IL RADIOLOGO

GENNAIO
FEBBRAIO
1>2024

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 LXIII - N. 1
GENNAIO - FEBBRAIO 2024

Editore
SIRM - SNR
Piazza della Repubblica, 32
20124 Milano

Redazione
Via della Signora, 2 - Milano

Impaginazione grafica
Tipografia Mariti
Tel. 06 538653 - 06 68801736
e-mail: info@tipografiamariti.it

Questo numero è stato chiuso nel mese di marzo 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

GENNAIO FEBBRAIO 1>2024

LE PAGINE SNR

3 | Troppi esami, rivediamo la deriva aziendalistica - *G. Argalia*

4 | Malasanità e indennizzi: la nuova edizione del Medmal Report - *C. Giaconi, C. Guerra*

6 | La legge di bilancio 2023 - *F. Lucà*

9 | La Corte di Giustizia UE in merito all'indennità per le ferie non godute - *M. E. Rossano*

10 | C'è vita su marte? dalle nuove regole sul patrocinio legale nel CCNL del 23 gennaio 2024 dell'area sanitaria alla possibile stabilizzazione dello scudo erariale e di quello penale - *M. Montini*

13 | Lo stato giuridico della dirigenza medica e sua collocazione nella p.a. - *F. Lucà*

15 | Come chiedere l'anticipazione ordinaria della liquidazione (TFS/TFR) - *G. Mandoliti*

LE PAGINE SIRM

16 | ECR 2024

18 | SIRM Giovani. Alla scoperta di Vienna attraverso gli occhi dei giovani radiologi: ECR2024 e segreti della città - *S. Carriero*

21 | Elezioni SIRM

22 | SIRM Forense. Il limite del CTU nell'acquisizione di documentazione medica - *G. Pasceri, V. Martines*

LE PAGINE AIRO

25 | Presidenza AIRO 2024-2025 - *M. Krengli*

27 | Oblio oncologico, il risorgimento, negli occhi di chi ha sofferto - *M. Krengli, F. Lucà, G. Mandoliti, G. Montesi*

30 | Coordinatori gruppi di studio

LE PAGINE AIMN

31 | Da Palo Alto a Prato: una scuola AIMN dedicata alla quantificazione delle neuro-immagini bio-molecolari mediante software do-lab research edition - *A. L. Martini, A. Chincarini, P. Bosco, R. Simeone, D. Cecchin, L. Fedeli, S. Sestini*

36 | Ruolo della Medicina Nucleare nel percorso diagnostico terapeutico del paziente oncologico

LE PAGINE DELLE RUBRICHE

38 | Da un bimestre all'altro. Il Decreto Milleproroghe ha partorito un vero scudo penale o una norma "placebo"? Sarà un viatico reale per la commissione "Nordio"? - *C. Guerra, A. Saponaro*

41 | Da un bimestre all'altro. Nuovo gel ecografico - *C. Bandini*

42 | Sulle spalle dei giganti. Le macchine a Raggi X per la misurazione delle scarpe: quando il marketing incontra la radiologia - *D. Buccicardi*

45 | Letto per Voi. 2083 - Intelligenze artificiali tra anime in stand-by di Zairo Ferrante - *P. Sacco*

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202401

SEGRETERIA NAZIONALE

Segretario Nazionale F.F.
Giulio Argalia

Vice Segretario Nazionale
Gabriele Gasparini

Segretario Amministrativo
Giovanni Mandoliti

Coord. Interregionale Nord
Zairo Ferrante

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

TROPPI ESAMI, RIVEDIAMO LA DERIVA AZIENDALISTICA

Giulio Argalia

È un momento complesso per il Ssn e per le professioni. La complessità viene da lontano e a mio parere occorre riportare il rapporto medico paziente al centro della assistenza sanitaria, stretta da lacci a lacciuoli che rendono il clima lavorativo invivibile. Troppe persone creano spesa ed intralci per dire ciò che va fatto senza averlo fatto mai. **La deriva aziendalista ha creato controllori troppo spesso inutili.** Certo occorrerà buttare l'acqua salvando il bambino ovvero mantenere quelle consapevolezze gestionali create negli ultimi 30 anni e prima ignorate dai più. La salute non ha prezzo ma la sanità ha un costo. Ma il troppo è troppo…

I radiologi devono accompagnare il tumultuoso progresso tecnologico e la pressione dell'indotto che crea domanda spesso poco utile clinicamente, aggiornandosi ma anche **resistendo alle pressioni di coloro che chiedono sempre più esami senza una verifica della loro reale efficacia sulla popolazione. Troppi protocolli che creano domanda poco utile dovrebbero essere rivisti.**

Gli esami radiologici sono almeno raddoppiati negli ultimi 20 anni (150 milioni). I radiologi sono più o meno sempre gli stessi: circa 12/13 mila di cui 6000 dipendenti del SSN. **Occorre lavorare sulla appropriatezza, come ha detto il ministro Schillaci, ma aumentare il numero dei dipendenti. Anche perché la spinta alla produttività fordista crea disaffezione e fuga dal servizio sanitario pubblico.** Nell'aumentare il numero dei dipendenti occorre anche agire sulla programmazione e sulle scuole di specializzazione: Il numero chiuso nacque per arginare la pletora medica. Negli anni 80 decine di migliaia di medici rimasero senza lavoro per anni e anni dopo lunghi studi che non consentivano altri lavori se non quello medico. Come sempre poi si è esagerato sbagliando la programmazione con numeri bassi e metodi di selezione bizzarri. I numeri ed i metodi di accesso alla specializzazione provocano carenze gravi in questo momento, creando il vuoto nelle specialità, come la medicina d'urgenza e la chirurgia ad esempio, oggi a rischio.

Altra questione importantissima sul tavolo è la depenalizzazione dell'atto medico. Un primo passo è stato fatto, ma sono in molti a sottolineare quanto non sia sufficiente. **Per SNR è importante quanto ottenuto ad ora, ma inefficace se non si argina il mercimonio legale all'americana fatto sulla pelle degli operatori sanitari.**

Il progresso tecnologico e lo sviluppo dell'IA infondono speranza e pongono interrogativi. Occorre governare il cambiamento evitando la stupidità naturale di chi, pur di lanciare nuovi prodotti, crea false illusioni ed aspettative come nel Far West con le lozioni per la crescita dei capelli. La clinica ed il rapporto umano rimangono ovviamente insostituibili, aiutati costantemente dalle acquisizioni e dagli aggiornamenti. **La radiologia è in prima linea nel governo delle prospettive future senza dimenticare la centralità dell'uomo.** ■

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

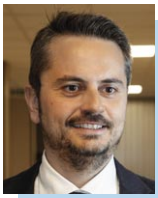
Puglia
Egidio Guerra

Sicilia
Giambattista Privitera

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202402

MALASANITÀ E INDENNIZZI:
LA NUOVA EDIZIONE DEL MEDMAL REPORT

Claudia Giaconi



Claudio Guerra

Fare sempre causa a un medico, anche quando il medico ha fatto del suo meglio per curarci, non è la soluzione per risolvere i problemi del nostro Servizio Sanitario Nazionale-SSN.

In Italia, secondo le stime del Ministero della Salute (in collaborazione con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), i casi per cui alla cura di un paziente segue una controversia, ogni anno, sono circa 35.000. Le denunce contro medici e sanitari sono triplicate negli ultimi 15 anni. È interessante, poi, notare come il 98,8% dei casi con denuncia per lesione colposa e il 99,1% per omicidio colposo siano stati archiviati. Tutto ciò ha portato allo sviluppo di quella che è comunemente chiamata medicina difensiva, causa essa stessa di malasanità. Con il termine medicina difensiva si indica l'insieme delle pratiche condotte, oltre che per assicurare la salute del paziente, per garantire le responsabilità medico-legali seguenti alle cure mediche prestate.

La cosiddetta "malasanità" è un fenomeno molto complesso e per arginarlo, oltre a seguire protocolli e buonsenso, perseguendo sempre il benessere dei pazienti, bisogna combattere la corruzione, l'inappropriatezza delle cure e la medicina difensiva, creando un clima di maggiore serenità per permettere a tutti gli operatori sanitari di lavorare al meglio.

Stime del 2014, fornite dall'Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità, indicano che gli sprechi attribuibili alla medicina difensiva variano tra i 10-13 miliardi di euro all'anno; spesa che, se recuperata, permetterebbe di migliorare ulteriormente il nostro sistema sanitario, dando serenità ai professionisti della salute e, di conseguenza, ai pazienti.

La legge 24/2017, ovvero la legge Gelli Bianco, in vigore dal 1 aprile, promulga le nuove regole sulla sicurezza delle cure in sanità. Gli obiettivi sono la tutela degli utenti, attraverso una rete di prevenzione degli errori in corsia, e il tentativo di frenare la mole di contenzioso che si è sviluppata in materia e che ha condizionato l'attività dei medici, contribuendo ad aumentare il ricorso alla cosiddetta "medicina difensiva". E' riuscita la legge in questo intento?

