. Pertanto, sebbene sia lodevole cercare di prevenire una "corsa al ribasso", l'opposizione generalizzata alla concorrenza in tutte le sue forme appare egoistica e distoglie dagli sforzi mirati a preservare la qualità.

Infatti, se strutturato correttamente, un mercato competitivo può, e spesso lo fa, creare una "corsa verso l'alto". Secondo un modello del genere, i professionisti o sistemi/strutture sanitarie non possono aspettarsi che le loro pratiche prosperino perennemente se forniscono costantemente competenze mediocri o un servizio scadente. Inoltre, in un mercato competitivo, sono i clienti-pazienti, non il radiologo o la struttura, a decidere se la qualità e il servizio forniti sono adeguati.

Tuttavia, fornire qualità e servizio eccellenti non è ancora sufficiente per garantire il nostro futuro: dobbiamo migliorare continuamente le nostre prestazioni attuali. In passato i radiologi sono stati tradizionalmente relativamente protetti da questi effetti. Ma quella che per noi è una realtà emergente è un dato di fatto per la maggior parte dei settori e sarà un dato imprescindibile per le generazioni dei futuri radiologi.

Sta diventando sempre più chiaro che la concorrenza in radiologia è destinata a durare. C'è la tentazione di cercare di proteggere la nostra posizione attuale rafforzando le barriere alla concorrenza attraverso mezzi quali la protezione normativa e gli accordi contrattuali. Tali sforzi non solo potrebbero costituire una strategia a lungo termine debole, ma in realtà potrebbero rafforzare la nostra professione come merce. Se il principale elemento di differenziazione tra il prodotto di un radiologo e quello di un altro operatore sanitario (medico specialista-per es. cardiologo o non medico) è un contratto o una norma di legge, i servizi oggi protetti potrebbero essere sostituiti con un tratto di penna; quindi è necessario attuare da subito strategie per consolidare il ruolo indipendentemente dalla protezione (normativa). Piuttosto, come in ogni settore, la strategia aziendale di maggior successo a lungo termine è quella di fornire costantemente un servizio eccellente e di alta qualità a un prezzo ragionevole. La sfida non è impedire la concorrenza ma lavorare per garantire che il panorama competitivo si evolva in modo da preservare la qualità.

Il valore che i radiologi apportano ai nostri referti è difficile da mostrare e comunicare perché la qualità non è qualcosa che è stata misurata con cura. In quanto specialità, sviluppare e sostenere parametri di qualità e aiutare i radiologi con gli strumenti con cui generare questi parametri renderebbe più semplice per i radiologi convincere i pazienti, i medici curanti, i contribuenti terzi e il pubblico in generale del valore e non solo clinica, della prestazione stessa.

Il modo in cui i radiologi possono distinguersi e fornire cure della massima qualità è migliorare il loro rapporto con i medici curanti forse ancor di più di quello con i pazienti che notoriamente scotomizzano il ruolo del radiologo come pivot centrale dell'intero iter diagnostico e terapeutico della loro malattia.

Lo sforzo dovrà pertanto essere quello di definire parametri di qualità su cui, radiologi e la società in generale, concordano e agire per riprogettare la "catena aziendale radiologica" in modo da consentire di controllare meglio le spese per mantenere margini redditizi e quindi più concorrenziali sia internamente che sul mercato esterno.

Fra una condizione di radiologo "invisibile" ormai drammaticamente radicata e che da anni caratterizza il dibattito fra i radiologi senza apparenti vie di fuga e il riaffermare a più voci ma con scarso risultato, il valore e ruolo del radiologo nel complesso iter diagnostico e terapeutico del paziente, si assiste ad una pericolosa "deriva" della disciplina che accetta quasi rassegnata la demedicalizzazione dell'atto radiologico a favore di professionisti, tecnici e specialisti clinici non radiologi magari coadiuvati dalla AI e dai sistemi esperti a supporto della creazione di referti quali ChatGPT radiology.

La posizione della SIRM

La SIRM vuole ribadire con forza la sua totale opposizione alla mercificazione della radiologia riaffermando il valore unico e insostituibile del radiologo come unico specialista medico a cui deve essere affidato l'intero processo che porti ad un prodotto diagnostico e terapeutico di alta qualità a garanzia dei pazienti e che sia baluardo della salvaguardia della disciplina. Sebben ancora ben "protetti" da leggi barriera (D.Lgs. 101/2020), la SIRM è tuttavia fortemente impegnata per consolidare alcuni aspetti fondamentali per combattere il rischio della mercificazione della disciplina a) qualità misurabile della prestazione radiologica come *un unicum* processo indivisibile; b) azione educazionale per promuovere cultura clinica e preparazione specialistica tecnica e interpretativa dello specialista radiologo; c) forte rivendicazione del ruolo del radiologo come interlocutore privilegiato presso le Istituzioni sanitarie locali e nazionali nelle politiche sanitarie di pertinenza; d) stretta collaborazione con esperti di economia aziendale per rimodellare in maniera più moderna e efficace il processo organizzativo della radiologia.

La SIRM è ben convinta che i radiologi svolgano un ruolo chiave nella diagnosi, nel trattamento e nella protezione dei

pazienti in quanto gli unici specialisti a conoscenza delle apparecchiature e delle nozioni di radioprotezionistica necessarie ad un uso corretto e giustificato delle radiazioni ionizzanti a salvaguardia non solo dei pazienti ma della popolazione tutta.

Attraverso la ricerca e l'applicazione di nuove tecnologie, i radiologi contribuiscono notevolmente all'innovazione medica sia in campo diagnostico (nuove indicazioni e metodi diagnostici, AI nell' applicazione nelle scienze omiche-invisible data) e terapeutiche (nuovi devices e procedure) e questa azione non può essere, né scotomizzata applicando la sola funzione interpretativa delle immagini né derogata nella sua funzione di medico a figure terze soprattutto se non mediche.

Il futuro della radiologia e dell'assistenza sanitaria in generale, dipende dalla qualità dei radiologi e dalla capacità di impegnarsi e lavorare con altre specialità assumendo ruolo guida rispetto agli altri specialisti nell'avanzamento delle discipline mediche e chirurgiche.

In questo ambito la SIRM crede di rivestire un ruolo fondamentale nell'affermazione e nello sviluppo della disciplina attraverso due funzioni fondamentali: l'*advocacy* intesa come supporto, patrocinio nella difesa degli interessi professionali e il *networking*, inteso come scambio di informazioni e ricerche e competenze utili sul piano professionale e scientifico.

I membri della SIRM sono consapevoli di queste fondamentali azioni svolte dalla Società di appartenenza; ne è riprova dell'altissimo numero di iscritti (>12500) su un totale di circa 15000 specialisti radiologi operanti nel territorio nazionale, accumunati da simili aspirazioni, valori e cultura e costituire una comunità caratterizzata da un'omogeneità di obiettivi condivisi, al loro valore e ai mezzi appropriati per raggiungerli. L'alto numero dei membri fra i partecipanti all'attività educazionale dell'anno in corso (circa 20.000 presenze fra webinar e eventi in presenza), il riconoscimento di migliore Società provider per ECM in Italia, il successo editoriale della rivista scientifica editoriale stabilmente appostata far le prime riviste scientifiche di settore con valore di IF 8.9, la pubblicazione di report di attività e documenti e decreti leggi condivisi con le autorità ministeriali e la pubblicazione di documenti di buona pratica clinica certificano l'azione incisiva, riconosciuta e infungibile del ruolo della SIRM nella vita professionale del radiologo e dello sviluppo unitario della disciplina.

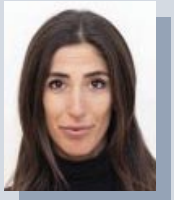
La SIRM in altre parole quale istituzione visibile, stabile e durevole, agisce e deve agire come custode dei valori core della disciplina, delle sue tradizioni distintive e del corpo unitario di conoscenza e abilita che la connota. Essa funziona come una essenziale sorgente di identità per il singolo aderente, consentendogli di mantenere la consapevolezza di appartenere ad una ricca e rispettata tradizione, cosi come la certezza della sua continua evoluzione nel rispetto dei valori essenziali della disciplina.

La Società non produce le nuove generazioni di membri per via biologica ma lo fa per via sociale; il "gruppo", La Società garantisce che il singolo cresca e si comporti, almeno sotto il profilo scientifico e professionale, secondo le regole e le obbligazioni definite nel modo predetto dalla disciplina allontanandola sempre di più e con forza da rischio di diventare inesorabilmente una commodity. ■

> *I mercati sono mossi da spiriti animaleschi, e non dalla ragione.*
>
> — JOHN MAYNARD KEYNES —

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202302

PRESENTE E FUTURO DELLA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA: *tre generazioni a confronto*



Serena Carriero

La radiologia interventistica costituisce una disciplina medica in costante evoluzione, nata negli anni '70 dalla fusione tra diagnostica e trattamento delle patologie, dando vita ad una nuova figura nell'ambito medico: il radiologo interventista. Attualmente, il radiologo interventista assume un ruolo cruciale nella gestione di un'ampia gamma di patologie, consentendo interventi precisi e mirati con minori rischi rispetto agli approcci chirurgici convenzionali.
Oggi, numerosi giovani dimostrano un vivo interesse per questo settore; alcuni di loro scelgono di iscriversi alla specializzazione in radiodiagnostica con l'aspirazione di diventare interventisti, mentre altri scoprono questa disciplina nel corso della loro formazione specialistica. Al fine di comprendere appieno le implicazioni di questa scelta e le prospettive future di sviluppo della disciplina, abbiamo intervistato tre esperti che hanno avviato il loro percorso in tempi diversi.

Quando si è appassionato alla radiologia interventistica?

G.C: Mi sono appassionato durante la scuola specializzazione e successivamente nei primi anni di lavoro.

A.M.I: Mi sono appassionata durante la scuola di specializzazione, in particolare all'interventistica muscolo-scheletrica.

S.A.A: Il mio interesse è nato durante il IV e V anno di medicina. Durante la turnazione in radiologia ho scoperto l'esistenza della neuroradiologia interventistica. Mi è subito sembrata una branca innovativa, tecnologica e affascinante offrendomi una visione diversa del radiologo tradizionale.
Inoltre, durante il mio tirocinio in università il mio professore dell'epoca teneva delle lezioni sulla neuroradiologia interventistica che hanno accresciuto il mio interesse. Successivamente, durante la specializzazione, mi sono interessato alla radiologia interventistica body che mi ha colpito per i numerosi campi di applicazione dove ho avuto la fortuna di

incontrare altri maestri che mi hanno accompagnato durante il mio percorso. Credo fermamente che non sia solo la disciplina a suscitare fascino, ma anche il modo in cui viene affrontata e presentata dai propri maestri, che sono fondamentali per stimolare l'interesse dei giovani.

Quali sono i motivi per cui ha scelto la radiologia interventistica?

G.C: Senza dubbio, la radiologia interventistica ha un maggior impatto clinico e soprattutto permette di sviluppare e mantenere un vivo rapporto medico-paziente.

A.M.I: La radiologia interventistica completa le conoscenze del radiologo tradizionale salvaguardando l'importanza della terapia e della clinica che hanno un ruolo cardine nel nostro ambito.

S.A.A: Volevo integrare la diagnosi alla terapia, inoltre questa disciplina è dinamica, in continua evoluzione ed al passo con i tempi dal punto di vista terapeutico e tecnologico.

Quale è stata la sua esperienza in radiologia interventistica durante il suo periodo di specializzazione?

G.C: Pochissima, ho iniziato la specializzazione nel 1991 e si facevano ancora poche procedure. Ai miei tempi non c'era una turnazione dedicata ed era possibile frequentare ma soltanto per periodi brevi.

A.M.I: Non ho avuto tanta esperienza in specializzazione, facevo soltanto qualcosa nell'ambito muscolo-scheletrico.

S.A.A: Io ho iniziato a frequentare la radiologia interventistica una volta arrivato al IV anno di specializzazione, quando avevo già una buona formazione radiologica. Ho frequentato un ospedale con un'unità complessa di radiologia interventistica dove ho imparato tanto e mi hanno permesso di eseguire procedure in maniera autonoma.

Come dovrebbe essere suddiviso il percorso formativo degli specializzandi interessati alla radiologia interventistica?

G.C: Secondo me i ragazzi dovrebbero fare 6 mesi nei primi 2 anni ed un intero anno alla fine della specializzazione.

A.M.I: Secondo me la cosa migliore sarebbe avere una specializzazione dedicata a questo ramo o almeno un percorso post-specializzazione dedicato.

S.A.A: Gli specializzandi dovrebbero dedicare nel loro percorso formativo un periodo specifico di almeno 8-12 mesi alla radiologia interventistica una volta consolidate le basi della diagnostica. Inoltre, nel nostro ambito la clinica è fondamentale, di conseguenza, suggerisco di effettuare anche una rotazione nei reparti di medicina e/o chirurgia vascolare.

Ha fatto un'esperienza all'estero in radiologia interventistica? Se si è stato importante per lei?

G.C: Si sono stato a Miami durante i primi anni della mia carriera, per me è stato stimolante poiché ho visto un nuovo modo di lavorare, e ho preso visione di tecnologie che in Italia non erano ancora di uso comune.

A.M.I: Si ho fatto un periodo durante la specializzazione a Oswestry che per me è stato molto importante, poiché ho visto una gestione diversa del reparto con pro e contro che mi ha fatto crescere.

S.A.A: Si sono stato a Londra ed è stato molto importante sia per la mia formazione poiché c'era una differente gestione del paziente sia per l'attività di ricerca clinica.

Quali sono le maggiori differenze che hai riscontrato?

G.C: L'organizzazione americana è sicuramente differente, basti pensare che i pazienti firmavano il consenso informato il giorno prima all'interno di una stanza dedicata dove riposavano la notte prima dell'intervento. In America, ero un osservatore ed ho approfondito maggiormente la parte di ricerca e innovazione, che mi ha aperto tante strade, sicuramente la cosa che è mancata è stata la parte pratica, che è importante in un ramo come il nostro.

A.M.I: Una delle differenze principali è sicuramente la responsabilizzazione dello specializzando; gli specializzandi sono formati per avere un ruolo nell'ospedale, non soltanto come affiancamento all'attività dello strutturato.

S.A.A: L'organizzazione è assolutamente diversa, sono molto più legati a protocolli rispettati in ogni situazione. Inoltre, l'attività è svolta sempre in collaborazione con i clinici; infatti, c'erano molte riunioni multidisciplinari che rappresentano un momento formativo per tutti.

Qual è la tipica giornata lavorativa di un radiologo interventista?

G.C: Attualmente mi occupo prevalentemente della parte organizzativa, ma quando ho iniziato, la mia giornata iniziava alle 8 e finiva alle 21 ed avevo 10 giorni di reperibilità al mese.

A.M.I: La giornata di un radiologo interventista è pari a quella di un chirurgo, bisogna essere sempre presenti in ospedale per qualsiasi necessità.

S.A.A: La mia attività si distribuisce sia sulla diagnostica che sull'interventistica. In diagnostica non mancano ambulatori di mini-interventistica e momenti clinici con le visite dei pazienti. Inoltre, nella mia giornata è sempre presente almeno un medico in formazione specialistica che formo sotto il punto di vista diagnostico ed interventistico.

Al giorno d'oggi è possibile fare esclusivamente il radiologo interventista?

G.C: Si, nei centri di terzo livello poiché nei piccoli centri non ci sono abbastanza volumi di lavoro per una figura dedicata, ricordando sempre che la figura dell'interventista senza la base di diagnostica non può esistere.

A.M.I: L'attività quotidiana può essere prevalentemente interventistica, ma la nostra forza è avere delle forti ed indispensabili basi di diagnostica.

S.A.A: È molto difficile fare esclusivamente interventistica poiché in molte strutture ospedaliere la figura del radiologo interventista è integrata alla diagnostica soprattutto per una questione di esigenze organizzative. Il radiologo interventista è una figura trasversale che può coprire anche dei turni di diagnostica, in particolare nell'ambito dell'urgenza/emergenza.

Quali sono i pro e i contro nella vita di un radiologo interventista?

G.C: I pro sono troppi per elencarli, ma un contro è sicuramente la problematica del contatto quotidiano le radiazioni ionizzanti.

A.M.I: Tra i contro ci sono sicuramente l'irradiazione e gli orari lavorativi che implicano dei sacrifici nella vita privata. I pro sono tanti, sicuramente c'è un quotidiano contatto sia con i pazienti che con i colleghi clinici e si osserva il paziente nella sua globalità tenendo in considerazione diagnostica e clinica.

S.A.A: La radiologia interventistica implica tanti sacrifici, ma presenta il quotidiano lavoro in team ed il contatto quotidiano e umano con i pazienti. Inoltre, uno dei miei aspetti preferiti è il ruolo centrale del radiologo interventista nella gestione dell'urgenza.

Qual è il ruolo della donna nella radiologia interventistica?

G.C: Secondo me il ruolo della donna è equivalente a quello dell'uomo.

A.M.I: Adesso sono la responsabile dell'unità di interventistica ma per arrivare fin qui ho dovuto dimostrare di saper operare e mi sono dovuta affermare e far rispettare anche dagli altri specialisti medici e chirurghi, e non è stato facile. Il maschilismo in parte esiste, la mia forza è stata impegno, costanza e tanta passione.

S.A.A: Ci sono tante professioniste donne che apprezzo moltissimo per le abilità interventistiche e gestionali. Uomo e donna hanno lo stesso ruolo.

Quali sono gli ambiti della radiologia interventistica in cui investire attualmente secondo lei?

G.C: Senza dubbio nell'interventistica oncologica.

A.M.I: Secondo me si deve investire nell'interventistica oncologica e pediatrica. Il mio ramo preferito è l'urgenza che è già affermata invece negli altri ambiti sopracitati bisogna farsi conoscere e sponsorizzare il ruolo della radiologia interventistica anche con i colleghi clinici.

S.A.A: Nell'interventistica oncologica e nelle terapie combinate.

Quali consigli darebbe ad un giovane interessato alla radiologia interventistica?

C.G: Imparate l'oncologia clinica, con un breve percorso dedicato, dovete parlare la stessa lingua dei clinici.

A.M.I: Dovete capire cosa vuol dire fare il radiologo interventista a 360°; è un mestiere bellissimo ma che porta tanti sacrifici e tanta dedizione. È un ramo che necessita di una dedizione completa e soprattutto nella vita di una donna è difficile il connubio tra una giornata lavorativa che inizia alle 6 del mattino e termina a mezzanotte ed una vita familiare. Bisogna calibrare il tutto per capire dove si vuole arrivare.

S.A.A: Consiglio di intraprendere questa branca per la sua continua evoluzione nello sviluppo di trattamenti sempre più mininvasivi rivolti alla cura dei pazienti. Tutto questo grazie all'utilizzo di strumentazioni tecnologiche impiegate sia nella diagnosi che nel trattamento. È una disciplina trasversale che si integra con tutte le figure professionali nel contesto di team multidisciplinari, sia in elezione che in urgenza. Tutto ciò richiede tanta passione e sacrificio ma è accompagnata da soddisfazioni professionali ed umane. ■

SEZIONI DI STUDIO SIRM

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202303

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

di Chiara Floridi, Maria Antonietta Mazzei, Giuseppe Minetti, Susanna Guerini, Giulia Zamboni, Michaela Cellina, Laura Cacioppa, Giulio Bagnacci

Momenti del "Carvat is Back"

Solo 2 anni fa si festeggiavano i primi 50 anni dall'invenzione della Tomografia Computerizzata, eppure per un lungo periodo dopo quel lontano 1971 si è pensato che con l'arrivo della TC spirale e multidetettore questa tecnologia avesse esaurito la sua capacità di rinnovarsi... si trattava solo di aggiungere detettori per multipli di 4...

E invece l'avvento della Doppia Energia e oggi del *Photon Counting* ha riportato l'attenzione sulle incredibili innovazioni tecnologiche e le conseguenti implicazioni cliniche di cui è protagonista la TC.

La Sezione di Studio di Tomografia Computerizzata della SIRM è in linea con tutto ciò. Seguendo la traccia lasciata dal Precedente CD presieduto dalla Prof.ssa Maria Antonietta Mazzei, il nuovo CD entrato incarica il primo gennaio 2023 sta portando avanti un programma scientifico, formativo e sociale incentrato sull'approfondimento degli aspetti fondamentali e delle innovazioni più rilevanti di questa tecnologia.

L'anno si è aperto con un Webinar dal titolo **"La TC nello studio delle "iti": dal Protocollo alla semeiotica di base"** organizzato con una sessione "streaming" associata a lezioni "on demand" dove partendo da uno specifico gruppo di patologie è stata messa a fuoco l'importanza del corretto utilizzo della TC, dalla scelta del protocollo di acquisizione sino alle diverse opportunità di ricostruzione e rielaborazione delle immagini. Per chi se lo fosse perso, tutto il materiale del corso è ancora disponibile nella biblioteca webinar dell'area soci della SIRM.

Va ricordato, inoltre che questo corso è stato basato sul documento SIRM "Protocolli TC" pubblicato nella sezione Documenti del sito SIRM, coordinato dal Prof. Di Cesare e dalla Prof.ssa Mazzei. A questo proposito la Sezione, in continuità con quanto fatto sin ora, sta portando avanti la stesura di un altro documento sui protocolli TC in Dual Energy che dovrebbe essere pubblicato nel 2024. Ma quest'anno finalmente molte attività sono potute tornare anche in presenza e la Sezione di Tomografia Computerizzata è stata la

prima a sfruttare questa possibilità, convinta che l'evento in presenza consenta uno scambio di idee e un trasferimento di conoscenze che non è sempre possibile online. Così il 22 e il 23 giugno 2023 si è tenuto a Roma presso la sede dell'Area Radiologica in via del Cardello il primo workshop della Sezione dal titolo **"il Radiologo & il Post processing TC"**.

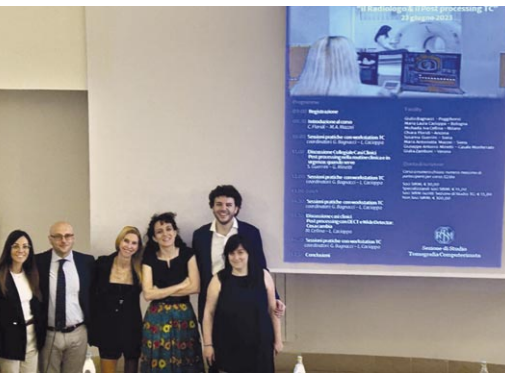
La sala centrale del Cardello è stata trasformata in un grande laboratorio con diverse workstation di ricostruzione e rielaborazione delle immagini messe a disposizione dalle principali aziende del settore in cui i partecipanti affiancati da specialist e da esperti clinici hanno testato i software di ricostruzione e rielaborazione sia di TCMD che di TCDE. Durante il workshop, inoltre, le diverse case produttrici hanno effettuato presentazioni sulle rispettive apparecchiature TC attualmente in commercio, sulle innovazioni nel settore, sui possibili sviluppi futuri di ricerca.

Si sono tenute lezioni frontali sulle tecniche TC di acquisizione e sulle ricadute nella pratica radiologica di tutti i giorni con discussione collegiale di casi clinici. Il workshop è stato un grande successo con Sold out di entrambe le giornate per cui si è deciso di farlo entrare di diritto tra le attività istituzionali della Sezione con cadenza annuale.

L'altro grande evento in presenza in cui la Sezione di Tomografia Computerizzata è stata protagonista è **"Carvat is back"**, il congresso nazionale congiunto delle sezioni di studio di Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica, Ecografia, Radiologia Informatica, Radiologia Interventistica e Mezzi di Contrasto in cui si sono alternate sessioni dedicate alle singole sezioni e sessioni congiunte, tutte incentrate sull'innovazione tecnologica. Per quanto riguarda la Tomografia Computerizzata la sezione ha organizzato sessioni incentrate sulla Dual Energy e sul Photon Counting invitando relatori di fama nazionale ed internazionale con grande successo di pubblico.

Ovviamente le sessioni principali sono state accompagnate dalle comunicazioni scientifiche e dalla discussione dei Poster scientifici. Si è trattato di un momento fondamentale, dedicato ai più giovani e che si è concluso, al termine del congresso con la premiazione della migliore comunicazione (Drssa Marchegiani) e del miglior poster (Dr Sica). La Sezione, inoltre, ha deciso di avvicinarsi alla *"Next Generation"* di radiologi aprendo, tra le prime sezioni a farlo, le proprie **pagine Instragram** e **Linkedin** nella speranza che possano diventare strumenti per scambiare idee e veicolo di informazioni sugli eventi e le attività della Sezione. Per il 2024, nel semestre bianco, in attesa del Congresso Nazionale di Milano (20-22giugno), ad esempio, la pagina Instagram diventerà una finestra sulla attività formativa e scientifica della Sezione con piccole interviste a grandi Maestri e Pionieri della Tecnica TC...iscrivetevi per saperne di più...

Insomma la Sezione di Studio di Tomografia Computerizzata della SIRM gode di ottima salute con tante attività svolte e tante attività ed idee in cantiere, merito di tutte le persone che si sono impegnate e si impegnano per rendere tutto questo possibile ma, merito anche e soprattutto di tutti i Soci iscritti (quest'anno abbiamo superato i 700 iscritti, con un 10% in più di iscrizioni rispetto all'anno corso!) che sono il vero motore e volano della Sezione. Grazie! ■



CD Sezione Tomografia Computerizzata 2023-2024
(manca la Profssa Zamboni!)

Un momento del Workshop della Sezione di Studio
al Cardello (Roma 22-23 giugno 2023)

CD della Sezione al completo con
il Prof Anders Persson, Padre del Photon Counting

SEZIONI DI STUDIO SIRM

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202304

RADIOLOGIA PEDIATRICA

Margherita Trinci

Carissimi Soci della SIRM e della Sezione di Radiologia Pediatrica, la nostra è una Sezione trasversale volta allo studio dell'intero organismo in una fascia di età dedicata, che prende in considerazione tutte le tecniche di imaging, senza trascurare le tematiche radioprotezionistiche e medico-legali.

Il costante sviluppo al quale andiamo incontro dalla nascita, fa sì che siano necessarie delle conoscenze medico-radiologiche peculiari per ogni età, che permettano di poter distinguere il fisiologico dal patologico. Anche la comunicazione è un aspetto delicato della nostra quotidianità, infatti il Radiologo Pediatra, deve possedere una particolare empatia che gli permetta di entrare in contatto con i piccoli pazienti, per poter eseguire un esame nelle migliori condizioni, ottenendo la collaborazione del paziente, evitandogli traumatismi. Il Radiologo Pediatra deve, inoltre essere in grado di comunicare con i genitori in maniera chiara e rassicurante.

La particolare attenzione alle norme radioprotezionistiche, rende necessario un continuo aggiornamento tecnico-procedurale. Come ben sappiamo, gli ospedali dedicati alla cura del bambino sono pochi e spesso i piccoli pazienti vengono accolti in presidi non dedicati, dove possono mancare competenze specialistiche, protocolli ed apparecchiature adeguate.

Uno degli scopi della nostra Sezione è quindi la formazione di tutti i Radiologi, per far sì che in ogni presidio il paziente pediatrico possa ottenere una diagnosi corretta ed in caso di necessità possa essere indirizzato in un ospedale di riferimento.

Con questo scopo la Sezione, in accordo con il programma formativo stilato dal Presidente della SIRM e dai responsabili dell'attività scientifica, propone Webinar di radiologia pediatrica con argomenti dedicati sia al neofita che al radiologo esperto. Gli argomenti da noi scelti sia per i Webinar che per i

corsi di aggiornamento spaziano dalle tematiche quotidiane a quelle più specialistiche, senza tralasciare le nozioni tecniche di base per l'acquisizione corretta delle immagini.

Durante tutti i nostri corsi, sia in remoto che in presenza, abbiamo sempre dedicato spazi al confronto con i clinici, nella ferma consapevolezza che il Radiologo di qualità è un "Radiologo clinico" e che la conoscenza più approfondita delle patologie porti ad una più corretta interpretazione delle immagini contribuendo al corretto management del paziente. L'aspetto "trasversale" della nostra Sezione, nel concetto di multidisciplinarietà ci ha portato ad avvalerci dell'esperienza dei Colleghi di altre Sezioni come quella di Radioprotezione, quella dei Mezzi di Contrasto, quella di Etica e Forense per approfondire argomenti comuni.