Sono 66 i sinistri che avvengono ogni anno in media in una struttura ospedaliera italiana, e, nonostante un trend che dal 2009 registra qualche riduzione anno su anno (fatta eccezione per l'anno 2012), globalmente nel decennio il tasso di rischio, quindi la frequenza di sinistri, è aumentato: +4,8% ogni 100 medici, +2,7% ogni 100 posti letto e +7,2% ogni 1.000 ricoveri. Questo è quanto emerge dalla sesta edizione del Medmal Claims Italia, il report di Marsh che quest'anno ha analizzato le richieste di risarcimento danni di 10 anni (2004–2013), su un campione di 89 strutture rappresentativo del territorio nazionale della sanità pubblica.

Nel 2022 il costo medio dei sinistri da Medical Malpractice ha superato i 130mila euro, + 33% dal 2012 e +11% rispetto al periodo pre-Covid. In aumento soprattutto le infezioni correlate all'assistenza: in media più di 142mila euro per singola pratica e tempi di chiusura tra i più alti (3 anni).

Marsh, leader globale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi, ha pubblicato la nuova edizione del MedMal Report, lo studio annuale sull'andamento della Medical Malpractice in Italia basato sull'analisi quantitativa e qualitativa delle richieste di risarcimento danni da Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera dal 2005 al 2022. In totale sono 42.000 le richieste di risarcimento

pervenute alle strutture sanitarie appartenenti al campione nei dieci anni. Lo studio ha coinvolto un campione di 84 aziende sanitarie in Italia. Nel 2022 il costo medio dei sinistri nel campione analizzato è stato di 130 mila euro, delineando un trend di crescita nei costi, aumentati del 33% in undici anni (97mila euro nel 2012) e dell'11% rispetto al periodo pre-Covid (117mila euro nel 2019). Su un periodo complessivo di 11 anni, il costo medio dei sinistri si attesta a 116mila euro. In aumento anche il liquidato medio per singola pratica, 96mila euro a fronte degli 84mila della precedente edizione.

In diminuzione le richieste di risarcimento per singola struttura sul campione analizzato, 27 in media ogni anno, ma salgono i sinistri nelle aziende ospedaliere di secondo livello (55 in media ogni anno, erano 31 nella scorsa edizione) e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (47 in media, erano 32 nella scorsa edizione). Questi ultimi sono anche quelli ad affrontare gli importi medi più elevati in termini di costo (137mila euro) e di liquidato (138mila euro).

Il tasso di rischio a livello nazionale è di 5,32 sinistri ogni 100 medici (in lieve aumento rispetto ai 4,9 della scorsa edizione), con un costo di 6.718 euro per sinistro (in aumento rispetto ai 6.571 della corsa edizione). 2,16 sinistri ogni 100 infermieri e 1,11 sinistri ogni 1000 ricoveri. Ogni ricovero, inoltre, implica un costo aziendale di 140 euro.

È stato evidenziato come il trend di decrescita dei sinistri per singola struttura sia un dato sicuramente positivo per il nostro Sistema Sanitario, indice di un miglioramento nella loro gestione attraverso l'adozione di misure preventive utili a ridurre i rischi e incrementare la qualità e la sicurezza delle cure erogate. Tuttavia, si rileva parallelamente un andamento di senso opposto nell'ambito dei costi per singola pratica e del liquidato, che suggerisce quindi un aumento della complessità dei sinistri e, potenzialmente, un loro maggiore peso sui bilanci delle aziende sanitarie.

Sul piano delle frequenze, gli errori chirurgici si confermano ancora una volta la principale fonte di richieste di risarcimento, con il 32% del totale dei sinistri nel campione d'analisi. Seguono errori diagnostici, 22%, ed errori terapeutici, 10%, aumentati di quasi il 60% negli ultimi cinque anni.

Le specialità più a rischio restano l'Ortopedia/traumatologia (19,4% sul totale dei sinistri a database), il DEA/Pronto Soccorso (16%), l'Ostetricia e Ginecologia (quasi il 10%) e la Chirurgia Generale (9%). Sul piano economico, gli errori chirurgici sono la principale voce di costo (27% del totale costi, con costo medio di 87mila euro), seguiti dagli errori diagnostici (23%, con costo medio di 132mila euro). Ovviamente gli errori diagnostici prevalentemente imputabili alla condotta omissiva, a differenza degli errori chirurgici delineabili nella condotta commissiva, vengono riconosciuti in tutti quei casi nei quali il ritardo diagnostico (dovuto all'omissione) ha prodotto un danno al paziente. Particolare attenzione agli errori da parto, che seppur poco frequenti gravano per il 14% del totale costi, alla luce del costo medio di 440mila euro. Specialità con maggiore impatto economico sono Ostetricia e Ginecologia (21%), Ortopedia/traumatologia (12%), DEA/Pronto soccorso (11%) e chirurgia generale (10%).

Lo studio di Marsh approfondisce in particolare le infezioni correlate all'assistenza (ICA). Un fenomeno in crescita (il 9% del costo totale dei sinistri, a fronte del 4,7% del 2012) con costi per singola pratica tra i più elevati (più di 142mila euro) e tempi di chiusura tra i più alti (3 anni, a fronte di un tempo medio di chiusura dei sinistri di 2,8 anni). Dall'analisi delle richieste di risarcimento per ICA emerge come il 34% delle infezioni denunciate porti al decesso del paziente. Le infezioni più frequenti sono quelle post chirurgiche, il 52% del totale. Rilevanti anche le infezioni sistemiche: incidono per il 10% del totale, ma nel 69% dei sinistri portano al decesso del paziente; inoltre, presentano costo medio più alto (230mila euro) e il liquidato di punta (2 milioni e 200 mila euro) tra le infezioni nel campione di analisi.

Secondo lo studio Marsh, il 65% delle aggressioni coinvolge gli operatori sanitari. Nel 70% dei casi le aggressioni danno luogo a lesioni personali, nel 24% a danni a oggetti e nel 6% a decesso dell'aggredito. Gli eventi a maggior frequenza avvengono nell'Area di Salute mentale, 55% del totale sinistri per aggressione (al suo interno l'unità operativa di psichiatria, che da sola copre il 51% delle richieste di risarcimento totali). Ricordiamo il caso penoso della dottoressa Barbara Capovani uccisa al termine del turno nel reparto di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Tra le aggressioni a operatori sanitari seguono i reparti di Emergenza Urgenza (12%) e l'area medica (10%).

Oltre alla sfera clinico assistenziale, altri elementi di criticità continuano a mettere alla prova la sicurezza delle Aziende Sanitarie e dei pazienti, come ad esempio la gestione dei rischi legati al personale e all'organizzazione del lavoro. In questa prospettiva l'implementazione di strategie e modelli di identificazione e mitigazione di tutte le esposizioni, insieme a una più profonda e radicata promozione della cultura del rischio, può essere la chiave per rafforzare la solidità di un settore da sempre vitale per il nostro Paese. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202403

Francesco Lucà

LA LEGGE DI BILANCIO **2023**

Partiamo da quelli che sono gli inequivocabili dati forniti a livello internazionale ovvero che in Italia gli investimenti in sanità sono sotto la media Ocse. I Paesi europei più vicini a noi come la Germania e la Francia investono fino al doppio o poco meno. Questo dato è soprattutto negativo se si valuta in rapporto al Pil.

Dopo le molteplici promesse a livello ministeriale avevamo sperato che la Legge di Bilancio di quest'anno permettesse un salto di qualità in quanto a sostegno della sanità pubblica altamente a rischio di inadeguatezza. Il testo della Legge mostra un apparente aumento del finanziamento per il SSN ma, una attenta lettura del dato economico, ci permette di osservare che lo stanziamento in più serve per troppe voci del sistema sanitario.

Questi incrementi dovranno finanziare il rinnovo dei contratti; l'incremento della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive per il personale sanitario; i nuovi tetti della spesa farmaceutica; le modalità per l'abbattimento delle liste di attesa che, con l'innalzamento della spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da parte dei privati, li coinvolge direttamente; l'aggiornamento dei Lea; il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Di fatto dovendo coprire tutta questa serie di coperture economiche i Fondo Sanitario Nazionale è ampiamente stimabile in riduzione rispetto al Pil. Se poi valutiamo voce per voce riguardo al finanziamento contrattuale lo stanziamento appare risibile considerando quale sia l'andamento inflattivo del periodo che sarebbe coperto dal nuovo contratto 2022-24 ma soprattutto per la necessità di far fronte alle carenze di dirigenti e comparto che servirebbero per la sanità.

Quindi dopo aver raggiunto di recente l'intesa sul precedente triennio contrattuale con risorse risibili, ci troveremo a contrattare un nuovo accordo che non copre l'inflazione ed equivale alla perdita del valore di acquisto dei salari dei dirigenti in sanità. L'aumento del valore economico delle prestazioni aggiuntive con tutte le sue limitazioni per stanziamento, numero di prestazioni erogabili dai singoli e coinvolgimento anche dei privati nell'abbattimento delle liste di attesa, è un rimedio che non porterà a nulla fino a che non metteranno in campo, per stroncare alla sorgente il "falso" problema delle liste di attesa, le modalità sull'inappropriatezza prescrittiva che è il quasi unico colpevole delle liste.

COMMI DAL 27 AL 31 (INCREMENTO DELLE RISORSE PER LA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA DEL PUBBLICO IMPIEGO PER IL 2022-2024)

Per i CCNL 2022/24 del Pubblico Impiego lo Stato stanzia 3 miliardi € per il 2024 e 5 miliardi € dal 2025 ma tali risorse si applicano anche al personale convenzionato con il S.S.N., quindi il vero finanziamento del SSN è di soli 800 milioni. Per i contratti 2022-24 del Pubblico Impiego il Governo mette miliardi ma servono anche ai rinnovi delle convenzioni con medici di famiglia, pediatri, specialisti Asl, comprendendo anche i ritocchi delle indennità di specificità medico-veterinaria e dell'altro personale secondo indicazioni dell'atto di indirizzo del contratto nazionale.

COMMI DA 157 A 161 (DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ADEGUAMENTO DELLE ALIQUOTE DI RENDIMENTO DELLE GESTIONI PREVIDENZIALI)

In Commissione Bilancio è stato approvato un emendamento che cancella i tagli alle pensioni di vecchiaia di medici, operatori sanitari, dipendenti degli enti locali, ufficiali giudiziari e insegnanti, mentre, esclusa la sanità, vengono confermati i tagli alle pensioni anticipate. In base all'emendamento, non ci sono decurtazioni *"ai soggetti che maturano i requisiti per il pensionamento entro il 31 dicembre 2023 e nei casi di*

cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età o di servizio". L'accesso alla pensione anticipata *"è consentito se risulta maturata un'anzianità contributiva di 42 anni e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne"*. Per questo al personale sanitario sarà consentito restare in servizio oltre il quarantesimo anno di servizio ma non oltre i 70 anni. Per i medici e le altre categorie di dipendenti pubblici già citate, la riduzione del trattamento pensionistico è *"ridotta in misura pari a un trentaseiesimo per ogni mese di posticipo dell'accesso al pensionamento rispetto alla prima decorrenza utile per gli iscritti alla cassa per la pensione dei sanitari"*.

Soffermiamoci sul taglio alle pensioni - Partiamo dall'abbassamento dei coefficienti di calcolo degli anni fino al 1995. La revisione in peggio, per medici, operatori sanitari, dipendenti degli enti locali, ufficiali giudiziari e insegnanti, non ci sarà per chi si pensiona all'età "di vecchiaia", 67 anni. Ma medici iscritti a Cps potranno recuperare 1/36mo della pensione calcolata nel vecchio modo per ogni mese che ritarderanno l'anticipo del pensionamento. La pensione arriverà dopo 3 mesi dalla data di maturazione dei requisiti se questa cade nel 2024, dopo 4 mesi se cade nel 2025, dopo 5 se cade entro 2026, 7 mesi se è entro il 2027 e 9 mesi se entro il 2028. Per finanziare il parziale dietrofront sulle pensioni il governo ha dovuto trovare adeguate coperture economiche che prevedono futuri tagli al finanziamento del S.S.N. per oltre 3 miliardi in un decennio a partire dal 2033.Nella relazione tecnica allegata all'emendamento si spiega infatti come, se fino al 2032, i maggiori oneri verranno compensati quasi totalmente dall'impatto positivo derivante dalla possibilità di trattenimento in servizio fino ai 70 anni, questi inizieranno a farsi successivamente più pesanti, fino a toccare i 500 milioni nel 2035 e salire a 1,1 miliardi nel 2043.

COMMA 179 (MISURE IN MATERIA DI CONGEDI PARENTALI)

Per i genitori che fruiscono alternativamente del congedo parentale, per il solo 2024, la misura dell'indennità riconosciuta per il mese ulteriore entro il sesto anno del bambino è pari all'80 per cento della retribuzione, invece che al 60 per cento. Tale disposizione si applica ai lavoratori che terminano, dopo il 31 dicembre 2023, il periodo di congedo di maternità o di paternità. Una circolare dell'Inps al riguardo chiarisce la norma. ***"Il congedo parentale spetta ai genitori, che siano in costanza di rapporto di lavoro, entro i primi 12 anni di vita del bambino per un periodo complessivo, tra i due genitori, non superiore a dieci mesi, elevabili a undici se il padre lavoratore si astiene dal lavoro per un periodo, continuativo o frazionato, di almeno tre mesi. I periodi di congedo parentale possono essere fruiti dai genitori anche contemporaneamente."***

Spetta un'indennità pari al 30% della retribuzione media giornaliera, calcolata in base alla retribuzione del mese precedente l'inizio del periodo di congedo, entro i 12 anni di età del bambino (o dall'ingresso in famiglia in caso di adozione o affidamento) e per un periodo massimo complessivo (madre e/o padre) di nove mesi. Per il primo mese l'indennità sale all'80% mentre l'indennità per il secondo mese all'80% nel 2024 riguarderà solo le famiglie che terminano il congedo obbligatorio quest'anno.

COMMI DA 218 A 222 (INCREMENTO DELLA TARIFFA ORARIA DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE)

Per far fronte alla carenza di personale sanitario del S.S.N. e ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, si estende fino al 31/12/2026 la facoltà di incrementare le tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico, disponendo che tale incremento riguardi, dal 2024 al 2026, tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Rimangono i vincoli che riguardano il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi. Per tali finalità è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto.

COMMA 232 (MISURE PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA)

Si autorizzano Regioni e Province autonome a potersi avvalere fino al 31/12/2024 dell'incremento della tariffa oraria per prestazioni aggiuntive del personale medico e sanitario, potendo coinvolgere anche le strutture private accreditate in deroga alla normativa vigente sui limiti dati dal tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, per il recupero delle liste d'attesa. Il limite di spesa previsto per l'attuazione di tali misure è fissato ad una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale per lo Stato per l'anno 2024.

Abbattimento liste di attesa

I Commi precedentemente citati estendono dal 2024 a tutto il 2026 l'aumento a 100 euro orari per i medici e 60 per gli infermieri e tecnici per prestazioni aggiuntive extra orario. Ma le Regioni possono coinvolgere anche le strutture private accreditate di fatto sottraendo fondi al sistema pubblico per darlo ai privati, anche se convenzionati, con un costo di 520 milioni da ripartire tra le Regioni

COMMA 233 (AGGIORNAMENTO DEL TETTO DI SPESA PER GLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATI)

Le Regioni per l'erogazione dei Lea possono ricorrere al privato convenzionato alzando nel 2024 i tetti dei rimborsi delle tariffe di un 1% rispetto al 2011, di un 3% nel '25, e di un 4% dal '26, fermo restando l'obbligo di pareggio di bilancio. Il governo aggiornerà i livelli di assistenza con 50 milioni di euro nel 2024 e 200 milioni dal '25 in poi. Di fatto si sottraggono finanziamenti al sistema pubblico per darli al privato, se pur convenzionato.

COMMI DAL 244 AL 246 (ULTERIORI MISURE IN MATERIA DI POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE)

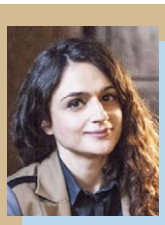
Per implementare gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto al Pnrr per il potenziamento dell'assistenza territoriale, soprattutto rispetto alla spesa per il personale da reclutare anche superando i limiti di spesa previsti dalla legislazione, la spesa massima autorizzata è incrementata di 250 milioni di euro per il 2025 e di 350 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del S.S.N.. Nel contempo alcune Regioni chiedono di rinviare al 2026 "le scadenze per sostituire le grandi apparecchiature vetuste perché non sarebbero in grado di accogliere le nuove tecnologie e metterle in funzionamento" perché "mancano alcuni adempimenti come" lo smaltimento della vecchia apparecchiatura e i lavori necessari per adeguare i locali e far posto alla nuova macchina".

COMMI DA 445 A 463 (RIPIANO DISAVANZO REGIONI A STATUTO ORDINARIO)

I Lep rappresentano un punto cardine per l'attuazione del federalismo regionale, per questo alle Regioni che presentano un disavanzo di amministrazione al 31/12/2021 è riconosciuto per gli anni 2024-2033 un contributo annuo di euro 20 milioni, da ripartire, in proporzione al ripiano annuale del disavanzo e alle quote di ammortamento dei debiti finanziari al 31 dicembre 2021.