Abbiamo partecipato con la Fondazione SIRM alla pubblicazione di alcuni protocolli di refertazione, fondamentali per poter scrivere un referto corretto, chiaro, che possa orientare il clinico, su argomenti attuali come: il Neuroblastoma, la Fibrosi Cistica, la Cistografia Minzionale e la Leucemia.

La nostra attenzione alla prevenzione delle malattie ed al riconoscimento della figura del Medico Radiologo, spesso "ignorato" dal Paziente, ci ha visto promuovere un evento unico nel suo genere, organizzato in un circolo sportivo, aperto alle famiglie, quindi ai nostri diretti e quotidiani caregivers, che ha unito la Radiologia Pediatrica, alla nutrizione ed allo sport, con una madrina di eccezione come Flavia Pennetta. In questa giornata il gioco si è unito alla visita del nutrizionista, alla valutazione ecografica addominale e ad una intervista ai bambini, con domande e riposte che ci hanno dato uno "spaccato" sulla salute e sulle abitudini di vita dei bambini ed hanno, tra l'altro, reso "visibile" il Radiologo Pediatra dimostrando quanto sia importante avere una figura dedicata al bambino.

Per mantenere alta la curiosità e la voglia di apprendere e mettersi alla prova, ormai da più di due anni, inviamo ai nostri Soci, con cadenza bimestrale, i casi quiz di Radiologia Pediatrica. Questa, come le altre iniziative, è frutto della collaborazione dei Colleghi che fanno parte del Consiglio Direttivo della Sezione, che mettono a disposizione il loro tempo, la loro esperienza e si rendono disponibili, tramite la mail della Sezione, a rispondere ai dubbi del singolo.

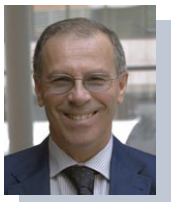
Con grande piacere, nel tempo, alcuni Soci della Sezione, hanno messo a disposizione la loro esperienza proponendo la loro casistica. Per la scelta dei casi quiz, le tematiche trattate sono etichettate come facili, medie e difficili ed abbracciano tutti i campi e le metodiche della radiologia pediatrica, con l'obiettivo di poter venire incontro a tutte le necessità dei nostri Soci.

La nostra Sezione, nel tempo sta pian piano crescendo, penso per la crescente consapevolezza che il Radiologo Pediatra non è un radiologo di "nicchia", ma che è necessario che questa figura "viva" un po' in tutti noi.

I riscontri positivi che riceviamo durante i nostri corsi, ci fanno ben sperare che la nostra visione sia condivisa e che i nostri sforzi vadano nella giusta direzione.

Tutta la programmazione e la realizzazione degli eventi, non sarebbe possibile senza la collaborazione dei componenti del Consiglio Direttivo, Colleghi di grande cultura e generosità che mettono a disposizione il loro tempo e la loro esperienza che ringrazio profondamente. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202305



Bruno Accarino

DETERMINAZIONE DEI COSTI DELLE PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA **PROGETTO E-VALUATE**

La SIRM ha ritenuto necessario procedere ad una analitica valutazione dei costi di produzione delle prestazioni della disciplina a seguito di quanto evidenziato sia nella nota prot. N. SIRM-Mi-OUT/733/2016/CM/cn del 4 ottobre 2016 - in risposta alla *"Riunione al Ministero della Salute del 20/09/2016 prot. MinSalute 0026426 del 15/09/16"*, sia dopo quanto evidenziato con la nota prot. SIRM-Mi-OUT/837/2017/CP/mp del 20 aprile 2017 per la - *"Trasmissione proposta tariffaria SIRM - riunione con le società scientifiche del 07/04/2017"* con relativa relazione di accompagnamento e format/questionario compilato - a firma del Presidente in carica e indirizzata al Ministero della Salute ed alla FISM: conseguente all*"Incontro aggiornamento e definizione tariffaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale"* ed alla proposta tariffaria elaborata in merito in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 cui è poi seguita nota prot SIRM-Mi-OUT/1026/2018/CP/mp del 15 ottobre 2018: il CD ha approvato definitivamente l'iniziativa nella seduta del 26-27/04/19.

Il progetto nasce come rivisitazione e riedizione del documento "Il controllo di gestione nelle Unità Operative di Radiologia Diagnostica" del 1994 elaborato dalla SIRM in collaborazione con lo studio Pasdera e Zorzet, che all'epoca era riferito però ad una sola sede, mentre oggi il campione è di 12 differenti sedi ubiquitariamente distribuite sul territorio nazionale con l'obiettivo di avere una solida base di dati, il più possibile rappresentativi della variegata realtà italiana, rispetto ai costi delle procedure radiologiche: il metodo di elaborazione applicato è quello dell'Activity Based Costing (come nella precedente rilevazione del 1994), applicato ai processi reali di ciascuna struttura: infatti la metodologia A.B.C. consente di attribuire i costi con grande precisione (compreso quelli indiretti) e di discriminare i diversi processi da analizzare fino alla singola procedura (discriminando anche fra procedure di routine e di urgenza).

La rilevazione indicata nel documento è stata effettuata con il contributo di Siemens Healthcare Italia spa che ha fornito la ditta GeneSys, la quale, con propri addetti, si è fisicamente recata presso le sedi identificate per effettuare la rilevazione dei dati: l'impiego di analisti di processo, esterni e indipendenti, ha consentito avere una rilevazione il più possibile oggettiva ed omogenea per tutte le strutture, rispettosa delle differenze fra le situazioni locali.

Il criterio di selezione delle sedi coinvolte è quello dettato dal D.M. 15/04/1994 art. 3 c. 6, nonchè dall'art. 79 L. 133 del 2008 (legge Brunetta) ossia un campione rappresentativo di strutture di piccole, medie e grandi dimensioni equamente distribuite sul territorio nazionale tra nord-est, nord-ovest, centro, sud ed isole, 6 a gestione pubblica e 6 a gestione privata.

I dati di base (carichi di lavoro, costi e personale) sono stati assegnati ai processi utilizzando per ciascuna struttura la stessa impostazione metodologica: la lavorazione dei dati richiesti alla struttura è stata affidata al gruppo di professionisti fornitici ed in grado di analizzarli, ripulirli di eventuali parti non pertinenti e associarli correttamente al processo, utilizzando i medesimi criteri per tutte le strutture, tenendo conto dei documenti societari già editati.

Per ogni struttura sono stati rilevati tutti i dettagli che concorrono a definirne la specificità, registrando le informazioni relative al contesto in cui essa opera, alla tipologia di strumentazione, alla tipologia delle prestazioni e ogni altro dettaglio utile in fase di analisi.

Il risultato è un'ampia base di informazioni relativa ai costi e all'organizzazione delle strutture rappresentativa delle diverse realtà a livello nazionale aggiornata al 2019, ultimo anno utile per la rilevazione prima della pandemia, ottenendo un

database esplorabile a tutti i livelli di dettaglio richiesti, dall'insieme della struttura fino alla singola prestazione.
Il nomenclatore DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) è stato sezionato secondo la classificazione FaRe, ormai da tempo in uso a livello ministeriale.
I dati ottenuti sono il risultato bruto e non oggetto di alcun commento dei costi rilevati sui dati forniti dal campione analizzato, suddivisi in fasce di redditività: in perdita; significativamente insufficiente; presumibilmente insufficiente; sicuramente sufficiente.
Va ricordato a tal proposito che le tariffe proposte dal MinSalute per la radiologia tradizionale (FaRe D11) sono ancora oggi quelle del DPR 120/1988 (ovvero di 35 anni fa) e non sono state mai oggetto di alcuna analisi o valutazione per stessa ammissione del MinSalute e del MEF, ma ancora oggi confermate nella proposta ministeriale; le tariffe di ecografia/ecocolorDoppler (FaRe D21 e D22) sono quelle del DM 7.11.91 ed entrambe trasfuse senza alcuna modifica nel DMS 150/96: parte di queste ultime sono state oggetto di rilevazione presso un campione ristretto di alcune Ausl della Toscana (nel 2003-2004), del Veneto (nel 2008) e del Friuli Venezia Giulia (nel 2006) e ritenute talune sotto remunerate ed altre sovra-remunerate (ma senza specificare quali) e pertanto ritenute tutte indistintamente sufficientemente congrue (fonte MinSalute – maggio 2009)- Quelle di TC (FaRe D12) sono state oggetto di analisi dei costi solo di alcune prestazioni (ma senza specificare quali) su di un campione ristretto di alcune Ausl della Toscana (anni 2003-2004), del Veneto (2008), del Piemonte (2008) e del Friuli (2007) (fonte MinSalute – maggio 2009).
Quelle di RM (FaRe D25) sono state anch'esse oggetto di analisi dei costi solo di alcune prestazioni (ma senza specificare quali) su di un campione ristretto di alcune Ausl della Toscana (Pisa anni 2003-2004), del Veneto (Thiene 2008), del Piemonte (Cuneo e Alba 2008), del Friuli (Az. Osp. Cattinara Trieste, presidi ospedalieri di San Vito, Palmanova e Tolmezzo 2006) (fonte MinSalute – maggio 2009).
Sulla base di questi ultimi dati i valori tariffari di TC ed RM sono stati ritenuti sovra-remunerativi e perciò ridotti rispettivamente del 10% e del 25% nel DM 18.10.2012, che sono poi quelli trasfusi nella proposta tariffaria ministeriale odierna e riferimento nell' elaborazione dei dati del documento.
Per la prima volta nei LEA varati nel 2017 sono state inserite alcune prestazioni di radiologia vascolare ed interventistica, anche queste oggetto di valutazione nell'attuale documento: tuttavia data la scarsa rilevanza del campione rilevato alcune

Gene.sys

DETERMINAZIONE DEI COSTI DELLE PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Progetto e-Valuate

Andrea Giovagnoni, Luca Brunese, Nicoletta Gandolfo, Bruno Accarino, Roberto Grassi, Stefano Nesi, Giovanni Barletta

CON LA COLLABORAZIONE DI

Bruno Beomonte Zobel, Giuseppe Capodieci, Mattia Carbone, Christian Cugini, Francesco Cirillo, Paolo Deriu, Paolo Fonio, Andrea Laghi, Carlo Masciocchi, Sergio Papa, Francesco Potito, Paolo Sartori

Andrea Giovagnoni	Presidente SIRM
Luca Brunese	CD SIRM Rapporti Ministeri e Soc. Scient. non Radiol.
Nicoletta Gandolfo	Presidente eletto SIRM
Bruno Accarino	Sezione di Studio Gestione delle Risorse
Roberto Grassi	Fondazione SIRM
Stefano Nesi	Gene.sys di G. Barletta
Giovanni Barletta	Gene.sys di G. Barletta

Bruno Beomonte Zobel	Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico	Roma
Giuseppe Capodieci	ASP Siracusa	Siracusa
Mattia Carbone	AOU- San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona	Salerno
Christian Cugini	Fondazione Villa Salus	Mestre (VE)
Francesco Cirillo	Casa di cura Maria Rosaria SPA	Pompei (NA)
Paolo Deriu	Radiologia DERIU srl	Cagliari
Paolo Fonio	Citta della Salute e della Scienza di Torino	Torino
Andrea Laghi	AOU Sant'Andrea	Roma
Carlo Masciocchi	Radiologia- P.O San Salvatore- Università de L'Aquila	L' Aquila
Sergio Papa	CDI Centro Diagnostico Italiano S.p.A	Milano
Francesco Potito	Centro Radiologico Potito srl	Campobasso
Paolo Sartori	Ulss 3 Serenissima-Ospedale Ss. Giovanni e Paolo-	Venezia

La rilevazione è stata effettuata con il contributo non vincolante di Siemens Healthcare Italia.

di esse sono state escluse dalla valutazione perchè ritenuta non attendibile al pari di altre prestazioni escluse per le medesime motivazioni, come riportato nell'apposito capitolo.
Tutte le osservazioni fin qui indicate sono state infine oggetto di specifica audizione del SNR unitamente alla SIRM presso il MinSalute il 22.02.2022.
Il documento è stato inoltre oggetto di una relazione - come risultati preliminari - nell'ambito di una apposita tavola rotonda al 50mo Congresso Nazionale SIRM di Roma il 6.10.22.
Il documento, ormai pronto alla fine del 2022 è stato ulteriormente oggetto di approfondimento per la fluttuazione dei costi energetici intervenuta a seguito della crisi bellica ancora in corso e che ha pesantemente condizionato le valutazioni, data la dipendenza energetica della nostra disciplina specie con le grandi macchine e per questo motivo è stato infatti aggiunto uno specifico capitolo in merito.
Infine, recepiti gli emendamenti richiesti dal CD SIRM, nel documento viene effettuata anche una proposta tariffaria che scaturisce dai dati ottenuti e che potrà essere sottoposta al vaglio delle Istituzioni competenti in merito. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202306

AULA MULTIMEDIALE **ALFREDO SIANI**

Alfredo Siani è tra i migliori radiologi italiani e, non perché è stato primario dell'ospedale di Pozzuoli o dell'INT IRCCS di Napoli, fondazione Pascale. Poco c'entra che è stato presidente SIRM, il fatto che lui sia tra i migliori radiologi è da cercare nel suo amore nel lavoro, nel suo essere stato un mentore per tanti, amato e forse anche un po' odiato qualche volte, ma sempre con la schiena dritta... per tante e tante altre ragioni la SC di Radiodiagnostica, diretta da Antonella Petrillo, con grande affetto gli ha dedicato la saletta multimediale.

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202307

SEGRETERIA NAZIONALE

Segretario Nazionale F.F.
Giulio Argalia

Presidente Nazionale
Giuseppe Capodieci

Vice Segretario Nazionale
Gabriele Gasparini

Segretario Amministrativo
Giovanni Mandoliti

Coord. Interregionale Nord
Francesco Monteduro

Coord. Interregionale Centro
Claudio Guerra

Coord. Interregionale Sud
Vincenzo De Ruvo

Rappr.ti Radiodiagnostica
Francesca Salvia
Carlo Liguori
Luisa Manes
Filippo Mangiapane

Rappr.te Radioterapia
Gianpaolo Montesi

Rappr.te Medicina Nucleare
Augusto Manzara

Rappr.te Neuroradiologia
Lorenzo Testaverde

Rappr.te Settore Università
Antonio Orlacchio

Rappr.te Settore Fisici
Antonella Soriani

Rappr.te Settore per i Liberi Prof.
Bruno Accarino

Presidente Fondazione Area Radiologica
Francesco Lucà

Direttore Scientifico Fondazione Area Radiologica
Corrado Bibbolino

Primo Presidente
Raffaele Pinto

Direttore "Il Radiologo"
Palmino Sacco

Direttore Sito Web
Andrea Magistrelli

Segretario Verbalizzante
Giampaolo Montesi

SNR Giovani
Gloria Addeo

SNR, AVANTI TUTTA!

Giulio Argalia

Care Colleghe/i, a conclusione di un autunno che si preannunciava caldo, lo sciopero del 18 dicembre, al di la delle forti motivazioni che ci avevano spinto alla mobilitazione, ha rappresentato l'occasione e la presa di coscienza della validità dell'adesione ideale e pratica al nostro sindacato di categoria; a quel modello sindacale che fin dalla sua nascita negli anni 50 è stato portato avanti con tenacia e caparbietà, tra molti entusiasmi e qualche ostacolo all'esterno ed anche all'interno del variegato mondo dell'Area Radiologica.

Questo numero del Radiologo tratta molti degli spunti e degli stimoli che hanno caratterizzato la complessa vicenda che, dalla firma del contratto allo sciopero

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
Filippo Mangiapane

Toscana
Claudio Guerra

Trentino
Luisa Manes

Umbria
Roberto Ferranti

Valle D'aosta
Gianmarco Lunardi

Veneto
Paolo Sartori

CONSIGLIERI

Lombardia
Roberta Ambrosini

Veneto
Altin Stafa

Liguria
Veronica Giasotto

Emilia Romagna
Marilene Eccher

Toscana
Claudia Giaconi

Lazio
Angelo Gaetano Carriero

Campania
Graziella Di Grezia

Puglia
Egidio Guerra

Sicilia
Giambattista Privitera

dei giorni scorsi, ha portato il sindacato a rinnovarsi nel segno della continuità di un impegno categoriale.

A chi ne ha assunto di recente la responsabilità il compito di ripercorrere la linea unitaria ed il significato profondo, non sempre compreso, a volte compreso ed ostacolato, del sindacato di specialità.

L'ampia partecipazione che si è registrata nelle piazze e nelle sale lunedì 18 dicembre, ha confermato come nell'ambito in particolare dei Servizi, la convergenza ideale e organizzativa dei sindacati di specialità, fondata su valori e interessi comuni, si dimostra la strategia più efficace per difendere i medici del settore ma soprattutto i pazienti, dalle aggressioni di competitori ansiosi di occuparne ruolo e funzioni e sicuramente la radiologia è tra i primi settori esposti.

È la battaglia di questo sindacato, supportato dalle regole elaborate dalle società scientifiche di area e dagli ordini dei medici.

È la riaffermazione del ruolo radiologico di fronte al task shifting, al self referral e tanti altri fenomeni fino alla refertazione impropria, tipici dei paesi anglosassoni (non a caso certi fenomeni sono descritti in inglese).

Ma insieme a noi oltre ai laboratoristi, ai medici del territorio, ai farmacisti ed agli psicologi della FASSID, gli anestesisti ed i veterinari ed infine anche i colleghi della CISL, hanno testimoniato caratteristiche e peculiarità convergenti per riformare il SSN; ribadendo la profonda difficoltà della rappresentanza medica in tutti gli ambiti professionali, deontologici, istituzionali ed aziendali.

La mobilitazione del 18 prelude ad azioni ancora più incisive soprattutto per il futuro dei nostri giovani. La difesa e la valorizzazione del ruolo delle colleghe e dei colleghi che stanno entrando o hanno iniziato da poco la loro esperienza lavorativa, per il nostro sindacato è al primo posto tra gli obiettivi del nostro impegno, in ambito normativo con la revisione ulteriore dopo i progressi della legge 24/17 della legislazione sulle responsabilità; in ambito economico a difesa dei salari e delle pensioni ma anche delle tariffe.

Quello delle tariffe è un tema che riguarda non solo gli operatori del settore privato, perché sappiamo bene come si ribaltino sugli incassi delle unità operative ospedaliere.

Non vanno trascurati gli aspetti organizzativi:
- acquisizioni di tecnologie e modelli, vedi le case di comunità, praticati senza tener conto degli operatori;
- la digitalizzazione e dematerializzazione realizzate in maniera incongrua ed incoerente senza innovazione di regole etiche, deontologiche, tecnologiche e legali.

Con le modifiche profonde della composizione di genere del personale dirigente si deve pretendere l'adeguamento dei luoghi e delle modalità operative.

Non solo il tema delle apicalità che si rimodellerà anche per la modifica delle percentuali di genere, ma proprio quello immediato e cogente di nuovi sistemi, anche nelle strutture edilizie dei luoghi di lavoro, di tutela delle prerogative ad esempio della maternità e paternità.

Consideriamo provocatorio parlare di invecchiamento della popolazione senza mettere in essere gli strumenti necessari anche nei luoghi di lavoro a tutelare e facilitare i ruoli genitoriali.

Potremmo mettere in campo altri temi, da quelli assicurativi a quelli legali ma crediamo che più di ogni parola contino azioni e risultati.

Le foto a corredo di questo articolo ne danno un primo impatto ma, come diceva un vecchio slogan del secondo novecento è solo l'inizio.

Il 2024 sarà decisivo per ribadire e promuovere l'impatto della radiologia in un mondo sempre più competitivo ed affastellato dalle tecnologie.

La firma del contratto tra febbraio e marzo con l'inizio delle trattative aziendali per la sua applicazione saranno i primi impegni dell'anno. Altri ed altri approfondimenti ne seguiranno.

Ci aspetta un 2024 molto impegnativo e contiamo sulla vostra fattiva collaborazione.

TORINO

BOLOGNA

GENOVA

FIRENZE

BARI

ROMA

POTENZA

PERUGIA

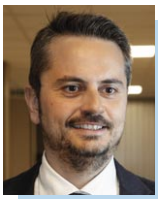
PALERMO

CAGLIARI

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202308

IPOTESI CCNL 2019-2021 "IN PILLOLE"

Francesco Lucà



Claudio Guerra

Antonio Saponaro

Il 28 settembre 2023, dopo una lunga e complessa trattativa durata circa 8 mesi ed oltre 100 ore di contrattazione, è stato raggiunto l'accordo per il rinnovo del CCNL dell'Area Sanità per il triennio 2019-2021.

La firma della pre-intesa contrattuale consente all'ARAN di avviare l'iter per l'approvazione definitiva del testo, al termine del quale il CCNL potrà essere ufficialmente stipulato.

Tra la sottoscrizione dell'ipotesi e la firma definitiva passano mesi visti i controlli di legittimità, effettuati da diversi organi, Regioni, Corte dei Conti, Consiglio dei Ministri, Ministero della Pubblica Amministrazione.

È possibile prevedere che la sottoscrizione definitiva arriverà non prima del mese di febbraio 2024 e solo allora le novità previste dal nuovo CCNL entreranno in vigore.

La novità normativa più importante per i medici dell'area radiologica è contenuta nell'allegato 1 all'art. 29 ed è relativa ai servizi di guardia: non saranno più programmabili servizi di pronta disponibilità e bisognerà attivare la guardia attiva radiologica/neuroradiologica in tutti gli ospedali sede di dipartimento di urgenza ed emergenza di I e II livello.

È una norma che, finalmente, a distanza di decenni, riconosce l'impegno, il coinvolgimento costante ed il ruolo cruciale dei medici dell'area radiologica nelle reti assistenziali d'urgenza e d'emergenza. Il nostro interrogativo resta sull'applicabilità in prima battuta della norma in quanto, sinché vigeranno gli attuali tetti di spesa per il personale, ogni Regione dovrà prevedere nei piani-assunzioni un numero di radiologi e neuroradiologi ben superiore rispetto a quanto sinora definito nei piani triennali del fabbisogno di personale.

Confermato il diritto alla fruizione del riposo radio-biologico per le dirigenti di area radiologica in gravidanza, diritto messo in discussione in alcune realtà aziendali.

Spariti dal contratto termini come "di norma" e "di regola" il numero massimo di guardie mensili sarà 5 e 10 le pronte disponibilità, entrambe programmabili in un quadrimestre. Saranno programmabili, nell'arco di un quadrimestre, non più di 10 servizi di pronta disponibilità calcolati come media mensile nell'arco di tutto il periodo. Il tetto massimo complessivo di turni mensili tra guardie e pronte disponibilità è sceso a 12.

Viene ribadito che il servizio di pronta disponibilità è limitato ai turni notturni ed ai giorni festivi garantendo il riposo settimanale: l'organismo paritetico aziendale non potrà più estendere il servizio di pronta disponibilità ai turni pomeridiani diurni non festivi. I servizi di guardia e di pronta disponibilità sostitutiva potranno essere assicurati anche dai direttori di struttura complessa, se nell'U.O. da loro diretta non vi siano dirigenti in numero sufficiente per coprire l'urgenza. Il numero mensile di turni di guardie e/o di pronta disponibilità previsti dal CCNL Il servizio di pronta disponibilità sarà assicurato utilizzando solo i Dirigenti della stessa Unità Operativa.

Confermato quanto presente dal CCNL 2005 che i servizi di guardia dovranno essere distribuiti in turni uniformi fra tutti i componenti l'équipe mentre vige il divieto di svolgere il servizio di guardia o di pronta disponibilità contemporaneamente in più sedi. I turni di guardia e di pronta disponibilità andranno effettuati esclusivamente presso l'Unità Operativa cui si è stati assegnati al momento della stipula del contratto individuale di lavoro.

I contratti di lavoro individuali dovranno specificare ancora più dettagliatamente la sede aziendale di assegnazione del dirigente. In particolare, nei contratti di lavoro individuali dovranno essere precisati Unità Operativa di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa. Fondamentale novità è il recupero di buona parte delle ore di lavoro eccedenti.

La gestione di eventuali eccedenze orarie disciplinata fondamentalmente dall'art. 15 del d. lgs. n. 502 del 1992 si basa sul principio che "la retribuzione di risultato compensa anche l'eventuale superamento dell'orario di lavoro".

L'impianto normativo ha consentito sinora alle aziende azzeramenti periodici delle ore eccedenti mentre con l'entrata in vigore del nuovo CCNL la liquidazione dell'indennità di risultato fungerà da mezzo di compensazione solo di una parte dell'orario eccedente (quota variabile da azienda ad azienda). L'eventuale ulteriore impegno orario dovrà essere recuperato con riposi compensativi da fruire di norma entro 6 mesi dell'anno successivo alla prestazione o al massimo fino a 12 mesi, anche assegnando intere giornate di riposi compensativi. Il calcolo del tetto di ore eccedenti che l'azienda potrà compensare con l'indennità di risultato verrà effettuato considerando per ciascun dirigente un numero di ore derivante dal rapporto tra la retribuzione di risultato annuale ed un valore divisore pari a 40.

La retribuzione di risultato annuale è calcolata come media pro-capite aziendale. Ad esempio se un'azienda conta 995 dirigenti ed una disponibilità del fondo di risultato di 865.367 Euro, da cui deriva una quota media di 870 euro per dirigente, saranno compensabili con l'indennità di risultato massimo 22 ore annue (870:40). Oltre alle ore eccedenti con l'entrata in vigore del nuovo CCNL non verranno più perse le ferie maturate in caso di trasferimento presso altra azienda. Le ferie "seguiranno" il dirigente.

Il dirigente avrà diritto ad assentarsi dal servizio, nei limiti di 8 giorni all'anno in caso di partecipazione anche on-line a convegni, congressi o corsi di aggiornamento; la modalità di formazione on-line non era prevista nel precedente CCNL.

La distribuzione e l'articolazione dell'orario di lavoro dovrà essere improntata ai criteri di flessibilità in particolare per i dirigenti in situazione di svantaggio personale, sociale e familiare.

Nel trattamento economico del dirigente con rapporto di lavoro a impegno orario ridotto, indennità di esclusività rimane riconosciuta in misura intera e questo favorirà le colleghe in difficoltà familiare.

Le aziende sanitarie presso le quali gli specializzandi sono assunti ne garantiscono il tutoraggio, ma si ricorda che per l'Area Radiologica solo l'acquisizione del diploma di specializzazione rende idonei all'attività con radiazioni ionizzanti.

Il contratto riconosce incrementi a regime del 4.5%, corrispondenti a un beneficio medio complessivo di circa 290 euro/mese, per 13 mensilità, distribuito in maggior parte sulla componente fondamentale del trattamento economico.

Viene incrementato, da 60 ad 80 Euro lordi, ulteriormente incrementabili in sede di contrattazione decentrata, il compenso orario per l'attività libero-professionale intramuraria richiesta dall'azienda al dirigente. Il valore economico minimo per ogni turno di guardia notturna effettuata al di fuori dell'orario di lavoro è stata elevata da 480 a 640 Euro / lordi. Il turno di servizio di guardia della durata inferiore alle 12 ore, ma della durata superiore od uguale a 6 ore, dovrà essere retribuito proporzionalmente all'indennità prevista per il turno di 12 ore.