Voglio concludere questa disamina della Legge di Bilancio riportando quanto scritto nel 19° Rapporto del Crea Sanità uscito a fine di gennaio u.s.: *Lo stipendio dei medici in Germania e Regno Unito è, a parità di potere di acquisto rispettivamente del 79% e del 40% maggiore di quello dei medici italiani. L'Italia perde ancora terreno nella spesa sanitaria rispetto ai principali partner UE (quelli 'originari' ante 1995) ed è sempre minore anche il vantaggio rispetto ai partner più recenti (post 1995): il livello della spesa italiana è distante dalla media UE del 32%. Per portare la quota di PIL destinata alla Sanità sui valori attesi in base alle effettive disponibilità del Paese, ricordando che una parte significativa del PIL non è disponibile perché impegnata per gli interessi sul debito pubblico (sono il 4,3% del PIL contro una media dell'1,8% negli altri paesi), servirebbero 15 miliardi, ma questo lascerebbe un rilevante gap fra la spesa sanitaria italiana e quella dei Paesi europei di confronto; ed anche se in tal modo si eviterebbe di peggiorare ulteriormente il gap con i partner UE nel breve periodo, il vantaggio sarebbe solo transitorio, qualora il PIL dovesse continuare a crescere meno che nella media degli altri Paesi UE.* ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202404



Avv. Michela Erika Rossano

La Corte di Giustizia UE in merito all'indennità per le ferie non godute

La recente sentenza del 18 gennaio 2024 n. 218/22 della Corte di Giustizia dell'UE consente di ritornare sul tema del diritto alle ferie. La sentenza in commento origina dal caso di un funzionario comunale che, all'atto delle sue dimissioni volontarie, per accedere alla pensione anticipata, aveva chiesto il riconoscimento del diritto ad una indennità sostitutiva delle ferie maturate ma non godute.

Il comune contestava tale richiesta di pagamento in quanto sosteneva che il dipendente fosse consapevole del suo obbligo di fruire, prima della cessazione del rapporto di lavoro, di tutti i giorni di ferie ancora residui che gli spettavano.

La Corte di Giustizia dell'Unione Europea, a cui veniva rinviata la questione, con la sentenza del 18 gennaio 2024 chiarisce innanzitutto che *"il diritto di ogni lavoratore alle ferie annuali retribuite deve essere considerato un principio particolarmente importante del diritto sociale dell'UE, al quale non si può derogare e la cui attuazione da parte delle autorità nazionali competenti può essere effettuata solo nei limiti esplicitamente indicati dalla direttiva 2003/88"*.

Tale diritto fondamentale, inoltre, specifica la Corte di Giustizia dell'UE include anche *"il diritto a un'indennità finanziaria per le ferie annuali non godute al momento della cessazione del rapporto di lavoro"*, come previsto dall'art. 7, paragrafo 2 della citata direttiva 2003/88. In altre occasioni la stessa Corte aveva avuto modo di chiarire che proprio l'art. 7, paragrafo 2 della predetta direttiva 2003/88 assoggetta detto diritto a un'indennità finanziaria a due condizioni:

a) la cessazione del rapporto di lavoro e

b) il mancato godimento da parte del lavoratore di tutte le ferie annuali cui aveva diritto alla data di cessazione del rapporto. Tale diritto, pertanto, non può dipendere da condizioni diverse da quelle che sono esplicitamente previste (cfr. sentenza 6.11.2018).

Conseguentemente, *"il lavoratore che non sia stato in condizione di usufruire di tutte le ferie annuali retribuite prima della cessazione del rapporto di lavoro ha diritto a un'indennità finanziaria per ferie annuali retribuite non godute"*.

Più nello specifico, contrariamente a quanto previsto dall'art. 5 DL 95/2012, l'esercizio di tale diritto non può essere limitato da ragioni attinenti al contenimento della spesa pubblica ovvero ad esigenze organizzative del datore di lavoro pubblico.

Per il riconoscimento del diritto il lavoratore ha quindi l'onere di provare di non essere stato in condizione di godere delle ferie nel corso del rapporto di lavoro mentre, all'opposto, sarà il datore di lavoro a dover dimostrare di aver esercitato tutta la diligenza necessaria affinché il lavoratore sia stato messo effettivamente nella condizione di fruire delle ferie annuali retribuite di cui, per legge e per contratto, ha diritto.

Pertanto, secondo i Giudici dell'UE, come anche precedentemente chiarito dalla Suprema Corte di Cassazione (cfr. 15652/2018), qualora il datore di lavoro dimostri che sia stato il dipendente, deliberatamente e consapevolmente, a non volere godere delle ferie nonostante sia stato messo nelle condizioni di esercitare in modo effettivo il proprio diritto, allora il lavoratore non potrà ottenere il pagamento delle ferie residue una volta cessato il rapporto di lavoro.

In altri termini, il diritto UE osta a una normativa nazionale che, in base a considerazioni solo economiche, vieti di versare al lavoratore l'indennità in parola nel caso in cui egli ponga fine volontariamente al rapporto di lavoro e comprovi di non essere stato in condizione di godere delle ferie. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202405

Avv. Mauro Montini

C'è vita su Marte?

Dalle nuove regole sul patrocinio legale nel CCNL del 23 gennaio 2024 dell'Area Sanitaria alla possibile stabilizzazione dello scudo erariale e di quello penale.

Il tema della "medicina difensiva" e delle conseguenze perniciose che essa determina non solo sui pazienti ma più in generale sullo stesso sistema sanitario, con un florilegio di spesso costosi e soprattutto inutili accertamenti diagnostici, è ben noto agli addetti ai lavori ed al personale sanitario.

E, se nel corso degli ultimi anni non sono mancati interventi normativi[1] che hanno cercato in qualche misura di porvi rimedio ed altri ancora risultano imminenti, a partire dalla preannunziata proroga sino al 31.12.2024 del cosiddetto "scudo penale"[2], la questione mantiene un'indiscussa centralità, involgendo profili che neppure si esauriscono sul piano organizzativo o dell'appropriatezza delle cure e dei correlati costi ma incidono sullo stesso diritto del personale sanitario a lavorare in modo sereno e sicuro.

In questo senso, quindi, è senz'altro da accogliere con favore la nuova disciplina del "patrocinio legale" introdotta dall'art. 56 del CCNL del 23 gennaio 2024 che, mutuandola da quella del personale del Comparto della Sanità[3], individua in maniera compiuta e senz'altro più ampia e precisa che in passato le regole da seguire per ottenere la tutela legale diretta da parte del proprio ente ovvero quanto meno il rimborso delle spese sostenute per la difesa nei giudizi civili o in quelli penali quando la prima non sia stata possibile.

Ed è il caso di aggiungere che, in ambito sanitario, fatta eccezione per i casi dolosi, la regola tendenziale sembra essere proprio quella dell'assunzione diretta da parte dell'azienda dei relativi oneri economici sin dall'inizio. Infatti, per lo più, si tratterà di procedimenti di responsabilità civile o penale "per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio" rispetto ai quali, quindi, è difficile delineare, quanto meno da subito, il sorgere di casi di conflitto di interessi "anche solo potenziale"[4], tanto più che la stessa successiva azione di responsabilità amministrativa è correlata al sorgere di ipotesi di colpa grave (se non di dolo) ed è devoluta dall'art. 9, comma 5, della legge n. 24 del 2017 alla Procura della Corte dei Conti.

Nel rinviare, quindi, alla lettura della disposizione e nel raccomandare a tutti coloro che dovessero averne bisogno di attenersi alle regole ed alle tempistiche ivi indicate, anche eventualmente per la nomina di avvocati o di consulenti tecnici

NOTE:

[1] Si pensi alla legge legge 8 novembre 2012 numero 189 ed al successivo intervento Legge dell'08/03/2017 n. 24 che ha cercato di procedimentalizzare e scadenzare i diversi momenti della responsabilità sanitaria.

[2] Al momento della redazione del presente articolo è ancora in corso di approvazione, da parte del Parlamento, il cosiddetto "Milleproroghe" che dovrebbe prorogare al 31.12.2024 lo scudo penale che era stato introdotto durante la pandemia per limitare le azioni penali nei confronti del personale sanitario.

[3] Il riferimento è all'art. 88 del CCNL del 3.11.2022.

[4] Vds. l'art. 56, comma 2, ultimo periodo del CCNL del 23.01.2024, secondo il quale il rimborso delle spese è comunque possibile *"anche nei casi in cui al dirigente non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse, anche solo potenziale, ivi inclusi i procedimenti amministrativo-contabili ove il rimborso avverrà nei limiti di quanto liquidato dal giudice"*.

di proprio gradimento, che non dovessero coincidere con quelli proposti dall'aziende (cfr. art. 56, commi 1 e 2 CCNL del 23.01.2024), mi limito a segnalare che la disposizione lascia irrisolto, almeno ad una prima lettura, il tema della sorte dei costi della difesa in caso di chiusura del procedimento penale con sentenza di non luogo a procedere per intervenuta prescrizione del reato. Infatti, secondo talune pronunzie della Corte dei Conti e pareri della stessa ARAN[5], in siffatta ipotesi, le spese rimarrebbero in capo al sanitario coinvolto nel procedimento e, ove anticipate dall'azienda, sembrerebbero dover essere restituire a quest'ultima secondo le regole dell'art. 56, comma 5, del vigente CCNL che così recita "l'azienda dovrà esigere dal dirigente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'Azienda o Ente per la sua difesa".

E', peraltro, indubbio che, anche in ragione di un qualche difetto di coordinamento interno agli stessi commi 1, 2 e 5 dell'art. 56 del CCNL del 23.01.2024, che sembrano per l'appunto limitare l'obbligo di rimborsare gli oneri a difesa nei soli casi di condanna con sentenza passata in giudicato, è possibile sostenere che ciò, viceversa, non sia destinato ad accadere, allorché il giudizio penale si conclude comunque con una formulazione diversa, anche di estinzione ovvero di non luogo a procedere per intervenuta prescrizione.

Va da sé che, almeno sul piano pratico, il consiglio è quello di approntare in ogni caso un'idonea copertura assicurativa "personale" che consenta al medico o al sanitario di "scaricare" sulla propria assicurazione un simile rischio.

Parimenti, lasciando sullo sfondo la questione della sottrazione dell'atto medico all'ambito penalistico (ovviamente con riferimento ai profili connessi alla sola colpa), non può non operarsi un richiamo alla disciplina contenuta nell'art. 21 D.L. 16 luglio 2020 n. 76 in tema di cosiddetto "scudo erariale".

Siffatta disposizione, introdotta anche in questo caso in piena pandemia (ovvero vigente dal 21 giugno 2020), ha previsto, sia pure per un periodo transitorio poi progressivamente prorogato dal legislatore ed oggi scadente al 30 giugno 2024[6], che "limitatamente ai fatti commessi dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 30 giugno 2024, la responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti in materia di contabilità pubblica per l'azione di responsabilità di cui all'articolo 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e' limitata ai casi in cui la produzione del danno conseguente alla condotta del soggetto agente e' da lui dolosamente voluta". Ed in una logica di consapevole superamento della "amministrazione difensiva" è stato altresì precisato che "la limitazione di responsabilità prevista dal primo periodo non si applica per i danni cagionati da omissione o inerzia del soggetto agente".

Insomma, sia pure in tale ambito temporale (ovvero sino al 30 giugno 2024… salvo proroghe), il funzionario pubblico risponde dei soli danni conseguenti al non fare ma non di quelli cagionati dall'aver esercitato le proprie funzioni ed assunto i correlati atti se non di natura dolosa.

Anzi, al fine di circoscrivere e definire meglio l'elemento soggettivo del cosiddetto danno erariale, l'art. 21, comma 1, D.L. n. 76 del 2020, con una previsione questa volta sistematica e non più transitoria, novella persino l'art. 1 della legge 14 gennaio 2020 n. 20 sulla responsabilità amministrativa, precisando che all'articolo 1, comma 1, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, dopo il primo periodo e' inserito il seguente: "La prova del dolo richiede la dimostrazione della volontà' dell'evento dannoso". Ed almeno le prime pronunzie contabili

NOTE:

[5] Si rinviene, ad esempio, una posizione di netta chiusura nella *raccolta sistematica degli orientamenti applicativi sul patrocinio legale* che risulta pubblicata sul sito dell'ARAN sia pure con riferimento alla disciplina, ormai disapplicata dall'art. 88 del CCNL del 3.11.2022 del Comparto della Sanità, contenuta nel previgente art. 26 del CCNL del 20.09.2001 del medesimo Comparto. Ancora in un quesito del 19 ottobre 2022, relativo questa volta all'art. 67 del *CCNL del 19.12.2019 dell'Area dirigenziale sanitaria, si affermava che "sia con la la locuzione "conclusione favorevole del procedimento" sia con la locuzione "proscioglimento da ogni addebito" - entrambe già presenti anche nelle norme contrattuali previgenti al CCNL dell' Area della Sanità 2016/2018 - si è inteso fare riferimento a procedimenti giurisdizionali conclusisi con sentenze passate in giudicato che escludano la responsabilità del dirigente. E' evidente che solo una pronuncia sul merito può addivenire ad un simile accertamento mentre pronunce di archiviazione emesse a conclusione della fase istruttoria, prodromica al vero e proprio giudizio di responsabilità e quindi al vaglio del merito, non consentono il rimborso delle spese legali sostenute dal dirigente".*

[6] Vds., da ultimo, art. 1, comma 12-quinques, lettera a), del D.L. 22 aprile 2023, n. 44, convertito con modificazioni dalla Legge 21 giugno 2023, n. 74.

intervenute sul punto hanno chiarito che il legislatore, superando anche in questo caso diversi orientamenti della Corte dei conti, ha inteso accogliere una nozione penalistica di dolo, da individuare in quella del cosiddetto dolo eventuale[7].

Orbene, specie se l'art. 21 del DL n. 76 del 2020 viene coordinato con la disciplina dell'art. 9, comma 3, della legge n. 24 del 2017 (sull'azione per responsabilità amministrativa esercitata dal Pubblico ministero della Corte dei conti), sembra sostenibile che, in questo arco temporale, le ipotesi di rivalsa contabile sul personale sanitario sono destinate ad esaurirsi in quelle in cui vi è un fatto di reato doloso ovvero al caso in cui il medico o il sanitario hanno omesso di intervenire senza attivarsi a tutela del paziente.

Viceversa sembrano destinate a fuoriuscire dalla sfera della responsabilità amministrativa tutti i fatti dannosi, che seppure hanno esitato in una sentenza di risarcimento dei danni, sono ascrivibili ad una colpa grave per così dire attiva. Si pensi, solo a titolo esemplificativo, ai postumi invalidanti di un intervento chirurgico o alle conseguenze di una terapia farmacologica. In tutti questi casi il sanitario, nella vigenza della norma surrichiamata, non risponde di danno all'erario a meno che non si dimostri che ha agito non solo con la consapevolezza di sbagliare ma accettando il rischio di determinare un danno (cd. dolo eventuale).

Di certo è agevole obiettare che residua tutto la sfera della responsabilità sanitaria omissiva e, spesso, specie con il famoso senno del poi, sono bravi tutti ad indicare come e quando si sarebbe dovuto agire, ma sembra indubbio che una stabilizzazione dello scudo erariale, con riferimento se non all'intero personale pubblico quanto meno a quello sanitario, potrebbe attenuare non solo la paura della firma ma rendere decisamente meno gravoso, per il personale sanitario, lo svolgimento dei propri compiti, limitando ulteriormente gli ambiti in cui può essere chiamato a rispondere dei propri errori alle sole conseguenze dolose del proprio operato.

Si tratta indubbiamente di un tema complesso e neppure è difficile cogliere come possa esserci il rischio di una sorta di eccessiva derosponsabilizzazione dell'atto medico ma, muovendo dal presupposto imprescindibile che tutti lavorino con dedizione e responsabilità (e rimanendo comunque salva la responsabilità disciplinare), la norma sembra tracciare un percorso da seguire anche oltre il suo attuale orizzonte temporale, cercando di concorrere a riallacciare un filo, se non altro, di fiducia fra il SSN ed i suoi operatori, senza i quali il primo è destinato a mancare quelle finalità di universalità delle cure per cui era stato pensato sin dalla riforma della legge n. 833 del 1978. ■

NOTE:

[7] Cfr., per le prime applicazione giurisprudenziali della disciplina, la sentenza della Corte dei Conti delle MARCHE del 22 dicembre 2023 n. 140, che in dichiarata adesione ad un precedente della Sezione di Appello della Sicilia della medesima Corte dei Conti ((Sez. App. Sicilia, sent. n. 62/2023), secondo la quale, alla luce delle nuove regole, *"il giudice contabile debba accertare non soltanto la volontà della condotta posta in essere in violazione degli obblighi di servizio ma anche la volontà degli effetti di tale condotta, ossia dell'evento dannoso per la P.A. Al riguardo, occorre rammentare che la relazione illustrativa al D.L. n. 76/2020 ha sottolineato che: In materia di responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti, la norma chiarisce che il dolo va riferito all'evento dannoso in chiave penalistica e non in chiave civilistica, come invece risulta da alcuni orientamenti della giurisprudenza contabile, che hanno ritenuto raggiunta la prova del dolo inteso come dolo del singolo atto compiuto". In ossequio a tale nuovo assetto normativo, la giurisprudenza ha, pertanto, rilevato la necessità di un "adattamento", nell'ambito del giudizio contabile, dell'accertamento del dolo secondo i canoni penalistici…."Ne consegue che il concetto di "dolo dell'evento", la cui sussistenza nel diritto penale è giustificata dall'esegesi della condotta tipica del reato, nel diverso contesto dell'illecito contabile deve necessariamente tener conto delle peculiarità di quest'ultimo, nonché dell'interesse erariale, che è un interesse composito, determinato dal concorso di diverse norme e disposizioni ordinamentali, che non possono per loro natura essere tutte oggetto di volizione - e sovente neppure di rappresentazione - da parte del soggetto pubblico agente...Ne deriva che nel dolo erariale (nella frequente forma del dolo eventuale) "l'adesione psichica dell'agente è, dunque, rivolta non solo alla condotta illecita e anti-doverosa bensì anche alle sue conseguenze dannose, che costituiscono un evento accessorio e collaterale non oggetto di volizione diretta e immediata da parte del soggetto agente, che, ciò nonostante, si autodetermina ugualmente nella propria condotta, accettando la prospettiva di cagionare un danno all'erario"(Sez. App. Sicilia cit.)."* .

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202406

Francesco Lucà

LO **STATO GIURIDICO** DELLA DIRIGENZA MEDICA E SUA COLLOCAZIONE NELLA P.A.