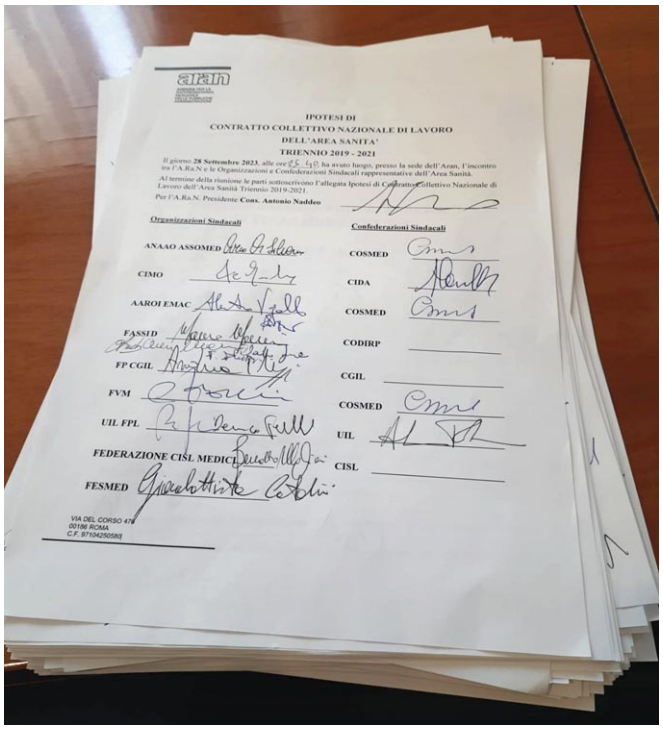
La delegazione FASSID con il Presidente ARAN Naddeo

Claudio Guerra firma il CCNL

A decorrere dal mese successivo alla data di sottoscrizione del CCNL 2019-2021, la tariffa oraria per il lavoro straordinario in caso di chiamata nei turni di pronta disponibilità sarà rideterminata in: € 28,72 per lo straordinario diurno non festivo, € 32,33 per lo straordinario notturno o festivo, € 37,14 per lo straordinario notturno-festivo.

Tali compensi si sommeranno ad una indennità oraria di euro 2,00 lorde, elevabile in sede di contrattazione integrativa.

Nel testo del CCNL 2019-2022 viene ribadito che a tutti i



dirigenti, anche neoassunti, dopo il periodo di prova, deve essere conferito un incarico dirigenziale.

Per i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità, il procedimento di valutazione dovrà essere avviato almeno 30 giorni prima della maturazione del quinquennio e dovrà concludersi immediatamente dopo tale maturazione.

Entro e non oltre sessanta giorni dall'avvenuta predetta verifica e valutazione l'incarico dovrà essere conferito. Relativamente agli incarichi professionali e gestionali sono stati rideterminati, con decorrenza dal 31.12.2021, i valori annui dell'indennità di posizione (tabella 3).

È stato rideterminato anche il valore minimo di retribuzione di posizione minima complessiva, così detta clausola di garanzia. Con decorrenza dal 1.1.2021 è stato infine rideterminato anche il valore annuo dell'indennità di esclusività (tabella 5).

Una bozza contrattuale che all'inizio della trattativa sembrava onestamente pessima ed addirittura peggiorativa rispetto al precedente CCNL si è trasformata in una discreta pre-intesa contrattuale con le novità normative introdotte. ■

Incrementi tabellari FASSID			
Anno	Euro	Mensilità	Totale
2019	83	13	1079
2020	129	13	1677
2021	135	13	1755
2022	135	13	1755
2023	135	13	1755
2024	135	2 (?)	270

FASSID Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

UNA TANTUM : 1430 EURO
(riconosciuta in unica soluzione al personale in servizio e retribuito alla data del 31 dicembre 2021, con rapporto di lavoro esclusivo)

Indennità di specificità medico-veterinaria (rideterminata dal 31.12.2021) FASSID			
Anno	Euro	Mensilità	Totale
2022	52,76	13	685,88
2023	52,76	13	685,88
2024	52,76	2(?)	105,52

Indennità di specificità sanitaria (istituita dal 31.12.2021) FASSID			
Anno	Euro	Mensilità	Totale
2022	106,26	13	1381,49
2023	106,26	13	1381,49
2024	106,26	2(?)	212,52

Tabelle 1 e 2. Tabelle per il calcolo degli arretrati sulla base degli incrementi tabellari e degli incrementi dell'indennità di specificità medico-veterinaria. A tali incrementi vanno aggiunte le differenze retributive legate agli incrementi delle indennità di posizione e di esclusività, con decorrenza rispettivamente dal 31.12.21 e dal 01.01.21 o le differenze retributive per rideterminazione del valore dell'indennità di posizione minima complessiva (clausola di garanzia per i dirigenti non titolari di incarico), sulla base delle tabelle 3,4,5

Clausola di garanzia: variazione valore in Euro (annuo lordo, per 13 mensilità)	
Anzianità di servizio tra 5 e 15 anni	da 5000 a 5665
Anzianità di servizio tra 15 e 20 anni	da 6000 a 6600
Anzianità di servizio maggiore di 20 anni	da 7000 a 7900

Tabella 4. Rideterminazione valore minimo di retribuzione di posizione complessiva (clausola di garanzia)

Tipo di incarico gestionale		Variazione valore in Euro (annuo lordo per 13 mesi)
Incarico di direzione di struttura complessa	-area chirurgica	da 18.000 a 18.540
	- area medica, dirigenza sanitaria, dirigenza professioni sanitarie	da 17.000 a 17.510
	- area territorio, dirigenza veterinaria	da 16.000 a 16.480
Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale		da 12.500 a 12.875
Incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa		da 11.000 a 11.330
Tipo di incarico professionale		**Variazione valore in Euro (annuo lordo per 13 mesi)**
Incarico di altissima professionalità	-a valenza dipartimentale	da 12.500 a 12.875
	- articolazione interna di struttura complessa	da 11.000 a 11.330
Incarico professionale di alta specializzazione		da 6.500 a 6.695
Incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo		da 5.500 a 5.665
Incarico professionale di base		Da 1.500 a 1.620

Tabella 3. Rideterminazione retribuzione di posizione (parte fissa) a decorrere dal 31.12.2021

Tipologia di incarico	Dirigenza medica e veterinaria (valori annui lordi per 13 mensilità)	Dirigenza sanitaria non medica (valori annui lordi per 13 mensilità)
Direzione Struttura Complessa	da 18.473,29 a 23.461,08	da 18.473,29 a 23.461,08
Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN superiore a 15 anni	da 13.857,58 a 17.599,13	da 13.461,36 a 17.095,93
Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN tra 5 e 15 anni	da 10.167,99 a 12.913,35	da 5.784.38 a 7.346,16
Altri incarichi con esperienza professionale nel SSN sino a 5 anni	da 2.519,19 a 3.199,37	da 1708.05 a 2.169,22

Tabella 5. Rideterminazione indennità di esclusività, a decorrere da 01.01.2021

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202309

Negati i 15 giorni di riposo biologico per Radiologi in categoria B.

Come far rispettare questo diritto contrattuale. L'esperienza del Lazio.

Pasquale Paolantonio

Sul finale di questa lunga e calda estate 2023 si è consumata una breve e triste storia in una delle aziende sanitarie del Lazio, fortunatamente conclusasi con un lieto fine.

Visti i temi paradossali di questa vicenda non è azzardato definirla una vera e propria "commedia dell'assurdo" alla Eugene Ionesco. Protagonisti loro malgrado nove dirigenti medici radiologi in servizio presso la ASL ROMA 6 con sede ad Albano laziale.

Antefatto: i colleghi, peraltro tutti giovani under 40, richiedono di fruire dei 15 giorni di congedo per riposo biologico ma l'azienda respinge tale richiesta con un lapidario quanto inquietante messaggio del sistema di gestione delle presenze che recita: "LEI RISULTA IN ESPOSIZIONE B QUINDI NON A RISCHIO".

Fatto: i colleghi chiedono spiegazioni al direttore della UOC di radiologia Prof. Carlo Capotondi che cerca un dialogo con l'amministrazione per illustrare quello che è, di fatto, una palese incomprensione e/o errata applicazione delle norme contrattuali in materia.

Tentativo vano che si conclude dopo una serie di colloqui telefonici ed incontri con una netta presa di posizione dell'Azienda: il personale in categoria B, in quanto non esposto nei limiti previsti dalle norme, non ha diritto di fruire dei 15 giorni di riposo biologico in linea con quanto asserito dalla Corte di Cassazione con sentenza n. 14850 del 2011.

Qui la commedia assume toni grotteschi: la suddetta sentenza riguarda un contenzioso tra specializzandi e Università, scenario non comparabile a quello dei rapporti contrattuali tra dirigente medico specialista in radiodiagnostica e azienda sanitaria.

Da qui in poi tramite il delegato aziendale del SNR Nicoletta Guatelli viene attivata la consulenza legale e in 48 ore parte la diffida predisposta dal consulente legale SNR Avv. Michela Erika Rossano con cui il Sindacato chiede all'azienda il riconoscimento ai dirigenti radiologi del cosiddetto riposo biologico, indipendentemente dalla loro attribuzione alla categoria A o alla B, ai sensi dei commi 1 e 5 dell'Art. 99 CCNL.

Le norme contrattuali sono chiare: ai medici specialisti di radiodiagnostica, radioterapia e medicina nucleare nonché ai fisici sanitari spettano sia l'indennità professionale specifica di rischio radiologico pari a 103,29 euro lorde per 12 mensilità, sia un periodo di riposo biologico pari a 15 giorni consecutivi da fruirsi in unica soluzione appunto, entro l'anno solare di riferimento.

E se non bastasse il contratto, lo stesso indirizzo è confermato dalla giurisprudenza con sentenze della Corte Costituzionale n. 342/92 e della Corte di Cassazione n.14836 del 2018, secondo le quali per i medici radiologi ed i TSRM sussiste la presunzione assoluta del rischio inerentemente alle mansioni naturalmente connesse alla qualifica rivestita che vengono effettuate abitualmente in zona controllata.

Anche l'orientamento applicativo ARAN del 3.3.2016 ha chiarito che esiste una unica differenza tra personale di

radiologia e altro personale esposto alle radiazioni rispetto al congedo aggiuntivo per riposo biologico: la differenza riguarda il regime probatorio.

Per il personale della radiologia l'inquadramento nella qualifica è per contratto ricollegata ad una presunzione assoluta circa l'esposizione al rischio, per gli altri soggetti è invece indispensabile l'accertamento sulla situazione concreta tramite le valutazioni dosimetriche sintetizzate nelle categorie di esposizione al rischio A (visite mediche semestrali e riposo per rischio biologico) e B (visite mediche annuali) per cui il personale esterno alla radiologia classificato in categoria B non fruisce dei 15 gg di congedo per rischio biologico.

Pertanto è pacifico che i dirigenti medici radiologi seppur inquadrati in categoria B abbiano diritto a fruire sia dell'indennità specifica di rischio radiologico sia dei 15 giorni di congedo aggiuntivo per rischio biologico.

Finale: Il lieto fine della breve "commedia dell'assurdo" è rappresentato dal rapido dietro-front dell'amministrazione della RM 6 con formale nota di riscontro alla diffida, implicita ammissione di un errore interpretativo.

Vigilare sulla corretta applicazione delle norme contrattuali è sicuramente una delle "mission" sindacali e in questo caso, come in molti altri, SNR ha assolto a questa funzione a favore dei giovani colleghi radiologi della ASL Roma 6.

Don Milani diceva: "Ho imparato che il problema degli altri è uguale al mio, sortirne insieme è politica, sortirne da soli è avarizia".

Per questo ho ritenuto giusto raccontare di questa piccola battaglia vinta nel Lazio affinchè si comprenda la necessità politica di tutelare insieme i nostri diritti, sempre nel rispetto dei nostri doveri. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202310

SNR impugna al TAR Lazio il nuovo tariffario delle prestazioni ambulatoriali

Bruno Accarino

Il 4 agosto scorso è stato pubblicato in GU il **DM 23 giugno 2023** *"Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* recante le nuove tariffe in attuazione del **DPCM 12.01.2017** *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"*, ovvero a distanza di ben 6 anni.

Su richiesta di una vasta platea sia di erogatori che di professionisti da tutta Italia, ed a loro tutela, il SNR si è fatto promotore assieme a loro del ricorso al TAR Lazio avverso al nuovo tariffario nella parte riguardante le sole tariffe della radiodiagnostica, che sono risultate particolarmente inadeguate e penalizzanti perchè, tra le altre, non tengono affatto conto dell'impegno professionale specialistico.

Infatti già le tariffe della radiologia tradizionale sono ancora quelle del 1988!!! (es. rx torace), mentre a quelle di ecografia - che sono ancora quelle del 1991!!!, paradossalmente ad ogni prestazione è stata aggiunto il colorDoppler senza tuttavia adeguare la tariffa all'ulteriore impegno professionale richiesto.

Altrettanto dicasi per le prestazioni di TC ed RM, già ridotte nel 2012 senza adeguata giustificazione, e confermate tali nel nuovo tariffario che andrà in vigore dal 1 gennaio 2024, nonostante diverse regioni abbiano ufficialmente richiesto in Conferenza Stato/Regioni lo slittamento di alcuni mesi nell'applicazione.

Sull'argomento SNR e SIRM negli anni sono intervenuti più volte presso i Ministeri competenti fino dal 2014, senza però ottenere risultati tangibili.

Anche per questi motivi è stata presa la decisione dalla Segreteria Nazionale SNR di impugnare il provvedimento che ha portata nazionale.

Si prevede l'udienza di merito nei primi mesi del 2024.

Vi terremo informati sugli sviluppi della vicenda. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202311

Bruno Accarino

SNR INCONTRA L'ENPAM SULLA TRATTENUTA PREVIDENZIALE DEL 4% AI LIBERI PROFESSIONISTI

L'11 ottobre 2023, presso la sede dell'Ente, si è tenuta una riunione fra la Fondazione ENPAM e SNR – Sindacato Nazionale area Radiologica, con all'ordine del giorno l'obbligo contributivo del 4% a carico degli iscritti alla gestione degli specialisti esterni in regime di accreditamento. La **delegazione SNR**, assistita dagli avvocati Michela Erika Rossano Antonella Villani, ha rilevato che la riunione era stata sollecitata dal SNR con mail del 13.07.2023 (6767/SM/23/G), reiterata con pec del 14 settembre u.s. (prot.6768/AB/23/G), per **chiarire e conoscere la portata del provvedimento** comunicato al SNR in data 20 giugno 2023 via mail con la quale l'ENPAM trasmetteva *"la circolare prot. n. 96660 del 31.05.2023, con la quale la Fondazione ha informato le strutture accreditate dell'introduzione di un contributo a carico degli iscritti che beneficiano del versamento di cui all'art. 1, comma 39, legge 23 agosto 2004, n. 243."* ed informava dell'istituzione del tributo del 4%.; **ha poi evidenziato che la predetta circolare non era stata trasmessa, a differenza di altre puntualmente comunicate ai singoli iscritti, ai singoli medici specialisti, diretti interessati iscritti all'Ente**, come testimoniato dai componenti radiologi della delegazione, medici, e pertanto, iscritti all'ENPAM.

L'**ENPAM**, ha comunicato di aver dato **notizia dell'introduzione del nuovo obbligo contributivo tramite i suoi canali istituzionali di informazione** (Giornale della Previdenza dell'anno in corso); una newsletter che, fra le segnalazioni ai professionisti, conteneva anche quella relativa al contributo in esame, rimandando ad un articolo presente sul sito istituzionale della Fondazione. In primo luogo, la riforma regolamentare relativa alla gestione degli specialisti esterni è stata analizzata nel primo. Successivamente, è stata trasmessa agli Ordini provinciali un'informativa relativa alle ultime novità regolamentari licenziate dai Ministeri vigilanti, compresa quella relativa al versamento del 4%.

La **delegazione SNR** ha chiesto che venisse chiarita la finalità del disposto nuovo obbligo contributivo del 4% non introdotto con legge, ma con una modifica del Regolamento del Fondo di medicina convenzionata e accreditata dell'ENPAM.

La delegazione **ENPAM** ha affermato che l'introduzione del nuovo contributo è stata promossa ed approvata dai rappresentanti dei professionisti interessati, vale a dire dal Comitato consultivo della gestione degli specialisti esterni in regime di accreditamento che sono eletti su base regionale dagli iscritti alla gestione (art. 21 dello Statuto della Fondazione): la decisione è scaturita dalla **necessità** approntare ulteriori misure rispetto a quella adottate nell'ultimo decennio, idonee a **ridurre il deficit di bilancio della gestione e a riportare in positivo il patrimonio**, attualmente azzerato, con conseguente finanziamento delle pensioni erogate dalla gestione con la solidarietà delle altre gestioni di seguito, i Ministeri vigilanti, nella nota prot. n. 0016411 del 9.11.2012, di approvazione della modifica introdotta, hanno peraltro precisato che *"l'introduzione del metodo contributivo non risulta sufficiente al risanamento della gestione nella quale i saldi registrano valori negativi dal primo anno di simulazione"*.

Con l'ulteriore riforma dei testi regolamentari posta in essere nel **2017**, quindi, è stato previsto l'**aumento dell'aliquota contributiva a carico dei professionisti accreditati ad**

personam. In particolare, l'aliquota degli specialisti appartenenti alla **branca a visita** è stata incrementata di un punto percentuale dall'1.01.2017 fino ad arrivare, nel 2020, al **26%**: le misure adottate non hanno però consentito di risanare la gestione.

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, unitamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in sede di approvazione dei bilanci consuntivi della Fondazione relativi agli ultimi esercizi (2019, 2020, 2021) nel constare la perdurante negatività del "saldo contributi/prestazioni" della gestione degli specialisti esterni, ha ripetutamente raccomandato alla Fondazione di "effettuare un costante monitoraggio del fondo specialisti esterni, adottando ogni ulteriore proficua azione volta a riportare quantomeno in tendenziale equilibrio il risultato del medesimo" (note Ministero del lavoro e delle politiche sociali prot. n. 13787/2020, n. 8422/2021, n. 8727/2022). In tale contesto, l'introduzione del contributo del 4%, insieme all'aumento dell'aliquota contributiva a carico degli specialisti esterni accreditati ad personam delle branche a prestazione, entrambe approvati con la delibera n. 64/2022, assolve alla funzione di concorrere alla riduzione del disavanzo economico della gestione e a migliorare l'adeguatezza delle prestazioni pensionistiche future dei professionisti.

La delegazione SNR, ha chiesto di avere **copia dei documenti citati** dalla delegazione ENPAM ed in particolare della nota dei Ministeri vigilanti e approvazione della stessa da parte del Ministero ed ha, inoltre, chiesto di sapere **in quanto tempo sarebbe stato ripianato il prospettato disavanzo economico**, quale sarebbe stato il presumile tempo di vigenza del contributo del 4% e secondo quali criteri l'ENPAM aveva scelto di fissare nella misura del 4% il contributo utile a tale scopo, applicando la c.d. ritenuta alla fonte.

La delegazione Enpam ha quindi, richiamato le risultanze delle **valutazioni attuariali** concernenti le modifiche degli obblighi contributivi presso la gestione specialisti esterni in regime di accreditamento con riferimento all'arco temporale di riferimento del bilancio tecnico; in particolare, ***a seguito dell'aumento dell'aliquota contributiva, il saldo previdenziale è sempre positivo fatta eccezione per gli anni 2021 e 2022 e per gli anni 2062-2068, il saldo corrente è sempre positivo fatta eccezione per gli anni 2021 e 2022 e il patrimonio torna positivo dal 2026."***

La delegazione SNR ha di conseguenza **chiesto copia anche della nota attuariale** a corredo della delibera 64/2022.

La delegazione Enpam ha riferito che il Comitato consultivo della gestione degli specialisti esterni in regime di accreditamento aveva esaminato anche la possibilità di introdurre un'aliquota contributiva crescente negli anni, a partire dal 2% per attestarsi al 4%, ma **si è scelto per la misura oggetto dell'incontro odierno** con decorrenza a partire dal fatturato prodotto nel 2023, **perché consente di ottenere in minor tempo il risanamento della gestione**.

La delegazione Enpam ha, inoltre, chiarito di essere nell'**impossibilità di quantificare l'entità del versamento dovuto dal professionista in favore della gestione specialisti esterni, in quanto i dati per calcolare il contributo del 4% sono a conoscenza esclusiva della struttura accreditata. La delegazione Enpam** ha, successivamente, evidenziato **la possibilità, grazie al versamento del 4%, di optare per l'aliquota contributiva ridotta in favore della gestione "Quota B"** del Fondo di previdenza generale. I professionisti tenuti al versamento del contributo del 4% sulla gestione degli specialisti esterni in regime di accreditamento, grazie alla titolarità di questa posizione assicurativa, possono infatti decidere di versare sulla gestione "Quota B" con l'aliquota ridotta del 50% rispetto a quella ordinaria *pro tempore* vigente, pari attualmente al 19,50%. Tale possibilità è prevista non solo con riferimento ai compensi derivanti dall'esecuzione, all'interno delle strutture accreditate, di prestazioni in convenzione con il SSN, ma riguardo al complesso dei redditi prodotti con lo svolgimento di attività libero professionale.

La delegazione Enpam ha inteso chiarire che il contributo del 4% è integralmente deducibile dal reddito imponibile fiscalmente del professionista. in favore della gestione "Quota B".

Inoltre, contestualmente alla previsione del contributo del 4%, la delibera n. 64/2022 ha anche introdotto il **"supplemento di pensione"**, che sarà erogato ai titolari di trattamento pensionistico ordinario a carico della gestione degli specialisti esterni che, dopo il conseguimento della pensione, beneficiano della contribuzione di cui all'art. 1, comma 39, della legge n. 243/2004 e sono tenuti al nuovo obbligo contributivo posto a carico dell'iscritto.

La liquidazione di tale supplemento, senza richiedere la preventiva risoluzione del rapporto di collaborazione con la struttura accreditata, sarà effettuata d'ufficio dall'Ente ogni triennio, sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento, e decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di versamento dell'ultimo contributo del triennio preso in considerazione ai fini del calcolo.

La delegazione ENPAM ha, successivamente, posto a confronto le aliquote delle pensioni a superstiti dell'Ente con quelle dell'INPS, evidenziando che i **Regolamenti ENPAM prevedono aliquote più favorevoli rispetto all'INPS** quando avente diritto è solo il coniuge oppure solo 1 figlio o 2 figli.

La delegazione SNR ha rilevato che mentre il contributo del 2% è stato previsto dal legislatore con la L. 23 agosto 2004, n. 243, tanto non è avvenuto con il contributo del 4% introdotto autonomamente dall'ENPAM.

In ogni caso, la base di calcolo del contributo previdenziale è costituita dai compensi corrisposti dal servizio sanitario, mentre la L. n. 243 del 2004, art. 1, comma 39, aggancia, invece, la base di calcolo del contributo previdenziale al diverso e inequivoco concetto del "fatturato annuo" della struttura accreditata, limitandolo però a quello prodotto esclusivamente dal corrispettivo delle prestazioni specialistiche rese nei confronti del servizio sanitario nazionale (e delle sue strutture) dai medici e odontoiatri in regime libero professionale con le dette società.

Infine **la delegazione SNR** ha chiesto che:

a. Vengano doverosamente **informati ed in maniera adeguata ed al più presto gli iscritti ENPAM, attraverso tutti i canali: es. con pec, così come avviene per la comunicazione annuale ad ogni iscritto della quota B degli importi e delle date dei versamenti da effettuarsi sul proprio conto**.
b. Le **strutture accreditate** presso le quali operano i singoli **professionisti non debbano essere onerate della riscossione del nuovo tributo del 4%**, che deve essere riscosso direttamente nei confronti dei medici specialisti tenuti ed iscritti ENPAM.
c. **Venga sospesa la richiesta per l'anno 2023 nell'attesa che i punti precedenti del presente incontro siano stati chiariti e che i diretti interessati siano coinvolti e compiutamente informati, escludendo le strutture, che nessun rapporto diretto hanno con l'ente.**

Al momento l'SNR sta valutando assieme ai propri legali, le azioni da intraprendere a tutela dei propri iscritti, e delle quali verrà data ampia e tempestiva informativa e diffusione. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202312

Claudio Testuzza

PENSIONI: giù le mani dai medici!

Anche a questo fine anno, come aveva già fatto ad inizio del 2022, il Governo si è industriato a come procedere a tagli e quindi soprattutto fare cassa sui pensionati.

Questa volta si è puntato sui trattamenti pensionistici dei medici dipendenti dal Ssn e del personale degli enti locali. Queste categorie di dipendenti pubblici erano, in passato, titolari di previdenze settoriali quali la Cassa pensioni dei dipendenti degli enti locali (Cpdel) per gli infermieri, e la Cassa pensioni sanitari (CPS) per i medici dirigenti. Queste Casse, pur essendo confluite prima nell'Inpdap e successivamente nell'Inps, hanno mantenuto alcune condizioni particolari in relazione al calcolo pensionistico.

In specie, per quanto attiene il trattamento con il metodo retributivo, ancora valevole per le anzianità maturate sino al 1996 se a quell'epoca in possesso di contribuzione inferiore di 18 anni e fino al 2011per coloro che, invece, possono vantare almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995, il sistema prevede un calcolo con aliquote più favorevoli di quelle adottate dall'Inps per i lavoratori privati.

Il sistema di calcolo retributivo dei medici ospedalieri si realizza facendo riferimento allo stipendio percepito per le anzianità di servizio maturate sino al 31 dicembre 1992 utilizzando le aliquote previste dalla Tabella A (Quota A della pensione Inps).

Dalle aliquote si evince che all'inizio della carriera si ha un coefficiente elevato di circa il 23,8% dell'ultimo stipendio, per il primo anno di servizio, con una successiva riduzione nel tempo. Condizione che consentiva, comunque, di maturare il 100 per cento dell'importo dell'ultimo stipendio con il raggiungimento dei 40 anni di contribuzione.

PERCENTUALI DELLA RETRIBUZIONE PENSIONABILE

ANNI DI CONTRIBUTI	TABELLA A DEL 1965 (%)	MODIFICHE PROPOSTE DAL 2024(%)
0	23,865	0
1	24,456	2,5
2	25,093	5
3	25,775	7,5
4	26,502	10
5	27,275	12,5
6	28,093	15
7	28,956	17,5
8	29,865	20
9	30,819	22,5
10	31,819	25
11	32,865	27,5
12	33,955	30
13	35,091	32,5
14	36,273	35
15	37,5	37,5
20	45	45
25	55	55
30	67,5	67,5
35	82,5	82,5
40	100	100

Ricordiamo che dall' 1/1/95 l'aliquota di rendimento sono state portate al 2 per cento costante per ogni anno di Servizio (Tabella B) come già era in precedenza per i dipendenti privati. Ciò consente, di conseguenza, di maturare – con 40 anni di contribuzione – il massimo dell'80 per cento dell'ultima retribuzione.

Il Governo, al fine di un recupero economico, per i prossimi anni, sul settore è intervenuto modificando la Tabella A, portando le aliquote al 2,5 per cento per anno e così facendo decadere il vantaggio delle precedenti percentuali di calcolo sino a 14 anni di contribuzione.

Poiché il sistema di calcolo previsto dalla Tabella quota A è stato interrotto a fine 1995, ormai chi va in pensione oggi beneficia solo della parte alta della tabella, cioè percentuali piuttosto elevate per periodi retributivi brevi. Infatti la modifica è stata comunque proposta per i primi quindici anni di anzianità perché oltre quelli la tabella originaria è comunque meno favorevole.

Ma cambiare le regole dal 1° gennaio 2024 significa cambiare sostanzialmente le carte in tavola di medici che hanno fatto affidamento sulle regole vigenti per calcolare la propria pensione e programmarsi la vita futura.

Molti hanno pagato riscatti considerevoli per ottenere una parte di pensione proprio con il sistema retributivo più favorevole, spesa che oggi viene vilmente annullata.

Gli assegni dei medici potranno avere un taglio anche di oltre il 20% della quota retributiva con perdite calcolabili tra i 400 e gli 11 mila euro lordi all'anno del **trattamento pensionistico futuro che si sommerà per tutti gli anni a venire con perdite complessive in molti casi superiori ai 200 mila euro.**

Da questo attentato inqualificabile è nata una forte protesta della categoria con contestazioni e scioperi che hanno costretto il Governo ad un tentativo di modifica che però risultata essere in pratica una vera e propria presa in giro.

Infatti mentre le pensioni di vecchiaia vengono, come era ovvio, salvate fino al 31 dicembre di quest'anno, per medici e infermieri (oltre che per ufficiali giudiziari e maestri) la "stretta" viene limitata solo ai pensionamenti anticipati comprensivi di quelli prodotti con ben 42 anni e 10 mesi di contribuzione per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne, al di là dell'età anagrafica.

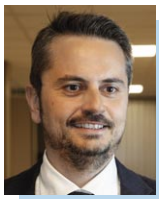
Un provvedimento soprattutto fortemente lesivo dei diritti acquisiti e necessariamente da contrastare in tutte le sedi giudiziarie sino alla stessa Corte Costituzionale che non potrà che annullarlo.

Accanto alla conferma della riduzione delle aliquote così inizialmente proposte, per i sanitari si prevede, però (!) una riduzione di un trentaseiesimo del taglio per ogni mese in più di permanenza al lavoro dalla data utile per il pensionamento **quasi si volesse barattare la perdita economia con un mantenimento in servizio all'infinito. Infatti la proposta di esimere dai tagli posticiperebbe il trattamento pensionistico a quasi 46 anni (45 anni e 10 mesi) di contribuzione!**

Con un provvedimento che farebbe impallidire la stessa Fornero. Per mantenere i risparmi previsti già dal Governo, con questa vera e propria presa in giro, viene prevista, inoltre, per tutte le pensioni anticipate una ulteriore revisione delle finestre d'uscita, già di tre mesi, con un posticipo della decorrenza di un mese se si maturano i requisiti nel 2025, di 2 mesi se si maturano nel 2026, di 4 mesi per chi li matura nel 2027 e di 6 mesi a partire dal 2028. **Facendo innalzare l'anzianità, già molto elevata, per ottenere il trattamento pensionistico dovuto.** ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202313

L'ESPERIENZA DI AZIENDE "ZERO" AD OGGI IN ITALIA: *una spesa o una risorsa?*



Claudio Guerra

Antonio Saponaro

Le Regioni italiane che hanno istituito "Azienda Zero" sono la Liguria con la L.R. n. 17 del 2016, il Veneto con la L.R. n. 19 del 2016, il Piemonte con la L.R. n. 18 del 2007, la Sardegna la L. R. n. 17 del 2016, il Lazio con la L.R. n. 17 del 2021 e la Calabria con la L.R. n. 32 del 2021.

In tutti questi casi l'Azienda Zero risponde ad un modello organizzativo costituito da enti intermedi dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e deputati a svolgere funzioni che vengono sottratte alle aziende territoriali di erogazione dei servizi sanitari per unificarle in un unico ente organizzativo: una realtà sovra-aziendale che si propone di accentrare ed unificare molte funzioni, in particolare quelle tecnico-amministrative; lo scopo è quello di rafforzare la governance dei processi organizzativi per ottenere una maggiore capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

Nelle Regioni in cui tali modelli organizzativi sovra-aziendali si sono realizzati sono sorte tuttavia una serie di criticità e di impedimenti di natura giudiziaria, politica, sindacale e finanziaria che hanno determinato blocchi o rallentamenti del sistema, con gravi ripercussioni anche sulla erogazione dei LEA.

In Piemonte, ad esempio, per decisione dell'Anac (Autorità Nazionale Anticorruzione) l'Azienda Zero non può bandire gare oltre i 500 mila euro in quanto è stata respinta la richiesta di ottenere l'accreditamento come stazione appaltante. Facile immaginare le conseguenze dell'intervento dell'Anac considerato che l'Azienda Zero è stata istituita proprio per coordinare, supervisionare e razionalizzare l'organizzazione delle Asl anche attraverso la gestione di acquisti, spese e reclutamento dei sanitari; i requisiti per diventare stazione appaltante richiedono strutture dedicate ed esperienze maturate (numero di gare già espletate dal soggetto richiedente) che probabilmente non ha potuto garantire una azienda del tutto nuova. Per evitare il blocco del sistema l'Azienda Zero dovrà farsi supportare da altre stazioni appaltanti qualificate, non potendo così realizzare la sua mission di ente in grado di attuare i piani di acquisto annuali e pluriennali di beni e servizi secondo i bisogni delle Aziende Sanitarie Piemontesi.

Il modello di un'organizzazione sovra-aziendale regionale nasce dalla Regione Veneto che, seppur considerata in molti ambiti virtuosa, è classificata al penultimo posto in Italia per gli investimenti in salute mentale. Azienda Zero ha recentemente provato a soddisfare il bisogno di salute mentale dei veneti tentando di dotarsi di psicologi assunti a tempo indeterminato: il concorso regionale espletato è stato tuttavia bloccato dal Tar che ha accolto un ricorso contro Azienda Zero. Il concorso, bandito nel Dicembre 2021 per l'assunzione di 47 psicologi, si dovrà così rifare. Nel frattempo, pur continuando a mancare psicologi (i pochi che ci sono hanno contratti a tempo determinato), la domanda nel campo della salute mentale non è diminuita anzi gli accessi alle strutture sono aumentati per gli effetti della pandemia sullo stato di salute mentale della popolazione. Questo concorso rappresentava un'occasione storica perché per la prima volta Azienda Zero metteva a bando degli incarichi per psicologi a tempo indeterminato e, non a caso, sono stati ben 2.140 gli psicologi che hanno risposto alla chiamata. Ad oggi il "costo" di questo concorso appare sempre più gravoso in quanto alle spese ordinarie, già di per sé ingenti considerato il numero di iscritti, si sommano le spese legali che sottraggono soldi della sanità pubblica che potevano essere spesi per la salute dei veneti.

Altre spese gravose per le casse della Regione Veneto sono state più volte segnalate dalla Sezione di Controllo della Corte dei Conti relativamente agli accordi assicurativi sottoscritti da Azienda Zero. Tra il 2019 e il 2021 è stato pagato un premio annuo di oltre 14 milioni di euro, ora sceso a circa 11 milioni, ma l'intesa prevede una franchigia a carico delle Aziende sanitarie locali di ben 750 mila euro; la Sezione di Controllo della Corte dei conti nel suo ultimo rapporto (poi convertito in fascicolo d'indagine) ha rilevato un notevole sbilanciamento a favore della controparte privata; mentre Azienda Zero continua a farsi carico di un premio annuo elevato (10.997.610 euro), la controprestazione a carico della società assicurativa, considerato l'importo della franchigia, riguarda i soli risarcimenti eccedenti i 750 mila euro. Tradotto in Euro tra il 2019 e il 2021, a fronte di 421 "sinistri", le assicurazioni avrebbero pagato rimborsi solo per 308 mila euro per 27 casi, mentre le Asl venete si sono fatte carico di risarcimenti per oltre 49 milioni e mezzo di euro. Impossible non chiedersi se queste scelte non siano state foriere di un danno erariale e se Azienda Zero non avrebbe potuto stipulare un accordo assicurativo con condizioni migliori.

In Liguria l'Azienda Regionale Unica (A.Li.sa) rappresenterebbe un fallimento che avrebbe "ingessato" tutte le ASL, centralizzandone le funzioni; dal mese di Maggio del 2021 A.Li.sa è stata infatti destrutturata come centrale unica degli acquisti; la funzione di centrale regionale di acquisto è stata ricondotta alla stazione unica appaltante della Regione (Suar) che si articola in diverse centrali di committenza per la stipula di convenzioni per l'acquisto di forniture e servizi o per l'affidamento di lavori e di opere pubbliche strategiche.

Tra le finalità dell'Azienda Regionale Unica Ligure vi erano lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale e l'elaborazione di modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, al fine di assicurare alla persona la continuità di cura e di assistenza. Nonostante gli obiettivi specificati nella legge istitutiva di A.Li.sa il Rapporto Crea Sanità 2023 sulle performance regionali colloca la Liguria tra le sette regioni "rimandate" che raggiungono livelli di performance tra il 37% ed il 40%; la Liguria risulta bocciata in particolare sotto l'aspetto delle innovazioni, per l'assistenza domiciliare alle persone anziane e disabili, per la spesa sanitaria pro-capite oltre che per l'incidenza dei consumi sanitari sui consumi totali. Tutti gli indicatori risultano in flessione rispetto al 2019.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

Legge Regionale della Liguria n. 17 del 2016 "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria".

Legge Regionale del Veneto n. 19 del 2016 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS".

Legge Regionale del Piemonte n. 18 del 2007 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale".

Legge Regionale della Sardegna n. 17 del 2016 "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)".

Legge Regionale della Sardegna n. 24 del 2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore".

Legge Regionale del Lazio n. 17 del 2021 "Istituzione dell'Azienda regionale sanitaria Lazio.0"

Legge Regionale della Calabria n. 32 del 2021. Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale calabrese denominato "Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero".

Legge Regionale n. 57 della Liguria "Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e servizi e dell'affidamento di lavori pubblici.

In Sardegna la Legge Regionale n. 17 del 2016 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS). L'ATS nasce il 01.01.2017 dalla fusione per incorporazione delle ASL sarde e viene suddivisa in ASSL (Aree socio-sanitarie locali), macro-articolazioni organizzative della unica Azienda regionale, che corrispondono agli ambiti territoriali delle preesistenti otto Aziende Sanitarie Locali.
A distanza di pochi anni dall'istituzione dell'ATS la sanità Sarda fa un passo indietro ed abbandona l'Asl Unica. Dal 01.01.2022 in Sardegna trova applicazione la Legge Regionale n. 24 del 2020 che riordina il Servizio Sanitario Regionale ripristinando le 8 ASL sarde precedentemente incorporate nell'ATS. Un clamoroso dietrofront resosi necessario per cancellare un modello che non aveva raggiunto gli obiettivi per i quali era stato predisposto (contenimento dei costi, miglioramento delle strategie di allocazione delle risorse e della qualità dell'assistenza, eliminazione degli sprechi) generando invece una "macchina" confusa, ingolfata e ritardataria nelle risposte alle richieste di assistenza sanitaria dei cittadini sardi, produttiva di un disavanzo tra i più alti in Italia. Viene percepita quindi l'esigenza di tornare al vecchio modello delle aziende con competenza territoriale, ritenuto più vicino ai bisogni dei cittadini.
In Calabria l'Azienda Zero, nonostante i continui annunci, sembra essere ancora un progetto sulla carta, anche per le difficoltà a reclutare personale: l'ente a regime dovrebbe poter contare su circa 200 professionisti ma ne sono stati reclutati solo ancora circa un decimo del totale stimato.
In Puglia il Consiglio Regionale si appresta a discutere una proposta di legge per costituire l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Azienda Zero): la preliminare analisi tecnico-normativa ha già evidenziato alcune perplessità in ordine all'impatto economico-finanziario che avrà l'istituzione di una nuova Azienda Sanitaria in una Regione che ha un disavanzo di circa 450 milioni di Euro (bilancio 2022). La proposta di legge pugliese prevede, tra le competenze assegnate alla costituenda "Azienda Zero" il reclutamento, l'organizzazione e la gestione della mobilità della dirigenza medica e delle professioni sanitarie per le funzioni di efficienza e razionalizzazione secondo le specifiche esigenze di ciascuna ASL o AOU; nell'ambito delle attività di competenza l'Azienda Zero succederà alle ASL o alle AOU in tutti i rapporti giuridici, comunque denominati ed in particolare in tutti i contratti di lavoro in essere. Il fine ultimo per una gestione del personale medico più libera da vincoli è ottenere la possibilità di mobilitare i professionisti su uno scacchiere regionale per rispondere alle esigenze delle ASL

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

Comunicato Stampa di Azienda Sanitaria Zero (Servizio Sanitario Nazionale Regione Piemonte) del 5.7.2023: "Azienda Zero ed il nuovo codice degli appalti"

Tar Veneto – Sezione I – sentenza n. 1358/2022

Deliberazione n. 227/2022/ PRSS/Azienda Zero, Veneto (Corte dei Conti, Sezione regionale di Controllo per il Veneto, Camera di consiglio del 15.12.2022)

E. Caredda. "Sardegna. La Giunta approva la riforma sanitaria. Addio all'Ats, le Asl diventano 8". Quotidiano Sanità del 07.01.2020

D. Madeddu. "Sardegna: dal 1° gennaio entra in vigore la riforma del sistema sanitario regionale. Sanità 24, Il Sole 24 Ore, 30.12.2021

"Le Performance Regionali" CREA Sanità, XI Edizione, 2023

Consiglio Regionale della Puglia, Sezione Affari e Studi Giuridici e Legislativi, Servizio Affari e Studi Legislativi e Giuridici; Scheda di analisi tecnico-normativa (L.R. n. 29/2011) Atto Consiglio n. 832/A XI Legislatura

Consiglio Regionale della Puglia XI Legislatura Proposta di Legge Proposta di legge "Istituzione dell'Azienda generale e Sanitaria della Puglia - Azienda Zero"

Delibera di Giunta Regione Puglia n. 412 del 28.03.2023 "Analisi e valutazione della spesa sanitaria- L.R. n. 2/2011- Programma Operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa".

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

distribuite su un territorio che si estende per una lunghezza di oltre 400 Km. Un'ipotesi che va esattamente nella direzione opposta rispetto al razionale che ha ispirato il nuovo CCNL 2019-2021 Area Sanità che lega invece maggiormente i professionisti alla loro abituale sede di lavoro limitando gli spostamenti ai casi di mobilità intra-aziendale d'urgenza mentre il lavoro fuori sede non sarà previsto per gli ospedalieri. Riteniamo che l'istituzione dell'azienda regionale unica non risolverà le criticità derivanti dalle carenze strutturali degli organici in quanto le forze in campo (seppur teoricamente "dislocabili" su un territorio regionale) resteranno sempre le stesse e quindi si colmerebbero alcuni vuoti per generarne altri, accentuando il disagio lavorativo e la fuga dei medici dal SSR. Ogni volta che il perimetro della norma contrattuale sarà valicato da ordini di servizio che prevederanno lo spostamento di medici da una provincia all'altra senza ombra di dubbio sorgeranno problematiche relative alla legittimità delle disposizioni di servizio che potrebbero sfociare in una moltitudine di contenziosi.

In considerazione delle esperienze delle Regioni che hanno istituito un'azienda regionale unica e delle perplessità che le preliminari analisi tecnico-normative evidenziano nelle Regioni in cui se ne ipotizza l'istituzione riteniamo che tali modelli organizzativi possano essere produttivi di costi manageriali senza gli auspicati benefici sull'offerta di salute o sulla velocizzazione dei processi amministrativi. In molti casi l'introduzione delle Aziende Zero nei sistemi regionali sociosanitari ha generato un clima di grande confusione nell'esercizio di ruoli e funzioni con ripercussioni sulla performance delle aziende sanitarie senza tra l'altro un reale contenimento dei costi. Restano senza risposta una serie di interrogativi: come possano le aziende uniche regionali non entrare in contrasto con l'autonomia delle aziende del sistema sanitario ordinario, come si possano evitare sovrapposizioni tra i compiti assegnati alle Aziende Zero e quelli tradizionalmente attribuiti alle singole aziende, come si possano conciliare funzioni che appaiono unicamente dirette alla tenuta della contabilità con l'obiettivo dichiarato di una buona assistenza sociosanitaria all'utenza.

Il maggiore problema potenziale è proprio l'esercizio del ruolo nella governance regionale finalizzata alla gestione del SSR; l'istituzione "al galoppo" delle Aziende Sanitarie Regionali uniche è coincisa infatti in molti casi con l'esigenza di rivedere, anche più volte, il testo legislativo istitutivo approvato, con il risultato di generare dubbi nell'esercizio delle competenze degli enti coinvolti e di ritardarne l'attività. Appare inoltre chiaro che le direzioni generali delle Aziende Zero non potranno prescindere da una stretta collaborazione con organismi consultivi (esempio Veneto: Comitato dei Direttori generali di tutte le aziende della salute). Una tale necessità è, di fatto, dimostrativa della impossibile sovrapposizione delle Aziende Zero alle aziende territoriali e ospedaliere/universitarie che sono organizzate in ossequio all'atto aziendale e che programmano le loro attività secondo strumenti di pianificazione locale determinanti le politiche assunzionali, di gestione del personale, del contenzioso, di acquisto di beni e servizi, di bilancio.

In conclusione il ricorso alle aziende regionali uniche sembra essere foriero più di immobilismo e/o rallentamento che di velocizzazione ed efficientamento: per ottenere la stesso risultato che ieri si raggiungeva occupando un solo livello della governance ove è stata istituita l'Azienda Zero gli obiettivi si realizzano attraverso più livelli e gradi senza per questo guadagnare maggiori garanzie di risposte al bisogno di salute del cittadino, a fronte di bilanci che in alcuni casi evidenziano più sprechi che risparmio. L'organizzazione del sistema sanitario regionale deve preoccuparsi prioritariamente di arrivare all'individuo (Costituzione, dixit art. 32) per assicurargli le prestazioni essenziali; se davvero la medicina di prossimità rappresenterà il futuro ogni processo di centralizzazione allontana dal futuro, ma anche dagli obiettivi del presente.

Tutto questo accresce in molti di noi il desiderio che il Servizio Sanitario Nazionale possa ritornare quello che il legislatore statale decise con la sua introduzione perfezionata con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, monolite giuridico che ha reso esigibile il diritto alla salute universalmente e uniformemente su tutto il territorio nazionale: queste previsioni appaiono sempre più disattese, tant'è che oggi si constata un Paese con un'offerta assistenziale sempre più ridimensionata e disomogenea. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202314

Vincenzo De Ruvo

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: un futuro tra Pubblico e Privato?

Spesa Sanitaria Pro-capite vs PIL

Negli ultimi decenni, l'Italia ha assistito a un costante e profondo cambiamento nella struttura della sua economia e della sua società. Uno dei fattori cruciali che riflette questa trasformazione è l'incremento della spesa sanitaria pro-capite e la sua correlazione con il Prodotto Interno Lordo (PIL) del paese. Questi due parametri, che apparentemente potrebbero sembrare indipendenti, sono in realtà strettamente intrecciati e giocano un ruolo determinante nel plasmare il benessere e lo sviluppo dell'Italia moderna.

La spesa sanitaria pro-capite pubblica rappresenta la quantità di risorse finanziarie investite da uno stato nella salute di ciascun individuo all'interno di una nazione. Nel corso degli anni, questa cifra è aumentata in Italia. Questo può essere attribuito a diversi fattori, tra cui l'invecchiamento della popolazione, le aspettative sempre più alte dei cittadini riguardo all'assistenza medica ed i progressi nella tecnologia medica che spesso portano a costi più elevati.

D'altro canto, il Prodotto Interno Lordo (PIL) rappresenta il valore complessivo di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di un paese in un determinato periodo di tempo. Esso agisce come un barometro dell'attività economica complessiva e influenza direttamente la capacità di uno stato di finanziare servizi essenziali come la sanità.

La correlazione tra l'aumento della spesa sanitaria pro-capite e il PIL è profonda e bidirezionale.

Una spesa sanitaria più elevata può portare a una popolazione più sana e produttiva con riduzione dell'assenteismo sul lavoro e migliorare la qualità della forza lavoro, con conseguente aumento della produttività, contribuendo così a una crescita economica sostenibile.

Un PIL più elevato fornisce allo stato maggiori risorse finanziarie per investire nel settore sanitario. Questo può

ANNO	SPESA SANITARIA PRO-CAPITE ($)
2010	2.436
2011	2386
2012	2331
2013	2305
2014	2091
2015	2299
2016	2436
2017	2489
2018	2582
2019	2629
2020	2850
2021	301
2022	3255

Tabella 1. Andamento della spesa sanitaria pro-capite in Italia negli anni (Fondazione GIMBE)

ANNO	PIL (MILIARDI DI EUR)
2010	1.560
2011	1.545
2012	1.580
2013	1.573
2014	1.620
2015	1.620
2016	1.669
2017	1.735
2018	1.780
2019	1.846
2020	1.630
2021	1.660
2022	1.700

Tabella 2. Andamento del Prodotto Interno Lordo (PIL) italiano negli anni (AMECO)

tradursi in strutture mediche all'avanguardia, ricerca medica innovativa e miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari, beneficiando direttamente la popolazione. Inoltre, una situazione economica stabile può favorire la stabilità del sistema sanitario nel lungo periodo, evitando i rischi associati a fluttuazioni economiche improvvise.
Tuttavia, è importante sottolineare che questa correlazione non è sempre lineare.
Difatti l'aumento della spesa sanitaria dovrebbe essere accompagnato da un efficace monitoraggio dei costi e dalla garanzia che le risorse siano utilizzate in modo efficiente ed equo.
Mentre un PIL più elevato può offrire maggiori risorse, una distribuzione ineguale della ricchezza potrebbe ostacolare l'accesso universale ai servizi sanitari di alta qualità.
Dall'analisi delle tabelle sopra riportate si osserva che in Italia nell'ultimo decennio vi è stato un aumento modesto e graduale dei valori.
Ma a questo punto andiamo ad osservare come si posiziona l'Italia rispetto agli altri paesi europei?
L'esame dei dati e delle tabelle del PIL e della spesa sanitaria Pro-capite degli altri paesi europei possono darci un'idea del divario, che eventualmente, deve essere colmato per allinearci alla media europea.

Spesa Sanitaria Pro-capite e PIL: Italia vs Europa

Il Grafico 1 mostra la spesa sanitaria pro-capite dell'Italia e di alcuni paesi europei selezionati nel 2022.
È evidente che l'Italia si posiziona significativamente al di sotto di altri paesi europei in termini di spesa sanitaria pro-capite e questo divario può avere implicazioni importanti sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sulla salute della popolazione.
Anche in termini di PIL, l'Italia anche se migliorata in percentuale del 3.6 % nel 2022 (Focus n. 4/2023 dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio), si trova al di sotto in valore assoluto ad alcuni dei principali paesi europei.
Questo ha influenzato la capacità dello stato di destinare risorse al sistema sanitario e ad altri settori vitali.
In conclusione, i dati e le tabelle presentati mostrano un evidente divario della spesa sanitaria pro-capite e il PIL italiano rispetto ad altri paesi europei. È evidente che l'Italia è un paese in una fase di stagnante difficoltà economica da anni. l'Italia in Europa precede solo i paesi dell'Est (Repubblica Ceca esclusa).
E tra i Paesi del G7, di cui nel 2024 avremo la presidenza, siamo fanalino di coda con gap ormai quasi incolmabile (il Sole 24 ore), frutto della miopia della politica degli ultimi 20 anni

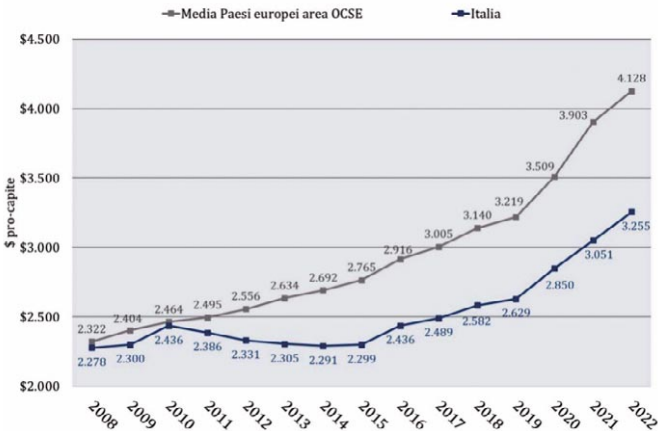


Grafico 1. Spesa Sanitaria Pro-capite in Paesi Europei dati GIMBE (2022)

PAESE	PIL (MILIARDI DI EUR)
Italia	1.720
Germania	3.930
Francia	2.930
Regno Unito	2.980
Spagna	1.520

Tabella 3. PIL in Paesi Europei (2022)

che ha tagliato e/o non investito in sanità ignorando – a differenza di altri paesi – che il grado di salute e benessere della popolazione condizionano la crescita del PIL.

Spesa Sanitaria Pubblica vs Privata

Il sottofinanziamento del SSN (Grafico 2) sta portando ad una crescente deviazione verso il sistema sanitario privato.
Mentre il sistema sanitario pubblico italiano è da sempre una pietra angolare della società, crescenti segnali indicano un interesse crescente verso l'opzione privata per le cure mediche da parte dei cittadini e delle loro famiglie, out of pocket. (Grafico 3.)
Anche la spesa sanitaria privata assicurativa è in costante aumento in Italia, come esposto in un documento edito nell'aprile 2023 di "Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute" della Banca d'Italia, il che riflette la consapevolezza nel cittadino medio italiano dell'importanza dell'accesso immediato alle cure mediche e del crescente senso di insicurezza.
In questo quadro alcune multinazionali nel settore dell'assistenza sanitaria, capita la difficoltà del SSN, stanno mostrando un interesse crescente nell'investire in Italia (Report

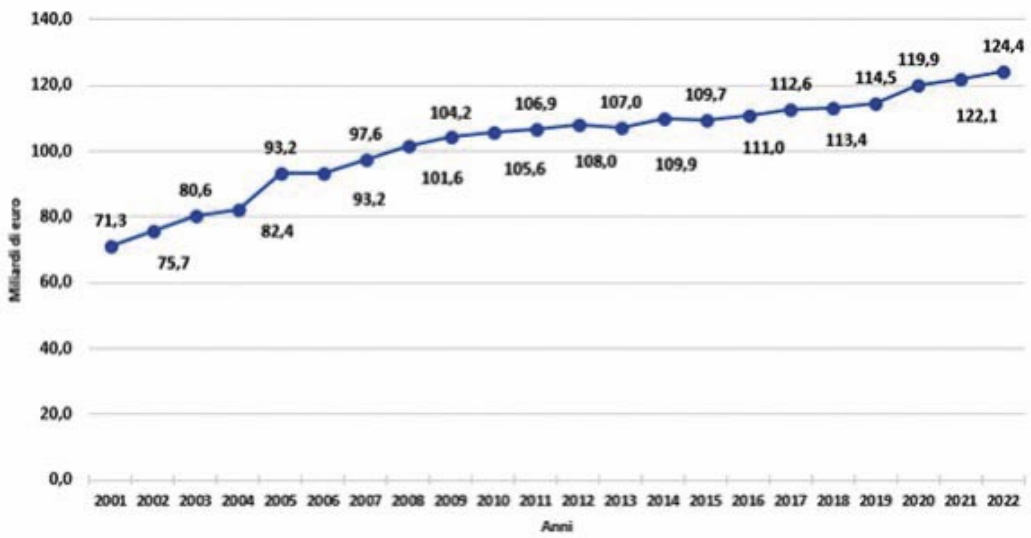


Grafico 2. Andamento del Fondo Sanitario Nazionale in Italia (2010-2022) (elaborazione Ministero della Salute su dati normativa)

Grafico 3. Trend Rapporto Spesa Sanitaria

Grafico 4. Reddito Medio Italiano (2000-2022)

I-Com_Salute e competitività_15 11 2022), un paese con un sistema sanitario avanzato e una crescente domanda di servizi di qualità ed una delle sfide normative future sarà nell'assicurarsi che tali investimenti siano sostenibili ed anche centrati sul miglioramento delle cure per tutti i cittadini e non sul solo profitto. Purtroppo tutto questo è avvenuto senza che vi sia stata un aumento proporzionale e contemporaneo del reddito medio italiano. Il Grafico 4 illustra l'evoluzione del reddito medio in Italia negli ultimi anni.

Queste tendenze sollevano domande importanti sulla direzione in cui si sta dirigendo il sistema sanitario nazionale e le implicazioni che potrebbe avere per i cittadini e preoccupazioni riguardo all'accesso equo alle cure.

Chi potrà permettersi trattamenti privati potrà godere di vantaggi immediati ed efficaci coloro che non potranno vedranno ridursi le loro aspettative sia di salute che di vita e questo potrebbe creare ulteriori disuguaglianze economiche e tensioni nella società.

Un difficile punto di equilibrio

Dunque il nostro Paese ha urgente bisogno di invertire la rotta con nuove risorse economiche e segnali legislativi visibili altrimenti sarà l'addio al diritto costituzionale alla tutela della salute. Trovare rapidamente l'equilibrio tra il sistema sanitario pubblico, adesso anche in sofferenza di risorse umane, e quello privato è cruciale per garantire un accesso equo e di qualità alle cure mediche.

Un sistema pubblico forte e correttamente finanziato è fondamentale per la copertura universale e l'accesso ai servizi d'**urgenza** e di **gestione delle Malattie Croniche** per tutti i cittadini, indipendentemente dal loro background finanziario. Allo stesso tempo, l'opzione privata può essere utile per coloro che desiderano una gamma più ampia di opzioni mediche o che cercano trattamenti immediati e consulenze specialistiche senza lunghe attese.