Il Governo Amato, con la Legge delega 421/92, iniziò il riordino della materia sanitaria. Prima con il d.lgs 502/92, modificato con il 517/93. Nel contempo il d.lgs. 29/93 si inserì nel sistema di riforme razionalizzando l'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisionando la disciplina in materia di pubblico impiego. Con il 29/93 i rapporti di lavoro dei dipendenti pubblici vengono disciplinati dal Cap I, Titolo II, del Libro V del Codice Civile. Si ha la contrattualizzazione del rapporto di lavoro e le controversie di lavoro passano al giudice ordinario.

Il protocollo 22/1/2009 tra Governo e Sindacati Confederali ha rappresentato un punto di svolta essenziale nel mondo del lavoro. Nasceva con l'obiettivo di rilanciare la crescita economica, lo sviluppo occupazionale e l'aumento della produttività anche attraverso una politica di riduzione della pressione fiscale sul lavoro e sulle imprese, nell'ambito degli obiettivi e vincoli di finanza pubblica. Venne confermato il doppio livello di negoziazione nazionale ed integrativo, ma i contratti diventarono triennali per parte normativa ed economica. Venne abbandonato il tasso di inflazione programmata come parametro per la crescita delle retribuzioni, in favore di un indicatore basato sulla previsione dell'evoluzione nel triennio dell'IPCA (indice dei prezzi al consumo armonizzato in ambito europeo in Italia).

L'accordo generale si trasformò il 30 aprile 2009 nell'intesa applicativa al pubblico impiego. Alle precedenti regole introdotte venne aggiunto il ruolo fondamentale della valutazione della trasparenza e della premialità del merito di amministratori, dirigenti e dipendenti, nella contrattazione integrativa. La Legge 15 del 4/3/2009" Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico…" con l'art. 1 "Modifica all'art.2 del D.Lgs 165/2001 rovesciando la regola introdotta nel 1993. Tale regola era mirante a salvaguardare l'area negoziale da una legislazione a rischio consociativo e clientelare, ma soprattutto capace di espropriare la contrattazione collettiva dal proprio ruolo di regolatore del rapporto di lavoro. La legge diventa superiore al contratto mentre fino ad allora il contratto poteva derogare dalla legge. L'art. 2 della stessa legge introduce sistemi interni ed esterni di valutazione del personale e delle strutture. Si deve valorizzare il merito ed il riconoscimento di meccanismi premianti. Si introduce un sistema più rigoroso di responsabilità dei dipendenti pubblici tanto che si afferma che la P.A. non può erogare trattamenti economici accessori che non corrispondano alle prestazioni effettivamente rese (art. 7 comma 5 d.lgs 165/01. Le Regioni possono integrare le componenti economiche nel rispetto dei propri vincoli di bilancio e di tutti gli strumenti di contenimento della spesa. Si ribadisce che si entra nel sistema pubblico solo per concorso. Norma fu mai più disattesa come dimostrano gettonisti e cottimisti e tutte le diavolerie del genere!

Le aziende ed enti del S.S.N. fanno parte della Pubblica Amministrazione in senso generale, art.1comma 2 del decreto 165/01, però per alcune caratteristiche tale appartenenza viene meno, come l'assenso in uscita per la mobilità, i compensi alle commissioni di concorso e il Comitato dei Garanti che, se ha perduto molta della sua importanza nei passaggi contrattuali, è ancora esistente.

Bisognerebbe rivisitare tutta la normativa concorsuale che dovrebbe essere razionalizzata ed attualizzata con la l'abrogazione del DPR 483/1997 veramente anacronistico, anche alla luce dello sviluppo delle specializzazioni. Razionalizzare le norme sulla inconferibilità degli incarichi di cui al d.lgs 39/2013 e sulla trasparenza di cui all'art. 41del d.lgs

33/2013. Norme più severe per la violenza sugli operatori. Definire, una volta per tutte, i lavori usuranti in sanità.

Lo stato giuridico dei dirigenti medici è contenuto negli artt. 15 e seg. Del d.lgs 502/92 e s.m. Gli elementi di distinzione che individuano tale stato giuridico sono rappresentati dall'area negoziale separata; dall'esistenza del rapporto di lavoro esclusivo; dalla possibilità di eseguire prestazioni aggiuntive; dall'indennità di specificità medico-veterinaria; dalla disciplina di orari, riposi e turni; possibilità di impegno lavorativo ridotto; valutazione professionale accanto a quella gestionale.

Nel sistema sanitario convivono due culture: quella burocratica e quella professionale. Il modello burocratico si basa sulla rigida gerarchia dei ruoli e deve essere correlata ad un'efficienza amministrativa collegata quest'ultima alla capacità finanziaria. Il modello professionale, preferito dai medici, si basa sull'autorità fondata sulla competenza tecnica. I due modelli contrastano soprattutto perché i medici non accettano l'organizzazione economica e si sottraggono alle sue regole di funzionamento.

Sarebbe auspicabile poter assicurare standard qualitativi clinico-assistenziali senza considerare che questi sono l'esito di un processo produttivo complesso che si sviluppa in un contesto di organizzativo caratterizzato da vincoli economici con limitate risorse a disposizione delle aziende sanitarie.

Se si dovesse muove una singola critica al complesso processo di aziendalizzazione del SSN, si potrebbe identificare nella totale assenza di capacità di intervenire da parte del sistema di governo, sia esso statale o regionale o aziendale, in due parole: assenza di programmazione. Incapacità degli organismi deputati al governo del sistema di tradurre in azioni conseguenti quanto previsto dai processi di decentramento delle responsabilità. Ad eccezione dei tagli di bilancio e dello spoil system esercitato dai governi regionali al cambio della guida politica, non vi sono stati interventi sull'assetto organizzativo e sui sistemi di gestione. Se unificare in macro aziende e aziende zero si possa considerare, ironicamente, un buon sistema di gestione.

Il futuro? La sanità è da sempre oggetto di tagli più o meno camuffati più o meno indiscriminati. Pur producendo un valore di Pil superiore al 10%, si spende per essa appena sopra al 6%. Bisognerebbe arrivare all'8% del Pil per allinearci con i Paesi europei più avanzati.

Ci è stato spacciata per anni la necessità del numero chiuso a medicina con assoluta miopia programmatoria e non considerando le curve di pensionamento. Per non parlare dei test di ingresso a quiz che fanno entrare spesso chi abbandona gli studi perché non adatto alla professione medica.

Adesso dopo decenni si parla di una revisione del sistema mentre si ricorre ai gettonisti, se non ai mercenari di altri Paesi. Di contro i tanti professionisti sanitari formati nelle nostre università volano nei Paesi europei ed extra europei, attratti da migliori condizioni di lavoro, migliori retribuzioni e migliori carriere. Ma quanto sono costati allo Stato per la loro formazione. Una duplice perdita, professionale ed economica! Per non parlare del collo di bottiglia delle specializzazioni così insulso che ora ci troviamo specializzazioni desertificate mentre altre sono evitate per le possibili cause mosse dai cittadini che si credono mal trattati.

Servono interventi legislativi che sblocchino il tetto di spesa per il personale presente dal lontano 2004 consentendo di assumere tutto il personale che serve. Incrementare tutte le indennità che sono nelle voci stipendiali dei medici dipendenti. Migliorare il sistema delle esclusività considerando che se più del 90% dei medici sono in esclusività e scarsissimo il numero di essi che svolge attività professionale all'interno delle strutture per carenze di spazi, tempi o scarso supporto amministrativo e professionale. Bisogna depenalizzare l'atto medico cosa che si poteva già fare ai tempi della Legge 14/17, Legge Gelli, e ancora fa promuovere cause che oltre nel 95% dei casi finiscono con proscioglimento dei medici!

Bisogna difendere e sviluppare la sanità pubblica il cui obiettivo prioritario deve essere la garanzia del diritto universale alla salute, ridurre le diseguaglianze e garantire giustizia sociale, per modificare scelte politiche che hanno condotto alla situazione attuale. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202407

Giovanni Mandoliti

Come chiedere l'anticipazione ordinaria della liquidazione (TFS/TFR)

Ne "Il Radiologo" (1/2022), avevamo illustrato la convenzione, sottoscritta per i propri iscritti, da SNR insieme alle altre Organizzazioni Sindacali aderenti alla FASSID con il Gruppo Bancario BPM, con la quale ottenere immediatamente il 100% della liquidazione. La convenzione prevedeva la cessione da parte del lavoratore alla Banca del diritto alla liquidazione spettante. La Banca erogava immediatamente tutta la liquidazione applicando un interesse fisso annuo pari all'1%. Visto il rialzo dei tassi di interesse negli ultimi anni, tale convenzione non risulta più vantaggiosa in quanto dal 1marzo 2023 BPM applica un tasso del 3%.

Dallo scorso anno gli ex dipendenti pubblici in pensione possono chiedere l'anticipo del TFS o del TFR all'Inps a condizioni molto vantaggiose. Chi aderirà alla misura dovrà, infatti, versare all'Inps l'1% annuo a titolo d'interesse e uno 0,5% una tantum per le spese. Le somme erogabili sono quelle in scadenza decorsi almeno sei mesi dalla data della domanda. L'anticipo è disponibile a condizione che l'interessato **"abbia confermato ed ottenuto l'adesione al Fondo Credito per il periodo di pensione"**.