Solo un'EQUILIBRATA combinazione di servizi pubblici e privati **correttamente normata e regolamentata** può contribuire a garantire una salute ottimale per l'intera popolazione. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202315

UN ANNO DI AIRO

Cinzia Iotti

Nell'anno 2023, in linea con la strategia del mandato presentata nel 2022, sono state portate avanti le azioni tese a valorizzare e sostenere la disciplina, favorire l'aggiornamento continuo, promuovere la ricerca, migliorare la comunicazione e la condivisione, e stimolare la partecipazione alla vita societaria. A prima documentazione di quest'ultimo punto è il numero di associati, che nel 2023 ha raggiunto i **1030**.

Le tre C**ommissioni permanenti** di AIRO, quella **Scientifica** guidata da **Pierluigi Bonomo** e quelle aggiunte nel 2022 per la **Formazione** e per le **Linee Guida**, coordinate rispettivamente da **Barbara Jereczek** e **Rolando D'Angelillo**, hanno proseguito la loro attività, più avanti descritta. A sostegno dell'attività formativa e di produzione di linee-guida è assegnato un fondo.

In merito al rapporto con le istituzioni governative, AIRO ha rinnovato il suo impegno per l'aggiornamento del DM 70 e del DM 77. In particolare è stata sottolineata la necessità di rivedere, nel DM 70, i criteri di assegnazione di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali sulla base del bacino di utenza e le disposzioni sulla (non) assegnazione di posti letti ai reparti di Radioterapia e, per quanto riguarda il DM 77, di prevedere il coinvolgimento del radioterapista oncologo nella rete delle cure palliative e nell'équipe multiprofessionale per la presa in carico dei pazienti oncologici sul territorio.

È stato presentato al Ministero della Salute un documento in cui si tracciano i 4 punti fondamentali su cui si chiede un intervento e di cui si riporta il testo:

1. **Programmazione oncologica nazionale:** La radioterapia insieme alle terapie chirurgica e farmacologica è il cardine della cura oncologica. In questo senso è necessario che AIRO sia inclusa in tutti i tavoli di programmazione oncologica dall'inizio dell'attività. Questo rende più vicina la pianificazione nazionale alla realtà quotidiana dei team multidisciplinari.
2. **Programmazione apparecchi radioterapia:** In questi anni c'è stato un grande rinnovamento delle apparecchiature (81 con il solo PNRR), ma le macchine per radioterapia in Italia sono oltre 400 e la loro obsolescenza è un processo continuo che richiede una risposta continuativa. Allo stesso tempo c'è il rischio che le più moderne apparecchiature siano di utilizzo delle regioni più 'virtuose' o dei centri con maggiore possibilità

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

d'investimento. AIRO propone di creare un tavolo permanente che possa collegare un monitoraggio e una pianificazione a medio-lungo termine nazionale con le varie regioni.

3. **Nomenclatore e LEA:** Attualmente la codifica dei trattamenti è per singola prestazione senza alcun riferimento alla patologia trattata, alla complessità dei trattamenti e alla finalità degli stessi. La commissione LEA ha approvato in luglio 2023 una nuova formulazione del nomenclatore, a pacchetti prestazionali, più appropriata a rappresentare l'attività radioterapica e la sua complessità. Contestualmente AIRO ha proposto che sia fornita la possibilità di associare anche il codice di diagnosi e l'intento terapeutico (curativo o palliativo). Chiediamo che sia promosso l'iter per rendere operativo nel minor tempo possibile il nuovo sistema. La sua applicazione consentirà di estrarre dati importanti sull'attività radioterapica a livello nazionale e regionale, utili anche al fine della programmazione sanitaria.
4. **Organico personale sanitario:** La radioterapia oncologica rischia, per il minimo afflusso alle scuole di specializzazione e l'impossibilità di eseguire la professione se non all'interno di grandi strutture, di assistere nei prossimi anni a una diminuzione del personale medico specialistico, a fronte oltretutto di un atteso incremento delle indicazioni al trattamento radiante. Occorrerebbe quindi includere anche la professione di radioterapista oncologo tra quelle che necessitano di essere rese più attrattive (come per l'emergenza-urgenza, l'anatomia patologica, la medicina nucleare), ad esempio mediante incentivi economici.

In merito alla carenza di specializzandi nella disciplina radioterapica, per stimolare l'interesse dei futuri medici, per la prima volta AIRO ha offerto a 50 laureandi del 4°- 6°anno di Medicina e Chirurgia di partecipare gratuitamente al congresso nazionale. L'adesione è stata alta.

È stato presentato il progetto **SUPER (System for sUrvey on radiotheraPy trEatments and data stoRage and analysis)**, finanziato da AIRO, che avrà inizio in gennaio 2024. Il progetto ha lo scopo di raccogliere informazioni - di cui AIRO attualmente non dispone - sulle risorse tecnologiche e umane in dotazione ai nostri centri di Radioterapia e sull'attività svolta. Sono informazioni di cruciale importanza perché richieste dal Ministero della Salute, in occasione degli incontri finalizzati ad ottenere le risorse di cui la disciplina necessita, ed anche dai media a cui ci si rivolge per promuovere la Radioterapia. Il progetto SUPER non si propone di delineare le caratteristiche dei singoli centri ma di procurare dati generali riguardanti l'intero territorio nazionale, su cui saranno effettuate analisi ed elaborazioni statistiche. Il progetto si svolgerà su 3 anni, mediante la compilazione di un questionario con articolazione di livello progressivo dal primo all'ultimo anno. La raccolta dati sarà anonima. Il risultato dell'analisi e dell'elaborazione sarà a disposizione dei soci.

Il **Congresso Nazionale AIRO 2024**, avrà come titolo **"Curare per Guarire"**, si terrà a Milano il 21-23 giugno e sarà il **primo Congresso congiunto con SIRM e AIMN**. Dell'organizzazione del congresso si occuperà AIRO servizi, che allo scopo si è dotata della consulenza di persona competente nei servizi di marketing e di un comitato tecnico-organizzativo dedicato all'evento. La parte scientifica del congresso è affidata alla commisione scientifica e al Prof. Magrini, coordinatore del programma congressuale congiunto SIRM/AIRO/AIMN.

La carica di **Probiviri** è stata rinnovata: a partire dall'1/1/2024 **Stefano Magrini**, **Vittorio Donato** ed **Elvio Russi** subentreranno a Filippo Bertoni, Giampaolo Biti e Giovanni Mandoliti. Sono stati rinnovati i coordinamenti dei Gruppi di Studio: Neuro-oncologico: **Silvia Scoccianti**, Testa-Collo: **Elisa D'Angelo**, Polmone: **Paolo Borghetti**, Mammella: **Edy Ippolito**, Gastrointestinale: **Rita M. Niespolo**, Uro-Oncologico: **Ciro Franzese**, Re-Irradiazione: **Daniela Alterio**, Cure Palliative: **Costanza Donati**, Ginecologia: **Vitaliana De Sanctis**, Radioterapia interventistica: **Bruno Fionda**, Radioterapia Metabolica: **Federica Vianello**, Malattia Oligometastatica: **Mauro Loi**, Trattamenti Ablativi non Oncologici: **Mario Levis**.

Sono state effettuate le ELEZIONI per il rinnovo di 3 Consiglieri per il triennio 2024-2026 e per la nomina del Presidente Eletto. Sono stati eletti **Consiglieri**: **Liliana Belgioia**, **Giulio Francolini** e **Francesco Dionisi**. **Presidente Eletto**: **Stefano Pergolizzi**. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202316

LA COMMISSIONE SCIENTIFICA

Pierluigi Bonomo

Dal 27 al 29 Ottobre 2023, si è svolto a Bologna Il XXXIII Congresso Nazionale AIRO, dal titolo "Radioterapia Oncologica: l'evoluzione al servizio dei pazienti". Pur costituendo come noto una terapia storicamente impiegata nella cura del cancro, negli ultimi 20 anni si è assistito ad una evoluzione crescente della radioterapia, in termini di sviluppo e precisione tecnologica, di progresso delle conoscenze biologiche e di ampliamento delle indicazioni cliniche, sia in ambito curativo, come modalità a sè stante od in combinazione a chirurgia e terapie sistemiche, sia in ambito palliativo.

"Fil rouge" del programma scientifico di quest'anno è stato rappresentato da un focus ampio sull'evoluzione della disciplina e sulla centralità del paziente – radioterapia come strumento integrale alla "patient-centered" care oncologica. In modo simile al Congresso 2022, 770 persone hanno partecipato ai 3 giorni congressuali, con un totale di 505 contributi accettati. Il programma scientifico di quest'anno è stato caratterizzato da 8 sessioni educazionali ("Airo Mattina"), 6 sessioni di dibattito ed approfondimento condivise dai Gruppi di Studio di patologia, 4 simposi di "ampio respiro", 6 laboratori interattivi, ed infine 10 sessioni di comunicazioni orali selezionate e discussione poster.

Inoltre, sono state per la prima volta introdotte due sessioni plenarie di comunicazioni orali selezionate, volte ad evidenziare i migliori abstracts accettati.

Preceduta, come di consueto, dal Congresso Airo Giovani e dalle riunioni di lavoro dei 13 Gruppi di Studio di patologia, l'apertura dei lavori scientifici di quest'anno è stata affidata ad un grandangolo in radioterapia oncologica di elevato profilo scientifico: 4 esperti internazionali italiani (Prof.ssa Jereczek, Prof. Meattini, Prof.ssa Ramella, Prof.ssa Gambacorta) hanno presentato le ultime evidenze nel tumore prostatico, mammario, polmonare e colorettale, rispettivamente, e la loro ricaduta in pratica clinica.

Nelle sessioni "inter-gruppo", sono state affrontate tematiche di attualità, quali il ruolo crescente della radioterapia stereotassica nelle metastasi vertebrali, il ricorso alla profilazione genomica in radioterapia, l'impatto del microbiota (sessione coordinata dal Direttivo dell'Associazione Italiana di Radiobiologia, AIRB, Presidente Prof.ssa Marta Scorsetti), l'integrazione tra radioterapia ed immunoterapia, lo stato dell'arte sulla radiochirurgia encefalica ed infine l'utilizzo di differenti tecniche di trattamento per casi complessi in ginecologia oncologica.

Nell'ambito del simposio "Equo accesso alle cure in radioterapia", abbiamo avuto il piacere di ospitare esponenti dell'Associazione Italiana di Tecnici Sanitari di Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria (AITRO) ed Associazione Italiana Infermieri di Radioterapia Oncologica (AIIRO) che sono intervenuti per condividere riflessioni su una tematica così rilevante per gli scenari futuri di trattamento dei malati oncologici. Inoltre, la discussione è stata arricchita dagli interventi di rappresentanti di associazioni dei pazienti quali la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) ed Associazione Nazionale Donne Operate al Seno (ANDOS).

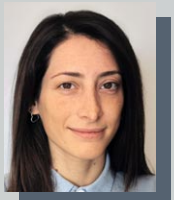
I restanti simposi di "ampio respiro" sono stati focalizzati su altri aspetti estremamente interessanti ed attuali per la nostra disciplina, quali "Quando l'indice terapeutico è ai limiti: gestione e comunicazione", "Il paziente anziano: personalizzazione del trattamento" ed infine "Radioterapia di precisione: uno sguardo al futuro".

La chiusura del congresso è stata impreziosita dal saluto dei Presidenti AIRO (Dr.ssa Cinzia Iotti e Prof. Marco Krengli, quest'ultimo Presidente Eletto), SIRM (Prof. Andrea Giovagnoni) e AIMN (Prof.ssa Maria Luisa De Rimini), in vista del primo Congresso congiunto delle Società Scientifiche dell'Area Radiologica dal titolo "The Next Generation" che si terrà a Milano dal 20 al 23 Giugno 2024: un appuntamento imperdibile che si preannuncia di grande interesse e richiamo scientifico! ■

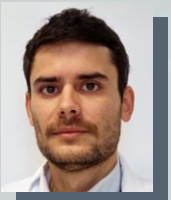
http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202317

LA COMMISSIONE PER LA FORMAZIONE

Barbara Jereczek-Fossa



Roberta Grassi



Matteo Sepulcri

Gent.mi Soci, di seguito troverete elencate le attività svolte dalla Commissione per la Formazione, relative all'anno che si sta concludendo.

Membri componenti: coordinatrice la Prof.ssa Barbara Jereczek-Fossa (Consigliere Gruppo Terapie Ablative nelle patologie non oncologiche), vice-coordinatrice la Prof.ssa Michela Buglione di Monale (membro CD AIRO, Commissione Scientifica e referente per i Gruppi di Studio), Dott. Elvio Russi (referente AIRO Servizi), Dott. Alessio Bruni (Coordinatore Gruppo di Studio Polmone 2022-2023), Dott. Matteo Sepulcri (Consigliere Gruppo di Studio Polmone 2022-2023), Dott.ssa Roberta Grassi (Consigliere Airo Giovani 2023-2026), Dott. Giulio Francolini (Consigliere Gruppo di Studio Re-irradiazione 2022-2023).

Durante l'anno si sono svolte tre riunioni per via telematica, il 15/03/2023 - 12/07/2023 – 06/09/2023 ed una riunione in presenza a Bologna il 27/10/2023, in occasione del XXXIII Congresso Nazionale AIRO.

Procede l'elaborazione, la condivisione tramite la "Mail del lunedì" e la pubblicazione sul sito AIRO delle pillole di Letteratura, grazie alla collaborazione attiva dei Gruppi di Studio AIRO. Da febbraio a settembre 2023, sono state pubblicate 10 pillole rivolte ai soci. In fase di stesura la pillola n°11, di pertinenza urologica.

Per un più rapido accesso ai contenuti online promossi dalla "Mail del Lunedì" basterà cliccare sul link presente nella mail (non sarà più necessario effettuare il login alla pagina del sito AIRO).

Dall'Ufficio Stampa è arrivata la richiesta di poter usufruire di una delle pillole di Letteratura ad uso divulgativo, per aiutare ad avere una maggiore visibilità, far conoscere la Radioterapia ai pazienti, nella speranza di dissipare qualche incertezza e/o diffidenza e ad avvicinare i colleghi medici e i futuri specializzandi alla nostra disciplina.

La pillola numero 7 (risultati a 15 anni del ProtecT trial) è stata pertanto sintetizzata e rielaborata in modo che il messaggio potesse essere fruibile anche a personale non medico e, previo consenso da parte del CD AIRO, è stata inviata a all'Ufficio Stampa per la pubblicazione.

I Webinar "I venerdì dell'AIRO" proposti per l'anno 2023 sono stati 27, per un totale di 119,10 ECM.

La partecipazione è stata numerosa, con un totale di 3020 presenze e 1761 attestati ECM. L'indice di gradimento dei webinar da parte dei soci è stato elevato (voto medio 4/5).

Si ricorda che le registrazioni dei webinar, saranno disponibili sul sito AIRO per i 12 mesi successivi.

Quattro eventi (di cui una FAD asincrona)) sono stati valevoli anche per l'acquisizione di crediti ECM in termini di radioprotezione necessari nel computo totale dei crediti ECM annuali e triennali.

Si ricorda infatti che i crediti in quest'ultima materia devono rappresentare almeno il 10 % dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia, i tecnici sanitari di radiologia medica, gli infermieri e gli infermieri pediatrici. I crediti ECM sulla radioprotezione devono corrispondere inoltre al 15% dei crediti complessivi previsti nel triennio per gli specialisti in fisica medica e per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare.

In merito alla FAD asincrona di radioprotezione, attualmente disponibile sul sito, resta aperta fino al 29-02- 2024.
Come nel 2022 anche nel 2023 è stato perseguito l'obiettivo della multidisciplinarietà, coinvolgendo nei webinar altri specialisti e figure professionali.

A tal proposito 2 delle 3 FAD asincrone proposte per il 2024 vedranno la partecipazione di AIFM ed AITRO.

Di seguito elencati gli argomenti scelti:

1) IGRT: impatto di dose al paziente e metodi di ottimizzazione delle metodiche di IGRT per ridurre la dose di esposizione, aspetto radioprotezionistico e clinico. Con la partecipazione AIRO/AIFM/AITRO.

2) Il rischio clinico e i metodi di gestione dell'errore in radioterapia (incident reporting e metodi proattivi). Con la partecipazione di AIRO/AIFM/AITRO. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202318

LA COMMISSIONE LINEE GUIDA

Rolando Maria D'Angelillo

AIRO ha partecipato alla stesura di 24 Linee Guida ad oggi pubblicate sul Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità. Nel 2023 ha organizzato due corsi di formazione metodologica sul metodo GRADE per la stesura delle Linee Guida. ■

In Memoriam

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202319

RICORDO DEL DOTT. LUCIANO ARMAROLI

Il 21 ottobre 2023 è mancato il dr. Luciano Armaroli. Ha diretto il reparto di Radioterapia di Reggio Emilia dal 1985 al 2008. Ma non è per questo che merita un tributo. Luciano Armaroli è stato molto di più di ciò che può essere espresso dal suo ruolo. Perché la Radioterapia di Reggio Emilia lui l'ha fatta crescere e l'ha resa un gioiello. Se oggi Reggio può contare su un reparto bellissimo ed accogliente ed in grado di offrire le migliori terapie su cui un paziente può contare è grazie a lui che ne ha solcato le fondamenta. Luciano è stato un pioniere, precursore dei tempi. Potrei darne tanti esempi. Ma mi limiterò a citarne alcuni, che hanno profondamente cambiato la Radioterapia di Reggio Emilia. Con la sua determinazione e cercando instancabilmente sostegno in ogni direzione possibile ha fatto sì che un misero e piccolissimo reparto, accolto in un budello cupo degli scantinati e fatto di una cobalto, una roentgen e un solo ambulatorio/studio, guadagnasse in una nuova struttura luce spazi e tecnologie allo stato dell'arte. Quando si è realizzato questo passaggio, nei primi anni 90, ha ostinatamente voluto che la freddezza e l'asetticità che contraddistinguevano a quel tempo gli ambienti ospedalieri si trasformassero in colore e calore, con quadri sculture murales e acquari. "Scienza e Arte" era il suo motto. Nel 1999 fu pubblicato su Lancet un suo breve testo dal titolo "Technology and art against cancer" che raccontava un pensiero che solo molti anni dopo sarebbe stato comune a tanti altri (e bisogna arrivare al 2019 per vedere l'avvio del progetto "Arts and Health" dell'OMS). Credeva fortemente nell'innovazione e nei progressi della radioterapia. Nel 2001 ha promosso l'introduzione della IMRT nella pratica clinica del suo reparto: non se ne è occupato lui in prima persona ma ha accettato la sfida e ha dato fiducia ai suoi collaboratori. Sarebbero passati anni prima che altri - in Italia e non solo - facessero le stesse cose.

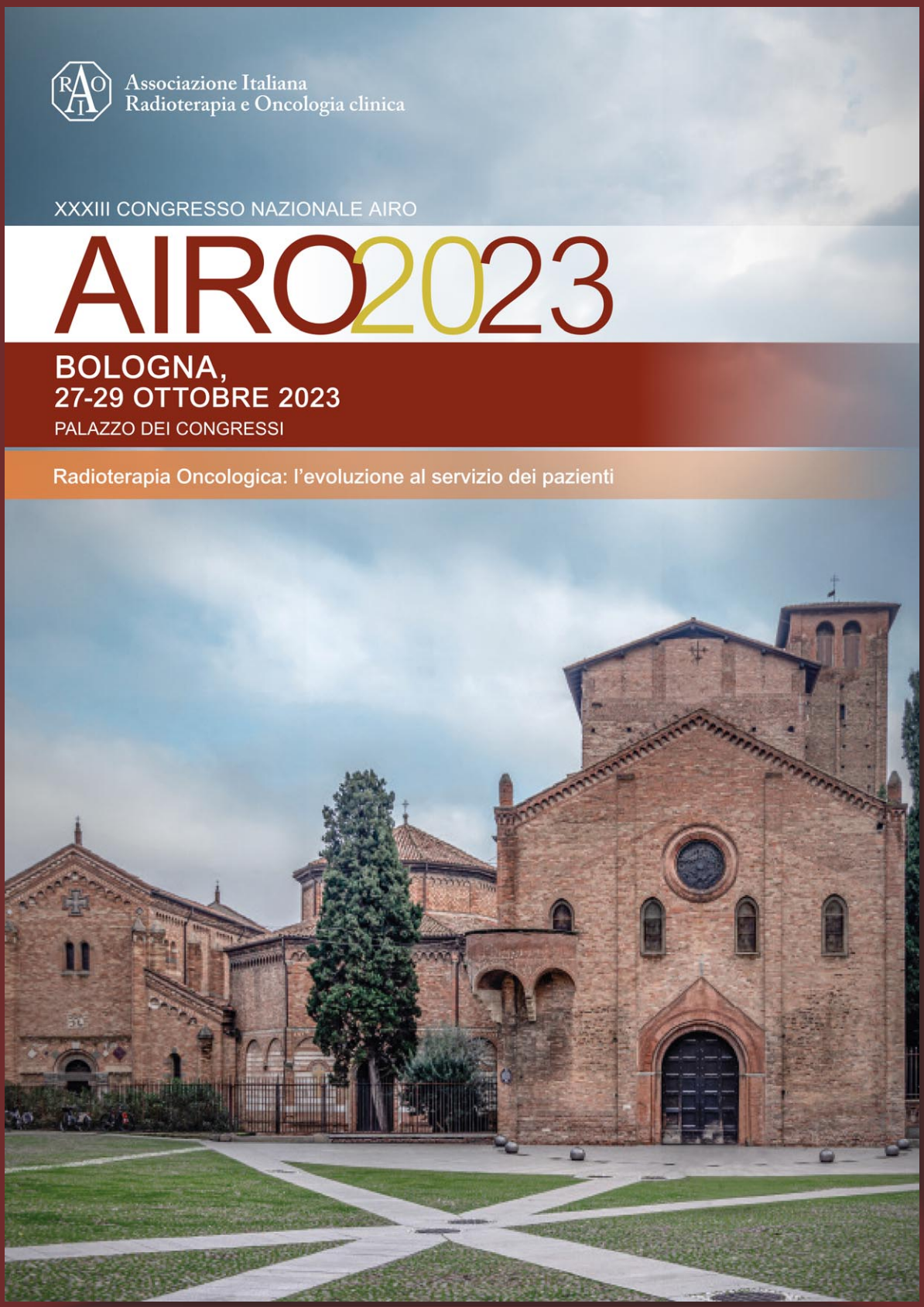
Ha saputo parlare alla gente e convincerla dell'importanza della radioterapia e della donazione per sostenerla. Un'impresa difficile ma in cui lui è stato incomparabile.

Luciano Armaroli aveva una grande visione: l'ha sostenuta con tenacia e l'ha realizzata. Innovatore, carismatico, affabulatore, appassionato, impetuoso e combattivo, seducente ma anche pungente e intransigente, impegnato allo spasimo a difendere i suoi principi, nella sanità come nella società. Non ha mai fatto sconti a nessuno, e nessuno ne ha fatti a lui. Così io ricordo Luciano Armaroli, il mio Maestro.

Io, il mio gruppo e chiunque abbia bisogno delle nostre cure gli dobbiamo moltissimo. La sua impronta è ancora in ogni parte: in ogni angolo del reparto e dentro di me. Sarà così sempre perché ciò che ha seminato ha radici profonde e non smetterà mai di crescere. ■ *Cinzia Iotti*

XXXIII CONGRESSO NAZIONALE AIRO

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202320



Risultati Elezioni AIRO 2023

PRESIDENTE ELETTO

STEFANO PERGOLIZZI

CONSIGLIERI AIRO NAZIONALE

LILIANA BELGIOIA

GIULIO FRANCOLINI

FRANCESCO DIONISI

Momenti del Congresso

Assemblea

Da sinistra: il Prof. Krengli, la Dott.ssa Iotti e il Prof. Pergolizzi

Studenti di Medicina

I Premiati

Premio Elekta
Dr.ssa Luisa Caprara – Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Università di Firenze - ARTO (NCT03449719), STUDIO DI FASE II RANDOMIZZATO SULLA RADIOTERAPIA STEREOTASSICA IN ASSOCIAZIONE AD ABIRATERONE NEI PAZIENTI CON CANCRO DELLA PROSTATA OLIGOMETASTATICO RESISTENTE ALLA CASTRAZIONE.

Premio Elekta
Prof. Stefano Ursino – Università di Pisa - OUTCOMES DEGLUTITORI SOGGETTIVI E OGGETTIVI DOPO RADIOTERAPIA AD INTENSITA' MODULATA CON RISPARMIO DEGLI ORGANI DELLA DEGLUTIZIONE NEI TUMORI DEL DISTRETTO TESTA E COLLO: RISULTATI DEFINITIVI DI UNO STUDIO PROSPETTICO DEL GRUPPO DI STUDIO TESTA COLLO DELLA SOCIETA' ITALIANA DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA.

Premio Elekta
Dr.ssa Camilla Satragno – Università degli Studi di Genova - ALOPECIA PERMANENTE DOPO IRRADIAZIONE CRANIOSPINALE NEI PAZIENTI SOPRAVVISSUTI A TUMORE CEREBRALE IN ETÀ PEDIATRICA: ANALISI MULTI FATTORIALE.

Premio AIRO
Dr.ssa Gabriella Macchia – Radioterapia-Responsible Research Hospital Campobasso - RADIOTERAPIA STEREOTASSICA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN PAZIENTI OLIGOMETASTAICI DA NEOPLASIA GINECOLOGICA: UN GRANDE STUDIO REAL-WORLD SU PREDIZIONE DI RISPOSTA, EFFICACIA E OUTCOMES.

Premio AIRO
Dr. Ruggero Spoto – Humanitas Rozzano - L'OMISSIONE DELLA RADIOTERAPIA NELL'AMBITO DEL PROTOCOLLO SINODAR ONE: RISULTATI DI SOPRAVVIVENZA E RECIDIVE.

Premio AIRB
Dr.ssa Giuditta Chiloiro – Policlinico Universitario "A. Gemelli" Roma - APPROCCIO TERAGNOSTICO NELLE NEOPLASIE DEL RETTO TRATTATE CON RADIOTERAPIA IBRIDA GUIDATA DALLA RISONANZA MAGNETICA: ANALISI DI SICUREZZA AD INTERIM DELLO STUDIO DI FASE II THUNDER-2.

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202321

Viola Salvastrini

AIRO GIOVANI ANNO 2023

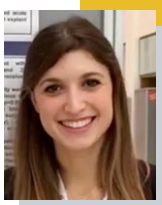
Il coordinamento AIRO giovani 2023-2024 è attualmente composto dalla sottoscritta Viola Salvestrini (nel ruolo di coordinatrice), Francesca de Felice (coordinatrice uscente), Luca Boldrini (consigliere), Giuseppe Carlo Iorio (consigliere), Roberta Grassi (consigliere) e Antonio Piras (consigliere).

Durante l'anno 2023 il gruppo AIRO giovani ha portato avanti attività quali:

1. l'implementazione della comunicazione attraverso l'impiego dei social networks del gruppo come la pagina Twitter, Facebook e web di AIRO giovani;
2. il Progetto Young, WRITING THE FUTURE TOGETHER, workshop annuale sul tema della Nutrizione nel paziente oncologico in condivisione con le società giovani di AIOM, SICO e SINPE che avrà come prossima data il 2 Febbraio 2024;
3. lo sviluppo e la condivisione della survey europea dal titolo "Attractiveness and Constraints in Radiation Oncology" circa la scelta della scuola di specializzazione in Radioterapia Oncologica condotta in collaborazione con il gruppo giovani di SFjRO, yDEGRO, yESTRO e Y-ECI ROSC;
4. la definizione dei temi e delle sessioni della mattinata AIRO giovani nel contesto del Congresso Nazionale AIRO 2023 che si è svolta con grande partecipazione in data 27 Ottobre 2023;
5. la proposta delle tematiche della sessione giovani del Congresso congiunto SIRM/AIMN/AIRO 2024;
6. lo svolgimento dell'attività di Journal Club definendo la selezione di 3 articoli per il trimestre nell'ambito delle riviste Radiotherapy and Oncology, International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics (IJROBP) e La Radiologia Medica;
7. l'ideazione e lo sviluppo di progetti e articoli scientifici circa il tema di "Time toxicity&Financial Toxicity", "AI & apps in Radiation Oncology", "Nutritional Assessment in Head and Neck cancer patients" attualmente in corso;
8. scambio di informazioni circa esperienze all'estero svolte dai colleghi afferenti al Gruppo AIRO giovani attraverso la creazione del forum "yAIRO abroad".

Il Gruppo AIRO giovani si è da sempre posto l'obiettivo di promuovere la ricerca scientifica, favorire l'aggregazione e incentivare la partecipazione attiva nella vita della Associazione di specializzandi e neo-specialisti in Radioterapia Oncologica. Il nuovo gruppo si è riunito in data 12 Dicembre 2022 per delineare obiettivi, progetti e attività del biennio 2023-2024. Successivamente sono avvenute riunioni con cadenza bimestrale (in data 31 Gennaio, 13 Aprile, 21 Giugno, 26 Settembre, 21 Novembre 2023) per l'aggiornamento e il monitoraggio periodico dei progetti in corso.

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202322



Viola Salvastrini

Young AIRO Abroad

Molto spesso, durante la formazione specialistica o nella fase post-specializzazione, è possibile svolgere un'esperienza formativa e/o di ricerca all'estero. Abbiamo quindi ritenuto potesse essere utile alla comunità di AIRO giovani creare un canale di condivisione in modo da fornire informazioni e supportare la scelta di chi vuole intraprendere questo periodo formativo. Qua di seguito vi proponiamo alcune delle testimonianze dei colleghi che hanno svolto periodi all'estero e che si sono resi disponibili a condividere la loro esperienza con tutti noi.

Dott. Giuseppe Carlo Iorio, Radioterapista Oncologo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, ha svolto il suo periodo formativo presso il Sylvester Comprehensive Cancer Center – University of Miami.

Martedì 4 Febbraio 2020, World Cancer Day. Sono atterrato da qualche giorno, ma è proprio questo il mio primo giorno al Sylvester Comprehensive Cancer Center della University of Miami.

Che coincidenza!

Ripenso a quando circa un anno prima il Professor Ricardi mi aveva ufficializzato la scelta del mio periodo "abroad"...Miami, Florida! Gratitudine e riconoscenza...gioia e soddisfazione!

Il 2019 era volato via! Un anno di countdown!

Ed eccomi al fatidico 4 Febbraio. Rileggo il messaggio di buona fortuna del Professore...e via! Si comincia!! Entusiasmo, emozione ed ovviamente un pizzico di tensione! Alle 17 in punto, terminata la prima giornata con i nuovi colleghi "residents"(Crystal, i 3 Ben, Gregory, Nirav, Jessica, Renae, David, Sarah e Will) guidato da Matthew Abramowitz ed Alan Dal Pra, stringo la mano al Professor Alan Pollack!

Lo guardo e mi chiedo: "è davvero lui?".

Lui esclama sorridendo: "Just call me Alan!".

E così è iniziato tutto...incredibile!

Le riunioni (new patients' conference e tumor boards) alle 6.30 in punto (che botta!!!)...cravatta tutte le mattine e caffè a litri, ma non il nostro...che botta!!!

Di corsa in metro...sopraelevata, che vista!!

Di fermata in fermata, ogni giorno salgono alcuni colleghi di altre branche (specialmente chirurgiche) diretti al Center...con "scrubs" già indossati!!!

Che personaggi, pensavo...credono di essere in una serie tv? Impensabile da noi (per fortuna).

E se ci si sveglia tardi (ovvero alle 5.30), che si fa? Uber, santo Uber!

Mattinate di prime visite ed OTVs (on-treatment visits)!

Ogni visita è una catena di montaggio con tante figure "nuove" con cui collaborare...physician assistant (PA), registered nurse (RN) ed il sempre presente medical scribe!

E il pranzo? Quasi sempre sinonimo di grand rounds! Insomma, lezioni con buffet!! Pomeriggi di contouring... anche da casa! Che roba!!! Anzi, che sfiga dicono i residents...

"nah, that's not cool man! Volumes by night, volumes during the weekends!!!" (tutt'altro che sfiga contornare da casa...in my honest "italian" opinion).

E lo strutturato ("The Attending") che fa? Corregge da casa?

Sì, certo! Anche da casa!
"Let me tweak that prostate bed!" esclama (su whatsapp) Alan Dal Pra! Il ritocco dell'esperto! E così fu...
Tre mesi magnifici, travolto da questa routine, dal soleggiato mare della Florida e, per mia buona sorte, ignaro del significato della prima ondata di COVID (pressoché assente lì durante la "primavera" 2020).
Una grande esperienza!
Confrontarsi all'estero mi ha sempre appassionato, sin dal corso di laurea! D'altronde appartengo alla "generazione Erasmus"! Sono convinto che la ricerca scientifica sia frutto di interazione e di scambio di idee, oltre che di dati analitici. La possibiltà di confrontarmi con l'Università di Miami ne è stata la conferma, consentendomi non solo di ampliare i miei orizzonti professionali, ma anche di valorizzare il background di saperi, esperienze e relazioni acquisite, con entusiasmo, nel mio contesto lavorativo. USA e Europa, due mondi apparentemente distanti e diversi, che io invece ho vissuto in un confronto di straordinaria sinergia scientifica, fonte di arricchimento personale, amicale e culturale. Unviaggiosperimentatocomeuncontinuumdiprogettazione,mirando a risultati di eccellenza.
Il tutto grazie al sostegno del Professor Ricardi ed al contatto con Esperti d'oltreoceano sempre disponibili al confronto e al trasferimento di saperi. In definitiva, un percorso di crescita e di arricchimento non solo dal punto di vista scientifico, ma anche profondamente umano!

Dott. Antonio Angrisani, Radioterapista Oncologo (specializzazione presso Policlinico Universitario "L. Vanvitelli", attualmente Dipartimento di Radio-Oncologia, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, Bellinzona, Svizzera), ha svolto il suo periodo formativo presso l'istituto MAASTRO Clinic, Maastricht (Paesi Bassi).

Cari colleghi…invio la mia esperienza per il forum young AIRO-Abroad relativa al periodo trascorso presso la MAASTRO Clinic, Maastricht (Paesi Bassi) tra Novembre 2020 e Giugno 2021. Sono Antonio Angrisani, 30 anni, neo-specialista in radioterapia oncologica – Napoli.
Nell'ambito del mio percorso di specializzazione presso il Policlinico Universitario "L. Vanvitelli" ho avuto la possibilità di frequentare l'imponente sede principale della clinica radioterapica di Maastricht (NL) che da sola può contare 8 acceleratori lineari, un ciclotrone per protonterapia e diverse apparecchiature di brachiterapia. Il mio piccolo contributo si inseriva nell'ambito di un ampio progetto tuttora in corso, suddiviso in diversi Work-Packages (ovvero sottogruppi di ricerca) sull'implimentazione della proton terapia a vari livelli, con particolare focus sulle neoplasie polmonari. Inutile dire che personalmente non avevo mai visto prima in funzione un macchinario di proton terapia IMPT, e proprio per questo avevo forte interesse nel conoscerne meglio il funzionamento. Ancor prima della tecnologia ero stato positivamente colpito dalla relativa semplicità di esposizione di argomenti niente affatto banali del prof. Dirk De Ruysscher. Una persona brillante che tende a far sembrare semplici anche cose in realtà pazzesche. Dopo un intenso scambio di mail conoscitive ed un breve colloquio mi ha accolto nel suo team che si occupa di patologie del distretto toracico. Ciò che giocava decisamente a mio sfavore era il periodo ostico: le prime fasi della pandemia da Covid in nord Europa. Sono partito dall'Italia nell'autunno del 2020 proprio quando l'Olanda si approcciava ai primi lockdown e si scoraggiava fortemente il lavoro in presenza. Questo ha purtroppo influito parecchio su comunicazione, socialità, e conoscenza dei nuovi colleghi, soprattutto figure non mediche, che però col tempo è avvenuta ugualmente. Lascio subito due dritte sulle modalità di partenza: ho preso personalmente contatti con il mio prof supervisor olandese circa 2 anni prima della partenza (non dico serva tutto questo tempo prima di partire ma sicuramente se non vi conoscono almeno un minimo, c'è una certa diffidenza da battere in partenza.. Se i vostri tutor in Italia hanno contatti diretti lì dove vi interessa è tanto di guadagnato); sono partito verso un Paese con uno stile di vita almeno in parte proibitivo per chi vive con borsa di studio al sud Italia, ma ho potuto coniugare la mia esperienza con un progetto supportato dal programma Erasmus+ il che garantiva almeno un minimo di integrazione economica. Quindi occhio ai bandi interni al vostro ateneo se decidete di fare questo genere di esperienza senza grossi fondi o grant. Nel pratico la mia figura era di "Research Fellow", per cui il mio impiego principale era in un gruppo di ricerca nel team del prof. Dirk. L'attività clinica che svolgevo era spesso finalizzata al progetto di cui mi occupavo ed avveniva in affiancamento al mio supervisor, per chiare ragioni organizzative e anche per la questione linguistica. L'unica lingua accettata per esercitare la professione medica ed avere contatti con i pazienti in Olanda è il Dutch, di cui bisognerebbe dimostrare la padronanza (C1/C2).
Nella mia esperienza però l'inglese bastava per interagire con tutti i colleghi ad ogni livello.
Sono stato molto fortunato ad avere la possibilità di incontrare compagni di attività straordinari, in ambiente multidisciplinare. Nei periodi con minori restrizioni condividevo gli spazi di lavoro comune con altri specializzandi e dottorandi "phd candidates", o post-doc con background

medico, fisico, o ingegneristico. Al di là dell'accoglienza relativamente 'fredda' dovuta essenzialmente al periodo pandemico ho stretto amicizie, condiviso idee, e imparato tanto insieme ai colleghi di team (quasi
tutti provenienti da altri Paesi/continenti) in un approccio interdisciplinare del tutto nuovo per me. In generale ho notato particolari differenze rispetto alle mie precedenti esperienze in centri italiani intra ed extra rete formativa (Roma). Tra queste, l'organizzzazione del lavoro, la struttura di dipartimenti clinici e sotto divisioni in gruppi per distretto anatomico. I teams, pressoché del tutto indipendenti comprendono clinici, fisici e tecnici specializzati per patologia. Peculiarità del centro Maastro è la straordinaria capacità dei tecnici che vengono formati per pianificare i trattamenti in maniera autonoma e si confrontano con il radioterapista principalmente per la delineazione dei target. Sarà stata l'estasi dell'ambiente, ma osservavo con pura ammirazione il lavoro dei tecnici di radioterapia.
La scoprerta di questa nuova realtà rappresenta per me essenzialmente due cose.
In primis, l'inserimento di un tassello importante per la mia formazione professionale e personale, con spunti di crescita e continui stimoli per lo studio. La condivisione delle informazioni, di risultati definitivi o parziali delle ricerce, lo scambio di idee senza gerarchie erano una costante. Per chiunque lo richiedesse c'era spesso la possibilità di misurarsi con colleghi ed "allenarsi" nell'esposizione dei propri risultati, ad esempio prima di congressi internazionali. Con molti colleghi sono ancora in contatto, e sono nate già delle collaborazioni per nuovi progetti. In secondo luogo, al netto della componente formativa "multisettoriale", è stata anche al di fuori dell'ospedale un'esperienza di vita incredibile, in un ambiente multiculturale e vivace nonostante il periodo 'sfigato'. Ho conosciuto persone fantastiche con una semplicità impressionante. L'affascinante stile di vita olandese "sempre in bici, non importa il freddo, la pioggia, o la nebbia", i waffels a tutte le ore, la birre artigianali, i mulini, le feste nei parchi, la musica di strada, gli expats da ogni parte del mondo, i talks in radio, gli allenamenti con i colleghi, e le escursioni ai confini con Belgio e Germania hanno reso il ritorno a casa un po' più difficile. Questo piccolo bagaglio che mi porto dietro credo mi abbia già aiutato in successive esperienze intra o extra rete formativa a interagire con un approccio nuovo nei confronti di colleghe e colleghi. Credo mi potrà servire ovunque vada e restano aperti molti discorsi relativi alle collaborazioni che possono giovare in futuro. Per non parlare delle connessioni umane spontanee e durature.
Raccomando a chiunque di prender coraggio e lanciarsi in questo genere di esperienza se si avverte anche la minima necessità o per pura curiosità.
Resto a disposizione per eventuali domande: angrisani.antonio.4@gmail.com. Saluto e ringrazio la community di Airo Giovani!

Dott. Enrico Pozzo, specializzando in Radioterapia Oncologica (IOV-IRCCS/Università degli Studi di Padova), ha svolto il suo periodo formativo presso l'istituto KU Leuven (Belgio).

Ciao, sono Enrico Pozzo, uno specializzando al terzo anno in Radioterapia all'Università di Padova! Il mio percorso di studi è stato un po' particolare.. ho studiato Medicina a Pavia, e già dal secondo anno mi sono avvicinato al mondo della ricerca preclinica e grazie al professor Maurilio Sampaolesi ho avuto l'opportunità di seguire sia reparto che laboratorio. Durante quest'esperienza ho capito quanto stava diventando fondamentale la figura del physician-scientist, ovvero quel medico che dedica una parte di tempo alla ricerca preclinica senza perdere il contatto con il paziente, così da evitare il "lost in translation" che avviene spesso tra laboratori e ambulatori/corsia con conseguente perdita di tempo in idee infattibili o spreco di risorse e opportunità per idee non eseguite come dovuto. Perciò ho deciso di perseguire ulteriormente la strada della ricerca preclinica frequentando per due periodi estivi in un laboratorio di ricerca a KU Leuven (Belgio) dove, dopo essermi laureato, mi hanno proposto di restare per fare un dottorato in ricerca preclinica. In Belgio per poter fare un dottorato devi o avere un tuo finanziamento o avere il tuo capo che ha dei finanziamenti a parte per il tuo progetto. Dato che quest'ultima opzione per me non valeva, avendo ricevuto carta bianca dal mio professore/supervisor sul progetto da scrivere pur non avendo finanziamenti dedicati, ho messo insieme le idee su ciò su cui mi sarebbe piaciuto dedicarmi per il mio dottorato e ho deciso di impostare il mio progetto sull'uso di microRNA terapeutici/pro-miogenici nel rabdomiosarcoma pediatrico. Una volta scritto il progetto e inoltrato al board del FWO (un omologo nostro del CNR che finanzia una buona parte delle borse di studio di dottorato), ho dovuto "difendere" il mio progetto davanti ad una commissione che alla fine ha deciso di finanziarmi il progetto! Questo mi ha garantito lo stipendio ed i costi per il materiale di laboratorio per tutta la durata del mio dottorato. Tra un esperimento con le cellule ed un altro con i topi, hanno iniziato a diventare sempre più fondamentali le analisi di dati bioinformatiche di sequenziamento dell'RNA (RNAseq), che permette di avere un'idea di cosa sta avvenendo in quel campione su cui si esegue l'analisi trascrittomica. Per cui, grazie ai corsi di KU Leuven, ho avuto la possibilità di imparare come eseguire l'analisi di dati di trascrittomica sia bulk che single-cell (scRNAseq) in autonomia, un tipo di conoscenza che sta diventando sempre più fondamentale per tutti i ricercatori e i medici che lavorano in campo oncologico

data la natura eterogenea intrinseca di un tumore che può essere eviscerata solo con analisi estremamente precise e dettagliate che permettano di trovare punti deboli della malattia ed usarli per debellarla. Ora che ho iniziato l'esperienza di specializzazione in Radioterapia Oncologica, l'obiettivo è cercare di integrare i due mondi della ricerca preclinica e della clinica così da poter analizzare l'effetto della radioterapia a livello del microambiente tumorale nei sarcomi adulti e pediatrici, sperando di poter contribuire con ricerche traslazionali in questo campo!

Dott. Federico Iori, specializzando in Radioterapia Oncologica (Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia – Università di Modena e Reggio Emilia), ha svolto il suo periodo formativo presso lanKlinik für Radio-Onkologie dell'Universitätsspital Zürich (USZ) (Svizzera).

Ricordo ancora il 15 gennaio 2023, la domenica che lasciai Reggio Emilia per iniziare la mia fellowship di ricerca alla Klinik für Radio-Onkologie dell'Universitätsspital Zürich (USZ). L'idea di lavorare col prof. Guckenberger mi entusiasmava, tuttavia, non nascondo che un fondo di ansia e soggezione iniziavano a insidiarmi all'avvicinarsi del treno alla Zürich Hauptbahnhof: che impressione avrei fatto? Sarei stato all'altezza?
Arrivai alle 18.27 (gli svizzeri non scherzano con gli orari, credetemi) ed ebbe inizio la mia piccola avventura zurighese. Il giorno seguente, dopo un iniziale giro conoscitivo con i colleghi di reparto: medici, infermieri, tecnici e fisici, ebbi la mia prima riunione col professor Guckenberger ed il professor Unkelbach (fisica medica). Rimasi colpito dalla loro gentilezza ed affabilità, senza contare che il prof. Guckenberger si offrì di rimborsarmi i costi di dell'alloggio a Zurigo con una piccola borsa; una vera manna dal cielo considerato il costo della vita in città. Mi fecero subito sentire a mio agio, ci tenevano che l'esperienza non solo fosse formativa, ma che fosse anche finalizzata ad una pubblicazione scientifica, in modo da avere una chiara ripercussione professionale una volta conclusasi, nonché un lascito concreto. Il mio progetto di ricerca fu focalizzato sulla fattibilità di eseguire una SABR in pazienti polimetastatici, con un carico di malattia di almeno 11 lesioni extracraniche. Ci lavorai insieme a Nathan, un PhD student della fisica medica, con il quale preparai anche il manoscritto da sottomettere, una volta terminato il lavoro. Ebbi così modo di conoscere una moltitudine di persone provenienti dagli angoli più disparati del mondo, scoprendo che Zurigo è fra gli ospedali più multiculturali del pianeta. In aggiunta, ebbi modo di sperimentare quanto seri gli svizzeri fossero sulle timelines: se una riunione doveva durare una mezzora, mezzora durava, non un minuto in più né un minuto in meno (non scherzo se vi dico che la tolleranza si aggirava su 1-2 minuti). Zurigo é davvero una città fantastica, che riserva paesaggi incantevoli nel susseguirsi delle stagioni. La mia giornata lavorativa durava grosso modo dalle 8.00 alle 17.00 con una successione di periodiche riunioni, studio, simulazione di piani, raccolta dati e analisi. A seguire, qualche lezione di tedesco e via alle scoperte delle bellezze del luogo: da una passeggiata a Zürichberg ad una capatina a Bahnhofstrasse o allo Zürichsee. Al terzo anno di specialità, vivere questa esperienza estera, lavorare insieme a queste persone, creare legami, mettersi quotidianamente alla prova ed in discussione, scambiarsi opinioni, idee, e confrontare le modalità di lavoro, è stato qualcosa di prezioso e stimolante, che mi ha fatto crescere come persona ed arricchito come professionista. Devo quindi ringraziare nuovamente il prof. Löhr, a cui va tutta la mia riconoscenza per avermi proposto ed aiutato a creare questa opportunità; senza di lui, tutto questo non sarebbe stato possibile. Un ringraziamento lo rivolgo anche alla dr.ssa Iotti per avermi supportato nell'organizzarla e infine, voglio ribadire tutta la mia riconoscenza al prof. Guckenberger ed al prof Unkelbach per avermi accolto e seguito personalmente in questa straordinaria avventura. ■

VERBALI

CONSIGLIO DIRETTIVO
3 LUGLIO 2023

il giorno 3 Luglio 2023 dalle ore 14.00 alle ore 17.30 si è svolta in modalità virtuale la riunione del Consiglio Direttivo AIRO, con il seguente Ordine del Giorno:

Orario	Argomento
14.00 – 14.10	Approvazione OdG e verbale 19/6/23
14.10 – 14.40	Proposta stesura documento intersocietario AIRO/AIFM su art. 163 legge 101-2020
14.40 – 15.00	Proposta di nuovi argomenti attività formativa: medicina di genere, IGRT/radioprotezione, rischio clinico e sicurezza
15.00 – 15.40	Incontro con Ufficio Stampa Proformat
15.40 – 15.55	Rinnovo Documento Qualità del 2015 (S. Pergolizzi)
15.55 – 16.05	Aggiornamento incontro ESTRO School (M. Krengli)
16.05 – 16.25	Aggiornamento 1° Congresso congiunto 2024
16.25 – 16.55	Probiviri
16.55 – 17.10	Elezioni 2023
17.10 – 17.30	Varie ed Eventuali
17.30	Chiusura lavori

Hanno partecipato:
C. Iotti Presidente, M. Krengli Presidente eletto, A. Stefanelli Segretario,
S. Pergolizzi, F. Lucà, G. Catalano, P. Bonomo, M. Scorsetti, V. Salvestrini, Ufficio Stampa Pro Format, M. Cozzaglio, RM D'Angelillo, C, Baiocchi, L. Tagliaferri, G. Cartia, D. Musio.

Approvazione OdG e verbale 19/6/23.

Si approva l'Ordine del Giorno. Il verbale de 19 giugno non è ancora disponibile e sarà approvato al prossimo Consiglio.

• Proposta stesura documento intersocietario AIRO/AIFM su art. 163 legge 101-2020.
Presidente: propone la istituzione di un gruppo di lavoro intersocietario AIRO AIFM in merito alle disposizioni della legge 101 Art. 161 - 163 del 2020 che specifica di registrare su supporto informatico i parametri utili per il calcolo della dose assorbita durante le procedure di simulazione e IGRT.
Il CD approva. La Presidente contatterà il Presidente AIFM.

• Proposta di nuovi argomenti attività formativa: medicina di genere, IGRT/radioprotezione, rischio clinico e sicurezza.
Presidente: propone di inserire come argomenti di aggiornamento permanente, a partire dal 2024, la radioprotezione (10% dei crediti deve essere ottenuto su argomenti di radioprotezione, come disposto dalla legge 101), il rischio clinico e sicurezza (anch'esso previsto dalla legge 101), e la medicina di genere (in ottemperanza al piano stilato dal Ministero della Salute conseguente alla legge del 2018 riguardante le influenze delle differenze sociopolitiche culturali rispetto al genere.
Il CD approva. La Presidente informerà la Prof.ssa Jereczek, responsabile della Commissione Formazione.

Pergolizzi: propone di inserire il link del Ministero per la medicina di genere sul sito societario.
D'Angelillo: propone di aggiungere questi argomenti nelle FAD dei prossimi anni nei venerdì di AIRO.
Lucà: si propone per un webinar sui concetti fondamentali del rischio clinico.
Scorsetti: riporta l'esperienza pluriennale del suo Centro sul rischio clinico.

• Incontro con ufficio stampa PROFORMAT.
Presidente: informa Proformat della necessità di avere un aggiornamento almeno semestrale sull'attività dell'ufficio stampa.
Proformat si rende disponibile a condividere i dati anche con frequenza trimestrale.
Presenta il report dell'attività aggiornato ad aprile 2023 e illustra i risultati positivi dell'attività su facebook.
Bonomo: chiede di potenziare l'azione comunicativa non solo relativa al Congresso annuale ma anche rivolta ad altri convegni organizzati da singoli centri, se di interesse per AIRO. Propone inoltre di utilizzare twitter, come già richiesto in passato. Proformat informa che l'attività su twitter non rientra nei costi e che ci sarebbe quindi necessità di maggiori finanziamenti.
Musio: propone a Proformat di fornire quanto pubblicato sui giornali in modo da inserirlo sul sito AIRO.
Dopo articolata discussione sugli argomenti che possono diventare oggetto di diffusione si concorda sull'opportunità di coinvolgere altre persone (Cartia e Baiocchi possono decidere a chi rivolgersi) per collaborare nell'attività in ambito di comunicazione.
Proformat lascia il CD alle ore 16.20

• Rinnovo Documento Qualità del 2015 (S. Pergolizzi)
Pergolizzi: informa che insieme al Prof. Magrini sta lavorando ad un aggiornamento del documento assicurazione di qualità del 2015, in particolare in merito ai requisiti di risorse. Appena completata la bozza sarà inviata al CD per condivisione.
Il CD ne prende atto e approva.

• Incontro ESTRO school
Krengli: aggiorna brevemente sull'incontro ESTRO, nel corso del quale ha confermato la disponibilità di AIRO a collaborare per la realizzazione degli eventi formativi.

• Aggiornamento Congresso congiunto 2024
Presidente: relaziona brevemente sulla conferenza stampa del 20/6 a Milano per la presentazione del Congresso congiunto 2024. Non ci sono aggiornamenti sul programma scientifico.

• Probiviri
Presidente: propone per la carica di Probiviri Magrini, Russi e Donato. Il CD approva (con 1 astenuto su 5 presenti). La Presidente contatterà chi individuato per proporre l'incarico.

• Elezioni 2023
Si stabilisce che il Comitato Elettorale sarà composto da Baiocchi, Catalano e Musio.
Il seggio online su piattaforma ELIGO sarà aperto **dalle ore 10.00 di giovedì 5 Ottobre e sarà chiuso alle ore 23.59 di giovedì 26 Ottobre 2023.**
Il seggio nella Sede Congressuale sarà aperto **sabato 28 Ottobre 2023 dalle ore 11.00 alle ore 13.00.**
Il voto per posta deve pervenire presso lo Studio Colella a Milano entro **le ore 23.59 di domenica 22 Ottobre 2023.**
Il CD approva.

• Varie ed eventuali
Si concorda che per l'invio della survey sulle valutazioni oncogeratriche (progetto Supero) non è necessario l'endorsement.
Linee-guida: sarà inoltrata all'ISS richiesta di incontro con Brusaferro.
Krengli: informa che per l'attività nel Gruppo di Lavoro Agenas di individuazione degli indicatori per le ROR ha necessità di coinvolgere almeno altri 2 colleghi. Il CD concorda che proceda nella scelta come più ritiene opportuno.

La riunione termina alle ore 17.30

CONSIGLIO DIRETTIVO
19 GIUGNO 2023

il giorno 19 Giugno 2023 dalle ore 11.00 alle ore 16.30 si è svolto, presso **la Casa Comune dell'Area Radiologica di Via del Cardello 24 a Roma**, la riunione del Consiglio Direttivo AIRO con il seguente Ordine del Giorno:

Orario	Argomento
11.00 – 11.05	Approvazione OdG e verbale CD 03/05/2023
11.10 – 11.50	Bilancio consuntivo 2022 e preventivo 2023 (Catalano)
11.50 – 12.00	Aggiornamento progetto rebranding (D'Angelillo)
12.00 – 13.30	Congresso 2023
13.30 – 14.00	Light Lunch
14.00 – 14.30	Proposta modifica regolamento gruppi di studi
14.30 – 15.00	Richiesta utilizzo provider AIRO per eventi residenziali GdS GI. Proposta dr.ssa Scricciolo di inserimento sul sito AIRO di relazioni evento congressuale
15.00 – 15.30	Proposta stesura documento intersocietario AIRO/AIFM su art. 163 legge 101-2020
15.30 – 15.50	Proposta di nuovi argomenti attività formativa: medicina di genere, IGRT/radioprotezione
15.50 - 16.00	Aggiornamento comunicazione ab medica e sponsorizzazione congresso AIRO 2023
16.00 – 16.30	Varie ed Eventuali
16.30	Chiusura lavori

Presenti: Presidente C. Iotti, Presidente eletto M. Krengli, Segretario A. Stefanelli, V. Salvestrini, R. D'Angelillo, G. Catalano. G. Ingrosso, D. Musio, M. Cozzaglio, P. Bonomo.
Presenti online: M. Buglione, S. Pergolizzi, L. Tagliaferri, G. Cartia, F. Lucà, C. Baiocchi, e solo durante la discussione sul congresso D. Genovesi, A. Merlotti, C. Spatola.

11.00 **Approvazione O.d.G. e verbale CD 03/05/2023**
Si approva l'ODG e il verbale precedente.