Su questo punto è bene ricordare che, almeno di regola, l'iscrizione al Fondo è obbligatoria solo per i lavoratori "in attività" e cessa con la conclusione del rapporto lavorativo salvo l'interessato non comunichi, entro l'ultimo giorno di lavoro, la volontà di proseguirla anche durante il pensionamento.

Se non ricorre l'iscrizione del pensionato alla gestione credito l'anticipo del TFS/TFR non spetta. L'iscrizione si può accertare **controllando se nel cedolino della pensione o nella busta paga compare la trattenuta di finanziamento alla "gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali"**. Il contributo è pari allo 0,35% della retribuzione contributiva e pensionabile per i lavoratori dipendenti e dello 0,15% per i pensionati.

L'anticipo può riguardare "solo l'importo del TFS/TFR maturato, disponibile e esigibile dopo almeno sei mesi dalla domanda". Individuate le somme esigibili decorsi sei mesi dalla domanda l'interessato **può chiedere l'intero importo maturato o solo parte di esso** e, se la domanda è accolta, il pagamento avviene dall'Inps in "unica soluzione".

Ribadiamo che, sull'anticipazione TFS/TFR, **è prevista l'applicazione di un tasso di interesse fisso per l'intera durata del finanziamento, attualmente pari all'1%, e di una ritenuta dello 0,50% a titolo di ristoro per le spese di amministrazione**. Per la presentazione delle domande occorre collegarsi al sito Inps e cercare la funzione denominata "Anticipazione ordinaria TFS per gli iscritti alla Gestione Unitaria delle prestazioni creditizie e sociali (Fondo Credito)" oppure "Anticipazione ordinaria TFR per gli iscritti alla Gestione Unitaria delle prestazioni creditizie e sociali (Fondo Credito)". In alternativa è possibile delegare un altro soggetto a presentarla telematicamente per conto proprio all'Inps oppure rivolgersi ad un CAF o un patronato.

Nella domanda il richiedente, oltre a indicare se il finanziamento è richiesto per l'intero ammontare del TFS/TFR o per un importo minore, dovrà specificare che, nel caso in cui parte della somma richiesta sia già assoggettata a cessioni o vincoli, intenda ricevere il finanziamento per l'ammontare effettivamente disponibile. Una volta presentata, se sussistono i requisiti, l'Inps procederà alla certificazione del TFS/TFR cedibile e formulerà una "bozza di proposta di cessione" che il richiedente dovrà accettare entro i successivi 30 giorni (in caso contrario la domanda si intende rifiutata). ■

EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202408

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

EUROPEAN CONGRESS OF RADIOLOGY ECR 2024

Dal 28 febbraio al 3 marzo, Vienna ha ospitato l'ECR 2024, raccogliendo 18.861 partecipanti provenienti da 127 paesi, con un significativo incremento del 9 rispetto al 2023. 230 le aziende presenti nell'esposizione tecnica.

Sorprendente l'inaugurazione del Congresso, presieduto dal prof. Carlo Catalano che, per la prima volta nella storia dell'ECR, è stato affiancato da un co-presentatore d'eccezione, Ameca, l'androide più evoluto al mondo. Un singolare duetto che ha illustrato all'aula stracolma stimolanti prospettive sul futuro della diagnostica per immagini, sottolineando l'importanza cruciale dell'intelligenza artificiale in questa fase di evoluzione dell'imaging diagnostico.

"Ci troviamo all'inizio di una nuova era per la radiologia, caratterizzata da innovazione, collaborazione e infinite possibilità," ha dichiarato il Prof. Catalano. "Questo Congresso è stato la dimostrazione della visione e della determinazione condivise dalla comunità radiologica mondiale di accogliere le novità tecnologiche e di adattare la nostra pratica per migliorare e rafforzare il nostro ruolo nella cura dei pazienti. Desidero esprimere la mia gratitudine a tutti i partecipanti che hanno condiviso la loro visione per la radiologia del futuro in questo straordinario incontro. Insieme, abbiamo gettato le basi per il futuro

della nostra professione. È stato un onore assoluto assistere a tanto entusiasmo per la Radiologia di Prossima Generazione. La convergenza di innovazione, competenza e collaborazione è stata veramente ispiratrice. Quasi 19.000 partecipanti hanno reso questo evento un successo senza precedenti, e ciò che più ha riscaldato il mio cuore è stata l'ampia partecipazione dei giovani. Sono indubbiamente il futuro della nostra professione e la loro passione è una testimonianza del luminoso cammino che ci attende.

Il tema del collegamento tra Radiologia e Intelligenza Artificiale ha evidenziato il potere trasformativo della tecnologia nel nostro campo. Il proficuo scambio di idee e lo spirito di collaborazione tra radiologi e specialisti dell'IA hanno sottolineato l'importanza di lavorare insieme per plasmare il futuro dell'assistenza sanitaria.

Un ringraziamento di cuore a tutti coloro che hanno contribuito a rendere questo evento un grande successo, in particolare l'incredibile Peter Baierl e tutto il suo team presso l'ufficio dell'ESR, una menzione speciale per Manuela Gewessler, Amra Dzanic, Johanna Kruse Orozco, Alessandro Poltronieri, Aidan Boyd-Thorpe, Christian Barylli, Robert Grünkranz, Birgit Geiderer, Bettina Leimberger, Monika Hierath e Jasna Knez. Inoltre, vorrei ringraziare il PPC per un programma scientifico eccezionale, il Consiglio di Amministrazione e il Consiglio Esecutivo per il continuo supporto.

Grazie ai nostri tre ispiratori relatori plenari Rick Abramson, MD, MHCDS, FACR, Geoffrey Rubin, MD, MBA, FACR, e Annemiek Snoeckx, MD, PhD.

E infine, grazie al mio unico team dell'Università La Sapienza di Roma, in particolare a Valeria Panebianco, Federica Pediconi, Lucia Manganaro, Francesca Maccioni, Alessandro Napoli, Nicola Galea, Franco Iafrate, Stefano Perotti, Francesca Galati, Martina Pecoraro, Nicholas Landini, Iacopo Carbone, Vito Cantisani e Paolo Ricci.

Continuiamo a spingere i confini, abbracciare l'innovazione e nutrire la prossima generazione di radiologi. Ci aspettano tempi entusiasmanti." ■

EUROPEAN CONGRESS OF RADIOLOGY
ECR2024

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202409

SIRM GIOVANI

ALLA SCOPERTA DI VIENNA ATTRAVERSO GLI OCCHI DEI GIOVANI RADIOLOGI: ECR2024 E SEGRETI DELLA CITTÀ

Alessandra Bruno *Serena Carriero* *Francesca Grassi*

L'ECR rappresenta un punto di incontro cruciale per i professionisti del settore radiologico da tutto il mondo. L'edizione del 2024 ha segnato un momento particolarmente significativo, non solo per l'evoluzione tecnologica e scientifica presentata, ma anche per l'entusiasmo e le esperienze condivise dai giovani radiologi partecipanti. Come ogni anno l'ECR ha avuto luogo nella storica e affascinante città di Vienna dove la bellezza architettonica si fonde con l'innovazione, creando lo scenario perfetto per uno scambio culturale e professionale.

Abbiamo avuto l'opportunità di intervistare alcuni giovani radiologi provenienti da tutta Italia: Antonio Portaluri (Messina), Gianmarco Della Pepa (Milano), Giovanni Irmici (Milano), Ludovica Anna Incardona (Firenze) e Nicolò Rossini (Ancona). Tutti i colleghi hanno raccontato questi giorni dalla propria unica prospettiva per scoprire non solo le loro impressioni sull'ECR 2024, ma anche i loro consigli e segreti su come vivere al meglio Vienna durante il congresso.

Giovanni Irmici *Gianmarco Della Pepa* *Antonio Portaluri*

Ludovica Anna Incardona

Nicolò Rossini

E' LA TUA PRIMA VOLTA A VIENNA?

G.D.P: Per me è la terza volta a Vienna e all'ECR.

A.P: No, sono già al mio terzo congresso ECR.

G.I: Anche io sono al terzo congresso ma un po' diverso dagli altri perché è il primo da specialista.

N.R: No, ero già stato a Vienna da bambino ma francamente ho soltanto qualche ricordo della città. Si tratta della prima volta all'ECR.

L.A.I: Anche io sono stata diverse volte a Vienna ma è la mia prima esperienza da Radiologa all'ECR.

QUAL È LA COSA CHE TI HA IMPRESSIONATO E STUPITO MAGGIORMENTE DELL'ECR 2024?

G.D.P: Fin dal mio primo anno di partecipazione, sono rimasto estasiato dalla grandiosità dell'evento: l'imponente venue, l'impressionante affluenza di partecipanti e la vasta gamma di sessioni disponibili. Quest'anno, in particolare, mi ha colpito, il numero di partecipanti provenienti da ogni parte del mondo, non solo europei. L'ECR è un'occasione unica poiché permette il confronto con persone e realtà diverse in maniera semplice. Osservare inoltre la spinta delle aziende sull'acceleratore dell'innovazione in ambito radiologico è stata una vera gioia.