Aggiornamento progetto rebranding
D'Angelillo: in considerazione del fatto che non sono state segnalate altre agenzie a cui rivolgersi per un progetto/preventivo di rebranding propone di procedere con l'unica individuata.
Il CD approva.

Bilancio consuntivo 2022 e preventivo 2023
Catalano: illustra il bilancio consuntivo 2022 di AIRO e AIRO servizi, chiusi in positivo, e presenta il bilancio preventivo 2023.
Il CD approva il bilancio consuntivo 2022 di AIRO e suggerisce dei correttivi relativi al preventivo 2023 che vengono recepiti.
Il CD dà inoltre mandato al Segretario Amministrativo di approvare il Bilancio di AIRO Servizi SRL in una prossima assemblea che sarà tenuta entro la fine del mese corrente.

Congresso

Bonomo: presenta la time table e la faculty del Congresso.

Pausa pranzo 13.45

Ripresa dei lavori 14.15

Bonomo: conclude la presentazione del Congresso. Il CD approva.

Gruppi di Studio

Presidente: propone di modificare il regolamento dei Gruppi di Studio in modo da consentire al Coordinatore uscente (o in seconda istanza al Vice-Coordinatore/Segretario) di rimanere per 6 mesi all'interno del coordinamento come supporto al Coordinatore eletto per facilitare lo svolgimento delle attività e assicurare la loro continuità.
La proposta viene accolta dal CD.

Richiesta GdS GI e richiesta dr.ssa Scricciolo

Presidente: il Gruppo di Studio sulla patologia gastroenterica ha chiesto di avere AIRO come provider per 2 eventi residenziali che si terranno a Roma. Dopo ampio dibattito il CD non approva. Le ragioni della decisione risiedono nel fatto che l'accettazione della richiesta del Gruppo GI potrebbe generare altre richieste da parte degli altri Gruppi di Studio e dei Gruppi Regionali, a cui andrebbe accordato lo stesso trattamento. In tal caso l'onere di risorse (economiche e umane) necessarie sarebbe superiore a quelle attualmente disponibili. Tale attività richiede di essere programmata e pesata in modo più puntuale, nell'ambito di AIRO servizi.
Presidente: la dr.ssa Scricciolo chiede di inserire sul sito AIRO le relazioni di un evento congressuale sulla patologia polmonare che si terrà a Mestre.
Il CD approva.

Incontro con AB medica

Presidente: aggiorna dell'incontro avuto, insieme con Krengli, con la CEO di AB medica che ha ritirato la sua sponsorizzazione al Congresso 2023 a causa delle difficoltà insorte con le disposizioni di legge sul pay back. AB medica ha comunque informato che tale decisione potrebbe essere rivista in caso di evoluzione favorevole della questione.

Varie ed eventuali

D'Angelillo: interviene in merito al corso sul metodo GRADE, proposto ai Coordinatori e Vice-Coordinatori dei Gruppi di Studio e che fino ad oggi non ha registrato un alto numero di iscrizioni. Si concorda di inviare un richiamo dopo la metà di agosto in modo da aprire a tutti i soci la possibilità di partecipare se non si dovesse arrivare all'esaurimento dei posti disponibili. Il CD approva.
D'Angelillo: propone di affrontare il discorso agenzia stampa in previsione della scadenza del contratto in dicembre del 2023.
Krengli: propone di avere un report semestrale sull'attività dell'agenzia. Il CD approva e si programma un incontro con Proformat in occasione del prossimo CD.
Presidente: propone di richiedere un incontro con il direttore del SNLG (ISS), che è attualmente Brusaferro (ff). Krengli propone di informarsi sulla opportunità di procedere in tal senso. Il CD approva. La Presidente informa che si stanno concludendo i lavori di stesura delle linee guida IMRT/IGRT e anticipa che è in progetto la realizzazione di altri due documenti dedicati all'impiego dell'intelligenza artificiale e dei sistemi di automazione in RT e alla stereotassi.

Gli argomenti all'OdG non discussi (doc. intersocietario su art 163 legge 101; argomenti di formazione) saranno riportarti al prossimo CD.

La riunione termina alle 16.30.

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202323

Presidente
Maria Luisa De Rimini

Vice Presidente
Massimo Ippolito

Segretario Nazionale
Barbara Palumbo

Coordinatore Delegati Regionali
Alfredo Muni

Coordinatore Gruppi di Studio
Angelina Filice

Coordinatore Cafs
Maria Lucia Calcagni

Responsabile Area Medica
Marco Maccauro

Responsabile Qualità
Maria Lucia Calcagni

Tesoriere
Antonio Garufo

Didattica Universitaria
Alberto Cuocolo

Strategie Comunicazioni Web
Laura Evangelista

UN NUOVO CAMMINO NELLA STORIA DELLA TERAPIA ONCOLOGICA IN UN'INIZIATIVA EDITORIALE AIOM E AIMN

Maria Luisa De Rimini

In una seguitissima conferenza stampa, tenuta a Roma in corso del XXV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana degli Oncologi Medici (AIOM), è stato presentato il volume "Terapia con radioligandi 50 domande 50 risposte", iniziativa editoriale promossa da AIOM con l'Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare (AIMN).

Il titolo enuncia molto chiaramente lo scopo del volume, che è quello di estendere la consapevolezza su questa terapia medico nucleare, entrando nel dettaglio della sua efficacia, delle indicazioni attuali e ulteriori prospettive. Il volume promuove l'informazione tra clinici, pazienti e Istituzioni. A questi interlocutori, che necessitano di continui aggiornamenti sulle nuove strategie contro il cancro e ai pazienti stessi, risponde con linguaggio semplice e dinamico, centrando l'attenzione sulle domande più frequenti. Ne fissa 50, proprio "le 50 Domande" più frequenti, a cui risponde in dettaglio per spiegare razionale, potenzialità e benefici della Terapia con Radioligandi (RLT), oggi prototipo e frontiera avanzata della Medicina di Precisione.

Per la miglior comprensione della RLT si è imposta in maniera chiara la necessità di più ampia informazione, oltre gli specialisti di settore, sulle innovative applicazioni di RLT quale indispensabile premessa per assicurare il governo più appropriato a tutti i pazienti candidabili a questa terapia.

La realizzazione del volume in presentazione è parte integrante dell'attività educativa delle due associazioni scientifiche, rappresentate in conferenza stampa dai rispettivi Presidenti, i primi a raccontare questo nuovo cammino della RLT in oncologia.

Al tavolo: Saverio Cinieri, Presidente Fondazione AIOM; Franco Perrone, Presidente AIOM; Massimo Di Maio, Presidente eletto AIOM e Maria Luisa De Rimini, Presidente AIMN, hanno introdotto il concetto di teragnostica e le notevoli potenzialità della terapia con radioligandi sottolineando, ciascuno dal proprio punto di osservazione, il contesto clinico, necessità, disponibilità e nuove potenzialità di accesso sul territorio nazionale.

La medicina di precisione ha aperto una nuova frontiera, la teragnostica, in cui diagnosi e terapia utilizzano la stessa molecola, il cosiddetto 'carrier', cioè il ligando, in grado di legarsi specificamente e con elevata affinità soltanto alle cellule neoplastiche, portando con sé la particella radioattiva capace di emettere radiazioni terapeutiche – ha segnalato Saverio Cinieri, che ha sottolineato come la sempre più elevata personalizzazione dei trattamenti, grazie a questo approccio, può contribuire a un uso migliore delle risorse, con riduzione dei costi di ospedalizzazione, migliorando così la qualità e l'efficacia delle cure e il governo della spesa sanitaria.

La Presidente AIMN ha ricordato che "questi trattamenti terapeutici, di competenza medico nucleare, si caratterizzano come terapia radiante sistemica target specifica, una terapia cioè che sfrutta gli effetti delle radiazioni ionizzanti direttamente sui tessuti biologici dei pazienti ed elettivamente sulle cellule neoplastiche, risparmiando quelle sane. La cellula neoplastica è infatti riconosciuta dal radiofarmaco terapeutico, che si fissa ad essa perché ne riprende le medesime affinità di legame. In questa perfetta selettività del bersaglio specifico si articola il percorso del successo terapeutico, assicurato dalla selezione dell'imaging PET mirato, in grado di selezionare pazienti "responder" grazie ad analogie strutturali della molecola utilizzata in diagnosi e in terapia. Nessun'altra strategia è in grado di delineare con altrettanta accuratezza e predittività se, quanto e come si potrà colpire il target tumorale ancor prima di iniziare la terapia.

La RLT, ha continuato De Rimini, che associa le nuove conoscenze sulla biologia del cancro all'utilizzo di queste particelle radioattive in grado di distruggere le cellule neoplastiche ovunque si trovino, è infatti l'evoluzione più significativa del concetto di teragnostica, dove l'iter terapeutico di successo è tracciato dalla diagnostica.

Questo approccio è già disponibile nel trattamento di alcuni tumori neuroendocrini (NET), dove ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti. La ricerca sta oggi evidenziando il ruolo della RLT anche in trattamenti terapeutici di neoplasie a maggior incidenza, come il carcinoma della prostata resistente ad altri trattamenti.

(177Lu)-PSMA-617, ad esempio, è un ligando radioattivo capace di legare le cellule che esprimono questo antigene sulla propria superficie e di emettere particelle beta in

prossimità del microambiente tumorale, con conseguente effetto citotossico. Lo studio registrativo per l'uso della RLT nel carcinoma prostatico metastatico castroresitente, dopo terapie inefficaci, ha dimostrato che la terapia con 177Lu-PSMA-617 in aggiunta allo standard di cura determina un incremento statisticamente significativo sia della PFS sia della OS.

Il profilo di sicurezza e la tollerabilità della RLT sono elevati: il radiofarmaco si lega esclusivamente alle cellule target da distruggere e le radiazioni hanno effetto su aree molto circoscritte, con una durata limitata che dipende dal tempo di decadimento del radioisotopo utilizzato.

In un'ottica più ampia e indiretta, la RLT garantisce inoltre risparmi per il sistema sanitario, grazie alla riduzione dei tempi di ospedalizzazione. Il supporto di team multidisciplinari dedicati è indispensabile per orientare questo tipo di cure, che vanno condotte in centri di medicina nucleare attrezzate per la terapia.

Il percorso di realizzazione della RLT è tuttavia complesso, servono personale formato ad hoc e adeguamento delle infrastrutture ospedaliere, tenendo conto anche del potenziale aumento del numero di pazienti che potrà beneficiare di queste terapie. Su queste premesse e, grazie all'introduzione della nuova Normativa (Dlgs 101/20) che consente di erogare RLT anche in regime di Day Hospital o Ambulatoriale è urgente, ha continuato la Presidente De Rimini, un potenziamento dei centri di Medicina Nucleare in grado di erogare questi trattamenti, onde eliminare il fenomeno della migrazione sanitaria, con disagio dei pazienti e loro familiari. AIMN auspica che sia consentito di superare ogni criticità al fine di consentire equa disponibilità di accesso a questi trattamenti terapeutici su tutto il territorio nazionale".

In perfetto accordo intersocietario in corso di conferenza stampa, è stato più volte sostenuto che l'approccio multidisciplinare è irrinunciabile, l'esperienza in letteratura di alcuni tumori solidi dimostra che l'outcome dei pazienti è migliore per quelli gestiti in ambito multidisciplinare.

Sempre AIOM ha sostenuto che serve un sistema di rete perché gli specialisti possano proporre una discussione collegiale dialogando anche con le strutture che non dispongono di medicina nucleare attiva in terapia.

I team multidisciplinari sono una realtà da cui non si può prescindere nella cura del cancro e sono ampiamente presenti in oncologia. "Ancor più guardando all'arrivo della RLT, si impone una revisione che assicuri che nel team siano rappresentate tutte le competenze specialistiche, tra cui quella del Medico Nucleare come raccomandato dal Piano Oncologico Nazionale 2022-2027, e perché sia definito un flusso nel percorso di cura ben chiaro, dalla diagnosi al follow up" ha ricordato la Presidente AIMN.

Il valore aggiunto dei team multidisciplinari si è dimostrato con evidenza nel caso dei tumori rari, tipicamente nei NET, dove è più che mai necessario riunire competenze specifiche. "Questo modello di gestione – ha sottolineato Massimo Di Maio - è un requisito indispensabile per lo standard di qualità assistenziale dei pazienti con NET, richiesto per la certificazione da parte della 'European Neuroendocrine Tumors Society' e promosso da ItaNET, che dal 2010 riunisce i medici appartenenti alle varie specialità che si occupano della gestione dei tumori neuroendocrini. Anche le più recenti Linee Guida AIOM-ItaNET evidenziano l'importanza della condivisione delle scelte terapeutiche e la necessità di inserire il paziente in un percorso integrato e dedicato, gestito da un team multidisciplinare. La terapia con radioligandi non può essere erogata da tutti gli ospedali, per questo è ancora più importante che i team multidisciplinari dei centri periferici siano messi in condizione di lavorare quanto più possibile a stretto contatto con l'expertise centrale delle strutture che sono in grado di prendere in carico i pazienti".

Fin dall'inizio della conferenza, così come nell'interfaccia con le domande dei giornalisti presenti, è stata palese la capacità aggregante di questo tema, che ha unito la partecipazione dei Presidenti, tutti motivati da una medesima visione comune: guardare insieme alla centralità del singolo paziente aiuta a stabilire i percorsi migliori per la più efficace strategia terapeutica. Al congresso AIOM la forza di questo messaggio e la "storia" della RLT è stata talmente trainante che il volume è stato il più richiesto del Congresso.

La terapia medico nucleare con radioligandi è una sfida clinica, organizzativa e culturale. Bisogna quindi agire su informazione, formazione e gestione. I diversi aspetti di questa terapia, discussi a Roma, hanno segnato ancora una volta in maniera chiara come: "Lavorare insieme e guardare alla centralità del singolo paziente" aiuta a stabilire i migliori percorsi diagnostico-terapeutici. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202324

GESTIONE DELLE EMERGENZE RADIOLOGICHE E NUCLEARI: *ruolo della Medicina Nucleare*

Alfredo Muni

Viviana Frantellizzi

Gli scenari di rischio locali come incidenti a centrali nucleari nei paesi limitrofi, incidenti ai lavoratori impegnati negli interventi di *decommissioning* degli impianti nucleari italiani e quelli legati al trasporto di materiale radioattivo sono sempre possibili. Oltre agli incidenti, vi possono essere azioni ostili in cui materiale radioattivo viene deliberatamente rilasciato nell'ambiente.

I problemi legati al terrorismo rappresentano lo scenario più temuto perché possono concretizzarsi in qualsiasi momento creando allarme sociale oltre che danni alle persone e all'ambiente. Confezionare un dispositivo a dispersione radiologica (bomba sporca) non richiede particolari conoscenze scientifiche se non quelle, molto diffuse, per fabbricare una bomba convenzionale. L'uso di tali dispositivi non ha tanto l'obiettivo di provocare un gran numero di morti quanto quello di creare panico ed allarme tra la popolazione, modificare lo stile di vita dei cittadini, paralizzare il sistema sanitario della città. Preparare una bomba sporca è facile, può essere allestita con materiale radioattivo non "pregiato" come alcuni isotopi utilizzati nelle medicine nucleari degli ospedali. Situazioni richiedenti un'organizzazione più articolata e conseguentemente una maggior complessità dell'atto terroristico potrebbero esporre le città a scenari più rilevanti per il loro maggior impatto sulla salute pubblica. È stato calcolato che l'utilizzo di un cucchiaino di 137Cs associato a 2 tonnellate di tritolo porterebbe ad una contaminazione ambientale responsabile dell'induzione di 1 cancro ogni 100 abitanti nei pressi dell'epicentro ed 1 cancro ogni 10.000 abitanti per una distanza fino a 20 Km; una città come Washington diventerebbe inabitabile per decenni (Fonte: Centro studi strategici e internazionali di Washington).

Quando questi eventi si verificano si configurano situazioni per le quali i piani di emergenza predisposti costituiscono strumenti efficaci.

Il sistema di gestione delle emergenze nucleari e radiologiche è disciplinato dalla vigente normativa che regolamenta il servizio nazionale della protezione civile e dai piani di emergenza del Titolo XIV del D.Lgs 101 del 2020. Il comma 2 dell'articolo 182 di tale decreto prevede l'adozione di un piano nazionale per far fronte a eventuali emergenze nucleari e radiologiche.

Il Consiglio dei Ministri ha decretato nel 2022 l'adozione del Piano nazionale per le emergenze radiologiche e nucleari. Nella procedura per l'attuazione della misura di monitoraggio

della contaminazione personale del suddetto documento ministeriale è previsto che *"I soggetti risultati contaminati e che necessitino di cure ospedaliere saranno indirizzati ai nosocomi che abbiano indicato disponibilità di posti letto presso i propri reparti di Medicina Nucleare, in accordo con il Ministero della Salute e le Direzioni Sanitarie delle Regioni"*. Con il Piano nazionale si prende atto che l'Italia è un paese a rischio ed il Piano stesso restituisce alla nostra disciplina, la Medicina Nucleare, la posizione che merita anche nella gestione delle maxi-emergenze.

In seguito agli eventi bellici del conflitto russo-ucraino e ai possibili pericoli derivanti dal bombardamento accidentale o deliberato della centrale nucleare di Zaporizzja, in alcune regioni italiane sono state istituite delle commissioni PERN (Piano Emergenze Radiologiche e Nucleari) che si stanno occupando di censire e predisporre l'acquisizione del materiale occorrente per il lavaggio e la decontaminazione, per la delimitazione delle zone contaminate, dei dispositivi di protezione individuale, degli strumenti di misura della contaminazione ambientale e personale, dei dosimetri personali e dei programmi di formazione dei professionisti coinvolti, nonché le modalità di informazione ai cittadini.

Il medico nucleare ha le competenze per redigere, per la propria azienda ospedaliera, la parte attinente alle emergenze nucleari e radiologiche del documento relativo al Piano di Emergenza in caso di Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF) che, peraltro, costituisce un obbligo di legge (Testo unico sulla sicurezza sul lavoro - D.Lgs. 81/2008). Il medico nucleare è, inoltre, professionalmente qualificato a far parte degli operatori della squadra di pronta disponibilità, insieme al medico dell'emergenza, all'infermiere di area critica, al fisico sanitario, allo psicologo in caso di eventi NR comportanti un massiccio afflusso di feriti contaminati in DEA. ■

AIMN GIOVANI

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202325

Alberto Miceli

Our present is bright, and our future is even more promising.

Con queste parole la Congress Chair, Prof. Valentina Garibotto, ha invitato la comunità medico-nucleare al 36esimo annual congress della European Association of Nuclear Medicine (EANM), tenutosi tra il 9 e il 13 settembre scorsi nella splendida cornice di Vienna. Durante questi giorni intensi si sono succedute numerosissime sessioni e presentazioni di altissimo livello che hanno coperto tutti gli ambiti della nostra disciplina in cui è emersa sempre più l'importanza della Medicina Nucleare nel percorso integrato e condiviso del paziente dalla diagnosi alla terapia. Grande spazio è stato dato ai temi caldi del momento come la terapia radiometabolica, sia quella attualmente disponibile, specie per il carcinoma prostatico e i tumori neuroendocrini, sia quella in fase di studio su svariati ambiti che sta vedendo lo sviluppo di nuovi target e radiofarmaci promettenti. Altro grande tema è stato l'avanzamento tecnologico che ci accompagna sempre, ma che ha visto una decisa accelerata con l'introduzione, per esempio, dei tomografi PET a lungo campo di vista con cui è possibile acquisire in pochissimi minuti l'intero corpo del paziente.

Consueta grande partecipazione italiana sia tra il pubblico che soprattutto sul palco, nonché nei vari committees e come session cordinators. La serata inaugurale ha visto, inoltre, la partecipazione della Prof. Silvia Morbelli per la lettura degli Highlights per la neurologia nucleare e l'oncologia. Numerosissimi sono stati gli abstract italiani sottomessi ed accettati, dietro solo a Cina e Francia (per soli 3 abstract rispetto a quest'ultima).

Si è registrata un'ottima affluenza al booth AIMN, organizzato e presieduto dal gruppo AIMN Giovani, che ha visto ospiti internazionali quali il Dr. Silvano Gnesin (University of Lausanne, Switzerland) e il Dr. Clive Naidoo (Denmark Technical University, Department of Health Technology, Hevesy Lab, Denmark) parlare di tematiche importanti come la dosimetria personalizzata e la produzione e ricerca dei radioisotopi. Inoltre, il Dr. Lorenzo Jonghi-Lavorini ha esposto i risultati della survey nazionale "la percezione del clinico sulla PET in oncologia". Ospite d'onore allo stand la President Elect di EANM, Prof. Paola Anna Erba, che ha speso ottime parole sul movimento e incoraggiato il gruppo alla produzione scientifica per il prossimo congresso.

Sempre presenti anche la Presidente della nostra associazione, la Dr. Maria Luisa de Rimini e la Dr. Angelina Filice, Coordinatrice dei Gruppi di Studio, che hanno partecipato e sostenuto sempre le iniziative dello stand.

Prossimo appuntamento europeo ad Ottobre 2024 in quel di Amburgo. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202326

Antonio Lanzillotta

Report sulle prestazioni diagnostico-terapeutiche di Medicina Nucleare in Calabria

Il sistema sanitario nazionale vede oggi distribuite nel territorio regionale calabrese 4 centri di Medicina Nucleare, dislocati presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, l'Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria, l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e il Policlinico Universitario "Mater Domini" di Germaneto (CZ).

Dalla fusione per incorporazione dell'azienda ospedaliera "Pugliese Ciaccio" nell'azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini", è stata recentemente istituita l'Azienda Unica Ospedaliero Universitaria "Renato Dulbecco" di Catanzaro.

Le unità operative di Medicina Nucleare svolgono attività di diagnostica in vivo e sono dotate di tomografi ibridi PET/CT, di tomografi ibridi SPECT/CT e di gamma camere tomografiche per scintigrafie planari e SPECT (tomografia a fotone singolo).

Solo la U.O.C. di Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza è dotata di reparto di degenza protetta per terapia medico-nucleare con N° 5 posti letto, dedicati al trattamento dei tumori differenziati della tiroide con ^{131}I (120 trattamenti eseguiti nel 2023) e alla RLT (Radio Ligand Therapy) per il trattamento dei tumori neuroendocrini NET/GEP (a breve anche per il carcinoma prostatico metastatico).

Vengono erogate anche prestazioni ambulatoriali di terapia: trattamento degli Ipertiroidismi con ^{131}I e trattamento delle metastasi scheletriche da carcinoma prostatico con ^{223}Ra (Xofigo).

Da questi dati emerge che l'offerta di prestazioni diagnostiche di medicina nucleare tradizionale e di terapia, risulta adeguata e sufficiente a coprire il fabbisogno regionale, con tempi per le liste di attesa accettabili e comunque paragonabili ad altre realtà nazionali (a titolo di esempio intercorrono circa 40 giorni tra la visita medico-nucleare pretrattamento e il successivo ricovero per terapia radiometabolica con 131I per carcinoma differenziato della tiroide).

Discorso a parte riguarda il fabbisogno regionale annuo di prestazioni PET/TC. Il piano regionale delle PET in Calabria è ormai datato e fa riferimento al DCA 56/2015 (Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro), nel quale veniva stimato un fabbisogno annuo tra i 4500 e 5000 esami PET/TC e veniva stabilito di collocare un Tomografo PET/TC in ciascuno degli Ospedali HUB regionali (Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria), ritenendo così di poter soddisfare interamente la richiesta.

Il target degli esami previsti è stato effettivamente raggiunto, considerando che secondo dati SEC-SISR della regione Calabria relativi al 2019, sono stati eseguiti in regione circa 4500 esami PET/TC, anche se il numero di prestazioni eseguite nei vari centri non è omogeneo.

I dati disponibili ci dicono però anche altro, ovvero che nello stesso anno (2019), sono stati complessivamente eseguiti 8300 esami PET/TC a pazienti calabresi, con un numero di 3800 esami eseguiti fuori regione, che hanno contribuito ad alimentare l'emigrazione sanitaria, determinando un evidente disagio per i pazienti ed un grave danno per le casse regionali.

Consideriamo inoltre che il fabbisogno di esami PET/TC tenderà verosimilmente ad aumentare per il ruolo centrale acquisito dalla metodica nella pratica clinica (principalmente in ambito oncologico) e per la maggiore disponibilità di nuovi radiofarmaci.

Secondo l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), per l'anno 2020 la stima di ammalati di cancro in Calabria si assesta su circa 13.200 nuovi casi. Come indicato da alcuni studi, considerando un rapporto 1:1, 1 prestazione per ogni nuovo paziente, a cui vanno aggiunte le prestazioni per i pazienti in cura e seguiti in follow-up fino a 5 anni, più le prestazioni, pari al 10 del fabbisogno, per lo studio delle patologie degenerative cerebrali legate al morbo di Alzheimer e per le patologie cardiache, otteniamo una stima del fabbisogno di esami PET/TC di gran lunga superiore alle attuali possibilità delle medicine nucleari calabresi di poter soddisfare il numero crescente di richieste.

Questo breve articolo non ha la pretesa di essere esaustivo della significativa attività clinico-assistenziale svolta quotidianamente dai medici nucleari calabresi con dedizione e professionalità negli ospedali della regione; vuole solo essere un modesto contributo, teso a rappresentare, molto parzialmente, la realtà della nostra disciplina in un contesto complicato come quello della sanità in Calabria. ■

31 1

DA UN BIMESTRE ALL'ALTRO

In Memoriam

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202327

RICORDO DEL PROF. GIANCARLO ETTORRE

Il 27 luglio dell'anno in corso è venuto a mancare il Professore Giovanni Carlo Ettorre una delle personalità di maggiore spicco degli ultimi quarant'anni della Radiologia Italiana.

L'improvvisa scomparsa del Professore Ettorre ha addolorato tutti quelli che hanno avuto la fortuna e l'onore di conoscerlo e di lavorare con lui perché è venuta a mancare una Persona perbene e un grande Radiologo.

Solo pochi giorni prima ci eravamo sentiti per il suo compleanno, 79 anni.

Non aveva la voce di sempre, la malattia, scoperta un po' di tempo addietro, lo aveva indebolito, ma non ne aveva fiaccato l'orgoglio di continuare la sua attività di docente universitario che svolgeva con amore verso gli specializzandi di Catania e, soprattutto, non aveva fiaccato il suo approccio alla vita in cui ogni cosa era lieve grazie alla sua raffinata ricchezza umana e intellettuale che comunicava empatia a tutti, dalle persone più titolate a quelle più umili, rimanendo sempre e comunque sé stesso.

Questo era il Professore Ettore, una vita trascorsa a trasmettere i valori più nobili della nostra Disciplina in modo disinteressato ed entusiasta, un Maestro in cui l'unica attenzione nella divulgazione della Scienza era la responsabilità e il vanto di sapere che un suo allievo avrebbe potuto curare al meglio un qualunque paziente.

La lunga e prestigiosa carriera del Professore Giancarlo Ettorre inizia a Bari negli anni '80 dove, sotto la guida del Professore Neopolo Macarini vive, con l'entusiasmo giovanile di quegli anni, il passaggio dalla Radiologia degli albori a quella moderna.

Inizia ad approcciare le tecniche radiologiche più complesse e, tra le tante di cui era esperto, quelle della TC e dell'angiografia interventistica nonché quelle per lo studio del distretto del capo e del collo, in particolar modo dell'orecchio, passando dall'uso avveniristico per l'epoca dello stratigrafo epicicloidale alla TC e poi alla RM, diventando un indiscusso Maestro e un riferimento internazionale.

La sua formazione in quegli anni si perfeziona in periodi di studio all'estero, in Francia, a Parigi, presso la Facoltà di Paris sud Bicetre e la Fondazione Rothschild dove acquisisce quelle conoscenze che negli anni

successivi approfondirà e, senza alcuna gelosia professionale, trasmetterà ai suoi allievi e colleghi di lavoro restando a lungo punto di riferimento nell'Istituto di Radiologia dell'Università di Bari. Questa sua attività lo porterà ad essere redattore di una ricca produzione scientifica, sempre nello spirito dell'innovazione e dell'aggiornamento, che lo porterà ad essere invitato in qualità di relatore nelle più importanti manifestazioni scientifiche radiologiche e non.

Nell'anno 1997 viene chiamato nella istituenda Facoltà di Medicina e Chirurgia di Foggia dove fonda la Radiologia Universitaria e la Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica, creando le premesse per una nuova Scuola Radiologica Pugliese.

Nel Gennaio 2005 il Professore Ettorre viene chiamato a ricoprire l'incarico di Professore Ordinario di Diagnostica per Immagini presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania e di Direttore dell'Unità Operativa Complessa della UOC Universitaria "Radiodiagnostica e Radioterapia" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "Gaspare Rodolico", oggi "G. Rodolico-San Marco", ruolo che ha ricoperto fino al 2014, data della sua messa in quiescenza.

In questi anni assume l'incarico di Direttore del Dipartimento Universitario "DOGIRA" dell'Università degli Studi di Catania, dal 2 Novembre 2007 al 31 Ottobre 2010, e successivamente sino al 31 Ottobre 2014, quello di Direttore della Sezione di Scienze Radiologiche del Dipartimento Universitario Specialità Medico-Chirurgiche dell'Università di Catania.

Il Professore Ettorre ha ricoperto inoltre il ruolo di Direttore della Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica dall'anno accademico 2007-2008 sino all'aa 2011-2012, Direttore della Scuola di Specializzazione in Radioterapia dal 2007 al 2014 ed è stato titolare di diversi incarichi di insegnamento presso numerosi Corsi di Laurea e Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Catania.

Il legame con l'Istituto di Radiologia di Catania è proseguito anche dopo il collocamento a riposo a fine ottobre 2014; il Professore Ettorre ha infatti svolto quotidianamente, con la sua caratteristica estrema puntualità e la solita intensa passione, attività di docenza presso la Scuola di Specializzazione di Catania, su invito dell'attuale Direttore, che è continuata fino allo scorso Giovedì 27 Luglio 2023, poco prima della Sua tragica e dolorosa scomparsa.

In quest'ultimo periodo della sua carriera professionale a Catania il Professore Ettorre è riuscito nell'oneroso compito di rilanciare una prestigiosa sede Universitaria riportandola ai suoi antichi splendori, trasmettendo i suoi principi e i suoi valori a una nuova generazione di radiologi siciliani che oggi, come Suoi Allievi, ne proseguono sulle sue orme il cammino professionale.

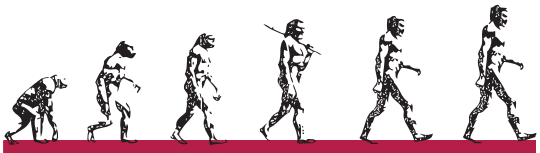
Ma tutto questo non racconta l'uomo che è stato e tanti sono i riconoscimenti e gli attestati di stima e di amicizia che il Professore Ettorre ha ricevuto nella vita.

Chi lo ha conosciuto e ha trascorso un'intera vita professionale con lui non può dimenticare la sua grande disponibilità ad aiutare a dipanare i casi più difficili che riusciva a trasformare in referti semplici e chiari, perché solo chi ha una grande conoscenza professionale e una grande onestà intellettuale riesce a farlo, senza nascondersi dietro terminologie barocche e inutili tecnicismi.

Queste qualità si accompagnavano al suo innato senso di amicizia e di correttezza con cui ha sempre affrontato le vicissitudini della vita, con la sua grande capacità di essere insieme umano e professionale, di saper allietare una serata tra gli amici con le sue innumerevoli barzellette e di saperti incoraggiare e consigliare sempre per il meglio.

Era una persona buona, incapace di parlar male di qualcuno, anche quando forse ne avrebbe avuto il diritto, anteponendo gli altri a sé stesso per un senso di innata generosità.

Se dovessimo descriverlo con poche parole lo potremmo definire un Leader gentile che faceva proseliti senza imporsi ma con l'eleganza e l'intelligenza del suo pensiero. Ora piangiamo l'uomo, l'amico e il Maestro ma, per chi lo ha conosciuto, Egli sarà sempre un Esempio. ■ *Luca Macarini*



PALEORADIOLOGIA

SEMPRE A SINISTRA

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202328

Paola Cosmacini

Nel sorprendente e ricchissimo *Badisches Landesmuseum* di Karlsruhe la sezione riservata all'arte etrusca conserva un sarcofago femminile: la donna è reclinata sul fianco sinistro, nella posa "classica" per il banchetto immortale **(figg. 1, 2)**. Siamo a Chiusi nel II secolo a.C., ma guardandolo ci torna alla mente che già nel VII sec. a.C. coloro che banchettano sono normalmente raffigurati distesi sul fianco sinistro: il gomito, come qui, è appoggiato su di un cuscino, lasciando libera la mano destra. Ne è esempio mirabile il bassorilievo assiro con la scena del cosiddetto *banchetto di Assurbanipal* (British Museum, BM 124920), proveniente dall'omonimo palazzo di Ninive e risalente alla metà del VII secolo **(fig. 3)**. Questa forma di banchettare si diffuse poi verso Occidente, tra gli Etruschi, in Grecia e, quindi, lungo le coste del Mediterraneo.

Figg. 1, 2

Ma perché rappresentare il corpo reclinato sempre così? Posto che il clinostatismo determina un aumento della pressione endoaddominale e favorisce il reflusso gastroesofageo, per banchettare era meglio mettersi sul fianco sinistro o su quello destro? E ancora, come digerire pur restando a lungo sdraiati in quei convivi che duravano svariate ore e prevedevano cibi copiosi e bevande a profusione?

È quello che hanno notato e si sono chiesti Paolo Mazzarello e Maurizio Harari, Professori a Pavia rispettivamente di Storia della Medicina e di Etruscologia, i quali su *Nature* hanno risposto a queste domande ipotizzando che la posizione in decubito laterale sinistro (DLS) fosse assunta proprio per facilitare la digestione: in tal modo la grande curvatura dello stomaco è libera di ampliarsi, di

Fig. 3

Fig. 3

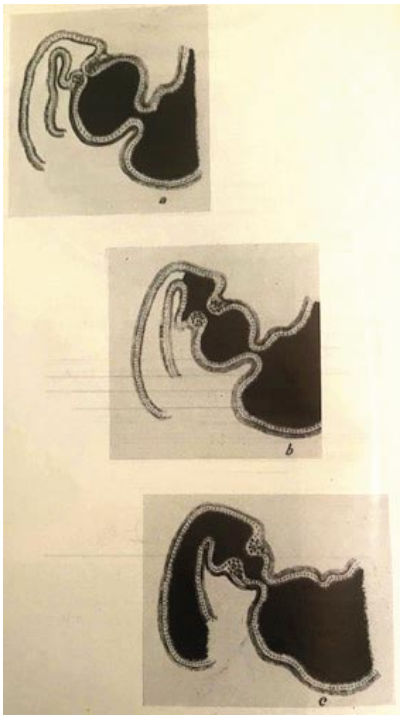


Fig. 4

distendersi e di agevolare l'accoglimento del bolo alimentare. Anzi, quasi naturalmente può accogliere una maggiore quantità di cibo: in DLS il bolo progredisce lentamente, la peristalsi antro-pilorica è rallentata e i fastidiosi disturbi digestivi (dispeptici) evitati.

Quando noi radiologi eseguivamo lo studio dell'apparato digerente (solitamente alla mattina appena arrivati in diagnostica… chi dei lettori, come me, ricorda?) controllavamo il "pasto opaco" scendere lungo l'area medio-gastrica e opacizzare le varie porzioni del viscere; aspettavamo la distensione dell'antro gastrico e l'apertura del piloro e sapevamo che «l'aria passa nel duodeno con paziente supino sul fianco sinistro» (C. Stuart, *Manuale di radiologia medica*, Piccin, Padova 1975, p. 386) **(fig. 4)**. L'importanza della regione antro-pilorica nello svuotamento dello stomaco era stata studiata dalla radiologia, allora «unico mezzo che permette di evidenziare le eventuali fasi di compenso e scompenso gastrico» (sempre C. Stuart, *Manuale di radiologia medica*, cit., p. 361); così come erano stati descritti i dati anatomo-funzionali del complesso meccanismo della peristalsi "di rimescolamento" e "espulsiva", della peristole gastrica (il "tono") e della "camera di espulsione" (quella "camera" creata dalla contrazione funzionale delle fibre circolari all'altezza dell'*angulus*, G. Toniolo, *Sul meccanismo di apertura dello sfintere pilorico*, Arch. It. Mal. App. Dig. 1936, 12: 459-482, **fig. 5**).

Oggi per lo studio funzionale dell'apparato digerente la radiologia non si usa più. È subentrata l'ecografia e l'ipotesi pavese è stata confermata proprio da uno studio in vivo eseguito da medici norvegesi, i quali, tenendo in debito conto anche lavori scientifici precedenti, hanno controllato ecograficamente e valutato, in entrambi i decubiti, le "*postprandial perceptions*", il volume gastrico e la distensione della regione antrale mettendoli quindi in relazione ai sintomi dispeptici. In decubito laterale destro (DLD) il bolo progredisce più rapidamente, il movimento antro-piloro è rapido, ma i sintomi postprandriali sono decisamente più accentuati causando forte disagio.

E dunque ecco dimostrato dalla diagnostica contemporanea quello che è stato correttamente ipotizzato. Effettivamente si doveva banchettare in DLS se si voleva restare sdraiati sul triclinio: è questa la posizione che aiuta la digestione quando si banchetta e che, anzi, permette proprio di poter restare a lungo sdraiati senza l'insorgenza di fastidiosi inconvenienti. Anche l'arte va guardata sempre con occhio clinico! ■

PER SAPERNE DI PIÙ:

1 Mazzarello P, Harari M, *Left to digest*, in «Nature» 2007, 448: 753. https://www.nature.com/articles/448753a

2 Valeur J, Berstad A, Hausken T, *The effect of body position on postprandial perceptions, gastric emptying, and intragastric meal distribution: An ultrasonographic study in reclining healthy subjects*, in «Scandinavian Journal of Gastroenterology» 2014, 50 (2): 1-4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25515140

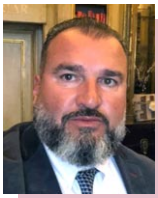
3 van Herwaarden MA, Katzka DA, Smout AJ, Samsom M, Gideon M, Castell DO, *Effect of different recumbent positions on postprandial gastroesophageal reflux in normal subjects*, in «Am J Gastroenterol» 2000, 95(10): 2731-6. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11051341

4 Badische Landesmuseum, Karlsruhe. https://www.landesmuseum.de/museum

SULLE SPALLE DEI GIGANTI

Breve storia della *mammografia*

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.06202329



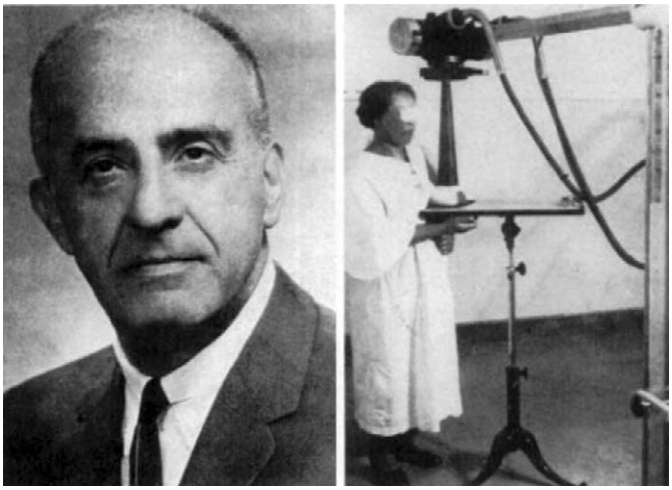
Duccio Buccicardi

Sebbene i raggi X siano stati notoriamente scoperti nel 1895 a Würzburg (Germania) da Röntgen, la prima mammografia fu eseguita solo nel 1913 dal chirurgo tedesco Albert Salomon, della Reale Clinica Chirurgica Universitaria di Berlino. Nel suo articolo "Contributi alla Patologia in Medicina Clinica del Cancro al Seno", eseguendo lo studio radiografico di circa 3000 mastectomie, dimostrò l'esistenza di diversi tipi di neoplasie mammarie e la loro modalità di diffusione attraverso i linfonodi ascellari, osservando per primo le microcalcificazioni. L'esplosione della Prima Guerra Mondiale interruppe i suoi sforzi e dovettero passare alcuni anni prima di pervenire alla valutazione mammografica vera e propria.

Nel 1927, il chirurgo tedesco Otto Kleinschmidt e il suo mentore Erwin Payr effettuarono e descrissero la prima mammografia, sottolineandone il ruolo cruciale nella diagnosi precoce del cancro al seno. Un articolo simile che analizzava il ruolo della radiologia nella valutazione dei tumori al seno fu pubblicato nel 1932 da Walter Vogel.

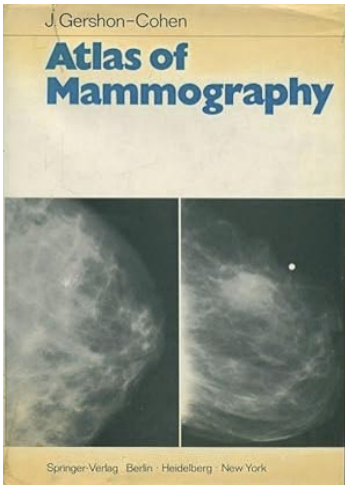
Nel 1930, il radiologo Stafford Warren eseguì la prima mammografia negli Stati Uniti. Egli ne analizzò il potenziale ruolo nella valutazione preoperatoria dei tumori mammari e descrisse l'aspetto fisiologico della ghiandola mammaria, sottolineando la necessità di esaminarle entrambe, poiché la comparazione consentiva una migliore identificazione delle anomalie.

Albert Salomon (1883-1976)

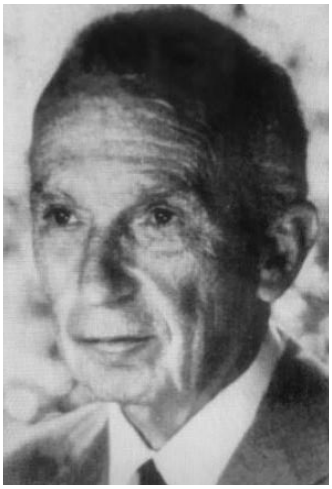


Jacob Gershon-Cohen (1899-1971)

A partire dalla fine degli anni '30, il radiologo Jacob Gershon-Cohen pubblicò diversi articoli sulla variabilità dell'aspetto radiografico normale del seno.



Atlas of Mammography
(Jacob Gershon-Cohen)



Raul Leborgne

Il suo lavoro fece un grande passo avanti quando iniziò a collaborare con il patologo Helen Ingleby, gettando nuova luce sulla comprensione delle neoplasie al seno, grazie alla correlazione tra gli aspetti patologici e radiografici. Nel loro lavoro "Anatomia Comparativa, Patologia e Radiologia del Seno", pubblicato nel 1960, analizzarono le anomalie congenite e le fisiologiche modificazioni delle mammelle in base all'età, allo stato mestruale, alla gravidanza e all'allattamento.
Alla fine degli anni '70 Gershon-Cohen inoltre pubblicò con Springer uno dei più importanti atlanti mammografici dell'epoca.
Un altro pioniere nell'evoluzione della mammografia fu Raul Leborgne, radiologo uruguayano. Nel 1951 pubblicò il primo lavoro sulle microcalcificazioni e i relativi pattern, sottolineandone il ruolo cruciale nel discriminare patologie benigne e maligne ed identificare precocemente i tumori non palpabili. Leborgne sviluppò inoltre la tecnica di compressione della mammella per migliorare la qualità delle immagini e ridurre l'irradiazione. Le sue intuizioni fanno ancora parte della pratica clinica standard nell'esecuzione della mammografia.

La consapevolezza pubblica del cancro al seno fece un grande passo avanti dopo la Seconda Guerra Mondiale: fu riconosciuto come la seconda causa di morte tra le donne e si sottolineò la necessità di ottenere una diagnosi più precoce ed accurata. Tuttavia, fu solo alla fine degli anni '60 che la mammografia iniziò a diffondersi come possibile strumento di screening.

Prima degli anni '50, la maggior parte delle apparecchiature radiografiche utilizzate per eseguire le mammografie non erano dedicate e, conseguentemente, i risultati iconografici si rivelavano sub-ottimali e l'irradiazione troppo elevata.

Nel 1955, John Faunce Roach, radiologo americano, fu il primo ad evidenziare il potenziale ruolo della xeroradiografia per ottenere una migliore risoluzione di contrasto delle immagini nonché una minore dose radiante.

Nel 1965, Charles Gross, radiologo francese, sviluppò la prima unità dedicata alla mammografia, dotata di tubo radiogeno al molibdeno con punto focale di 0,7 mm (che garantiva un'elevata risoluzione contrastografica e pertanto consentiva di differenziare parenchima, tessuto adiposo e microcalcificazioni) e di un innovativo sistema di compressione della mammella.

Robert Egan, radiologo americano, sostenne con entusiasmo la diffusione della mammografia negli Stati Uniti e i suoi lavori, pubblicati nella seconda metà degli anni '60, indussero il Cancer Control Program (CCP) del Servizio Sanitario Pubblico degli Stati Uniti ad effettuare uno studio multicentrico che coinvolse 24 istituzioni e 1.500 pazienti e dimostrò il ruolo della

XERORADIOGRAPHY

JOHN FAUNCE ROACH, M.D.

Professor of Radiology, Albany Medical College of Union University; Radiologist-in-Chief, Albany Medical Center Hospital, Albany, New York

The electrostatic process which is known today as xerography was first described by Carlson[1] in 1937 and was patented by him at that time. Interest initially was in the field of the graphic arts, where it was tried as a photographic recording medium. The first utilization of the process involving roentgen rays was described by McMasters[2, 3] in relation to the nondestructive testing of metal forms such as castings. It was not until the early 1950's, however, that the medical adaptation of xerography was undertaken by Roach and Hilleboe.[4, 5] They came upon the process in their attempts to find means of providing diagnostic x-ray facilities at a time of civilian disaster, and it was along this line that their early investigations were undertaken.

The physical phenomenon upon which xerography depends is one of the qualities of the semiconductor—its ability to change from a material of high electrical resistance in the resting state to one of relatively low resistance when activated by radiant energy. Though many semiconductors are available, selenium thus far has been the one of choice. By means of a carefully controlled process, pure selenium is deposited on a supporting metal base, such as a sheet of aluminum. The metal plate with its firmly adherent coating of selenium is then enclosed in a light-tight frame, much in the fashion of a piece of photographic film. To use the plate, one inserts it and its protecting frame in a light-tight box and, after having removed the light slide, a series of corona discharge wires are electromechanically passed close to the surface of the selenium. In transit, they deposit on the surface of the selenium a positive electrostatic charge, and by attraction a similar negative charge forms on the metal plate. The light-tight cover is then replaced and the plate extracted from the charger. It is then ready to be exposed. This is done in the conventional x-ray manner, using the plate as one would an ordinary cassette.

When radiation strikes the charged xeroradiographic plate, the resistance of the selenium drops in proportion to the quantity of radiation striking the plate at any one point, and the charge which had been held on the surface of the selenium is dissipated selectively by a migration of electrons from the metal base through the selenium. At the end of the x-ray exposure, therefore, there remains on the selenium surface a residual of the original electrostatic charge, the pattern of which is dependent on the pattern of radiation that impinged upon the plate—which, in turn, is a function of the varied radiodensities of the object which interposed between the source of radiation and the plate.

To make the latent electrostatic image visible, the surface of the selenium is exposed to a cloud of powder particles which have been negatively charged. The negative powder particles cling to those portions of the plate which have retained a positive charge, and the density of the powder deposit at any one point is directly proportional to the quantity of charge that had remained at that point. At the completion of the process, one then has an image in powder which is representative of the radiodensities of the object which had been x-rayed.

It is perhaps interesting to note here

Radiologic Clinics of North America—Vol. VIII, No. 2, August, 1970 271

Articolo di John Faunce Roach sulla xeroradiografia

Robert Egan

Philip Strax

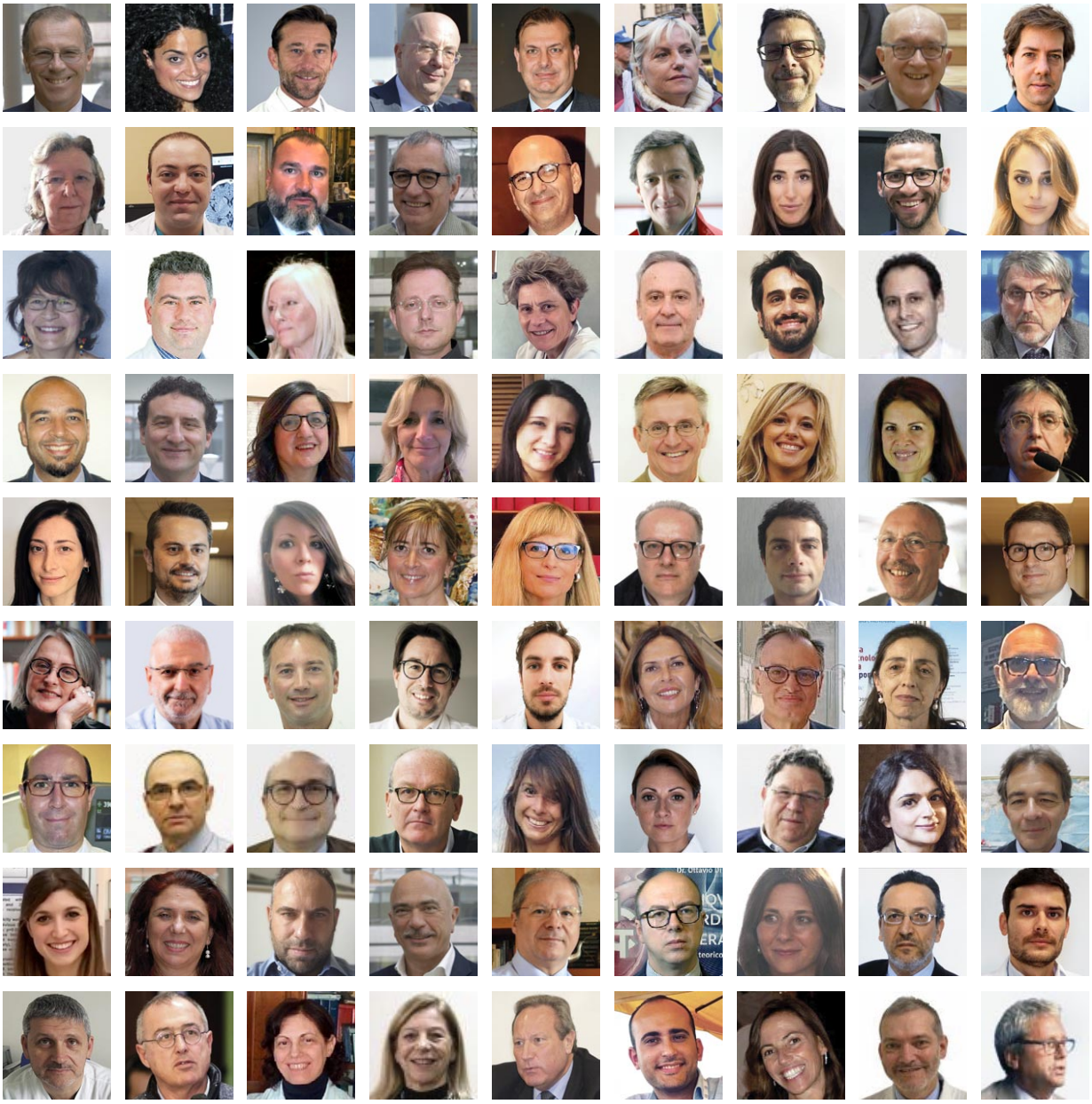
mammografia come esame di screening, poiché era in grado di individuare tumori non palpabili da sottoporre a biopsia (fino ad allora, la mammografia veniva utilizzata solo nei casi più complicati, in cui l'esame fisico non era conclusivo).

Negli anni '70, Philip Strax, radiologo newyorkese, sottolineò la necessità di studiare le donne con esame clinico completamente negativo. In collaborazione con la compagnia assicurativa privata Health Insurance Plan of Greater New York (HIP), pubblicò i primi risultati significativi sulla riduzione della mortalità ottenuta attraverso lo screening. Fu condotto uno studio che includeva 60000 donne di età compresa tra i 40 e i 64 anni, metà delle quali fu sottoposta a visita clinica annuale con mammografia per i successivi 4 anni (mentre l'altra metà non fu invitata al controllo periodico), pubblicato nel 1971 sul Journal of the American Medical Association, che dimostrava una riduzione del tasso di mortalità del 30% nelle pazienti del primo gruppo. In questo primo studio, il tasso di partecipazione si assestava intorno al 46%.

Nel 1988 furono pubblicati i primi risultati dello studio di screening di Malmö, condotto su donne di età compresa tra i 43 e i 69 anni, con 21.088 donne invitate allo screening e 21.195 donne nel gruppo di controllo, con tasso di adesione intorno al 70%, che dimostrò una riduzione della mortalità superiore al 20% nelle donne di età superiore ai 55 anni. Ulteriori successivi studi (trial di screening di Göteborg e del Regno Unito) confermarono i risultati sulla riduzione complessiva della mortalità e dimostrarono una riduzione della mortalità nelle donne più giovani.

Si rese progressivamente necessario categorizzare e sistematizzare le lesioni mammarie e pertanto, nel 1993, venne introdotto il Sistema di Segnalazione e Raccolta Dati per l'Imaging del Seno (BI-RADS).

La mammografia digitale, la tomosintesi e la mammografia con mezzo di contrasto, innovazioni introdotte a partire dai primi anni del nuovo millennio, ci portano ai giorni nostri. ■



Nell'ordine:

Bruno Accarino • Gloria Addeo • Alberto Aliprandi • Giulio Argalia • Antonio Barile • Antonella Bellacqua • Michele Bertolotto • Corrado Bibbolino • Pierluigi Bonomo • Alda Borrè • Federico Bruno • Duccio Buccicardi • Stefano Canitano • Vito Cantisani • Ferdinando Caranci • Serena Carriero • Calogero Cicero • Anna Colarieti • Paola Cosmacini • Rolando Maria D'Angelillo • Maria Luisa De Rimini • Vincenzo De Ruvo • Eleonora Del Giudice • Ernesto Di Cesare • Marco Di Serafino • Antonio Esposito • Ernesto Esposito • Zairo Ferrante • Riccardo Ferrari • Angelina Filice • Laura Forzenigo • Viviana Frantellizzi • Gabriele Gasparini • Claudia Giaconi • Ilaria Giannetta • Andrea Giovagnoni • Roberta Grassi • Claudio Guerra • Priscilla Guglielmo • Cinzia Iotti • Barbara Jereczek-Fossa • Antonio Lanzillotta • Carlo Liguori • Francesco Lucà • Andrea Magistrelli • Silvia Magnaldi • Giovanni Mandoliti • Filippo Mangiapane • Icro Meattini • Alberto Miceli • Stefania Montemezzi • Alfredo Muni • Raffaella Niola • Stefano Panareo • Pasquale Paolantonio • Pierpaolo Pattacini • Antonio Pinto • Fabio Pinto • Barbara Polistena • Grazia Pozzi • Ilan Rosenberg • Michela Erika Rossano • Palmino Sacco • Viola Salvastrini • Francesca Salvia • Antonio Saponaro • Paolo Sartori • Germano Scevola • Arnaldo Scardapane • Daria Schettini • Michele Scialpi • Matteo Sepulcri • Stelvio Sestini • Federico Spandonaro • Angela Spanu • Alessandra Splendiani • Claudio Testuzza • Mario Tortora • Margherita Trinci • Gianluca Valeri • Gianfranco Vallone.

Un grazie di cuore a tutti gli amici che hanno collaborato
alla realizzazione de Il Radiologo nell'anno appena trascorso.
Un affettuoso augurio di un sereno 2024 a tutti i nostri lettori!

La redazione

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.