A.P: L'opening ceremony è stata straordinaria! Il discorso del nostro Presidente, Carlo Catalano, ha segnato un momento storico, aprendo finalmente le porte alla collaborazione tra umanità e intelligenza artificiale. Abbiamo inoltre assistito a numerose iniziative promosse dal radiology and trainee forum subcommittee, che hanno incoraggiato la partecipazione attiva di molti giovani specializzandi. È stata un'opportunità imperdibile per creare reti e connessioni.

G.I: Ciò che mi ha maggiormente impressionato di questa edizione è stata la partecipazione internazionale, sia in termini numerici che di diversità continentale. Il tema principale, all'avanguardia e pertinentemente intrecciato in tutte le discipline, ha reso l'evento ancor più stimolante.

N.R: Ridurre l'esperienza dell'ECR a un singolo aspetto sarebbe limitativo. Sicuramente mi hanno impressionato la

grandezza dell'evento, la varietà di argomenti trattati e lo scambio di idee, opinioni ed esperienze che ne deriva.

L.A.I: Quello che mi ha colpito di più è stata l'intensa e produttiva interazione tra i partecipanti provenienti da tutto il mondo. La capacità di connettersi, condividere e imparare gli uni dagli altri in un contesto così internazionale è stata senza dubbio la chiave di volta dell'evento.

QUALI SESSIONI HAI PREFERITO SEGUIRE?

G.D.P: Le sessioni di ricerca hanno sempre rivestito un ruolo importante offrendo una panoramica complessiva delle direzioni future della scienza radiologica, permettendomi di ascoltare, ispirarmi e confrontarmi con professionisti su studi ancora in corso o non ancora pubblicati. Tuttavia, non trascurerei mai il valore delle sessioni teoriche, che offrono l'opportunità unica di interagire direttamente con esperti di alto livello. In definitiva, la mia partecipazione si divide in un equilibrato mix: 40 ricerca, 30 teoria e 30 esposizione delle aziende.

A.P: Sono stato maggiormente attratto dalle sessioni teoriche, soprattutto quelle legate al campo della senologia. Riguardo queste, è impressionante vedere quante letture riguardino l'utilizzo dell'AI nella pratica clinica quotidiana.

G.I: Ho seguito principalmente le sessioni di ricerca per conoscere i trend europei ed internazionali nel mio campo, la senologia.

N.R: Ho cercato di mantenere un equilibrio tra le sessioni teoriche e quelle di ricerca, selezionando quelle che meglio rispondevano ai miei interessi e agli argomenti trattati. Tuttavia, ho trovato particolarmente stimolanti le sessioni teoriche, che mi hanno permesso di approfondire conoscenze specifiche.

L.A.I: Ho partecipato sia a sessioni teoriche che di ricerca, con un interesse particolare verso queste ultime. Rimanere aggiornato sui progressi più recenti e trarre ispirazione dai nuovi sviluppi è essenziale per la mia crescita professionale e personale.

VIENNA OLTRE LA RADIOLOGIA: QUAL È IL TUO POSTO PREFERITO? COSA CONSIGLIERESTI ALLA NEXT GENERATION RADIOLOGIST?

G.D.P: Il posto che ho nel cuore di Vienna è il Volksgarten, dove ho conosciuto la mia anima gemella un anno fa. Inoltre, da buona forchetta, non posso che non consigliare la famosissima pasticceria Demel per provare il Kaiserschmanrrn o una Sachertorte.

A.P: Vienna è un museo a cielo aperto, a me piace in particolare la zona del Mite, dove in ogni angolo si cela un monumento o un luogo da vedere. Le brasserie austriache sono inimitabili ma ad un giovane collega consiglierei anche i club viennesi che hanno un'atmosfera undergroud che ricorda Berlino.

G.I: Rispondere a questa domanda non è semplice, ogni angolo di Vienna trasmette fascino. Tuttavia, tre tappe obbligatorie sono: cotoletta da Figlmüller, hot dog dal chiosco dei wurstel da Bitzinger in Albertinaplatz e un dolce presso l'Hotel Sacher.

N.R: Non saprei quale sia il mio posto preferito a Vienna non avendo per ora visitato interamente la città. Per la Next Generation Radiology spero vivamente che allo sviluppo tecnico e tecnologico che sta interessando ormai da anni il settore radiologico, si accompagni una continua crescita umana delle conoscenze clinico-radiologiche e dell'utilizzo dei nuovi macchinari diagnostici.

L.A.I: Il mio luogo del cuore è il palazzo imperiale di Schönbrunn, un'icona di bellezza e storia. Ai futuri radiologi, consiglio di costruire una solida base di conoscenze, attingendo dal passato ma rimanendo sempre aperti e curiosi verso le innovazioni future.

Ringraziando i nostri Colleghi per la disponibilità per questa intervista, ci auguriamo che la partecipazione dei giovani radiologi a questi congressi rimanga sempre così numerosa, in quanto, l'ECR è stato e sarà per le Next Generations un'occasione di formazione, aggiornamento, aggregazione e confronto tra noi giovani radiologi. ■

ELEZIONI SIRM

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202410

CANDIDATURE PER LA CARICA DI PRESIDENTE PER IL BIENNIO 2027-2028

SCARICA I CURRICULA E I PROGRAMMI DEI CANDIDATI

LUCA BRUNESE

CANDIDATURE PER LA CARICA DI CONSIGLIERE PER IL QUADRIENNIO 2025-2028

GIORGIO ASCENTI

PAOLO FONIO

LAURA VIRGINIA FORZENIGO

MARIA ANTONIETTA MAZZEI

AMATO ANTONIO STABILE IANORA

MARGHERITA TRINCI

CANDIDATURE PER LA CARICA DI CONSIGLIERE DELLA CONSULTA DEI GIOVANI RADIOLOGI PER IL BIENNIO 2025-2026

GIOVANNA GRAZIA BONA

LETIZIA DI MEGLIO

STEFANIA LAMJA

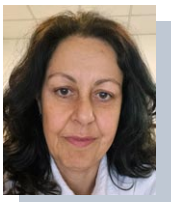
GIOVANNI LORUSSO

TOMMASO VALERI

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202411

IL LIMITE DEL CTU NELL'ACQUISIZIONE DI DOCUMENTAZIONE MEDICA

Avv. Giovanni Pasceri



Valentina Martines

La consulenza tecnica di ufficio in ambito radiologico presenta delle caratteristiche di atipicità rispetto a quanto concerne altre branche mediche specialistiche.

Infatti, mentre per quanto riguarda le altre branche specialistiche della medicina, la consulenza può essere resa sulla base della lettura delle cartelle cliniche e degli atti delle parti, la consulenza tecnica in ambito radiologico verte, spesso, su divergenze nell'interpretazione di indagini diagnostiche.

Diventa dunque importante che il CTU radiologo possa visionare e commentare le indagini su cui verte il procedimento.

Le indagini radiologiche sono costituite da numerose immagini di alta qualità il che rende, a differenza delle cartelle cliniche e della maggior parte degli esami strumentali medici, intrinsecamente difficoltosa il loro inserimento del fascicolo della causa.

La differenza meramente materiale dell'oggetto della prestazione e del tipo di supporto di archiviazione della iconografia di un esame di radiodiagnostica può, in ambito di CTU, trasformarsi in una differenza sostanziale.

Per tale ragione riteniamo che sia utile per il professionista medico radiologo che si cimenti nel ruolo di CTU conoscere alcuni principi giuridici che regolano la condotta del procedimento e che delimitano gli ambiti di libertà e autonomia del CTU.

Sembrerebbe scontato e implicito che perché possa essere espletata una consulenza su una indagine radiologica questa debba essere preliminarmente acquisita nel fascicolo della causa, ovvero tra i documenti di cui dispone il giudice e sulla base dei quali deve fondare il proprio convincimento.

L'informatizzazione del procedimento civile nella maggior parte dei tribunali italiani rende l'inserimento della iconografia diagnostica nel fascicolo delle parti e quindi di causa complesso.

Il medico radiologo CTU può trovarsi nella situazione di dover acquisire immagini diagnostiche non correttamente prodotte.

Per potersi adeguatamente districare in tale eventualità, è importante che il professionista medico conosca i principi giuridici che definiscono la natura della CTU, il principio dispositivo istruttorio, quale sia l'oggetto della consulenza tecnica d'ufficio, condizioni di nullità della consulenza.

1. NATURA DELLA CTU

Il codice di procedura civile dispone che *«quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica»* (art. 61 c.p.c.). L'attività del consulente tecnico è quella di *«compie[re] indagini»*, *«domandare chiarimenti alle parti»*, *«assumere informazioni da terzi»* (artt. 62 e 194 c.p.c.). *«Delle indagini del consulente si forma processo verbale, quando sono compiute con l'intervento del giudice istruttore, ma questi può anche disporre che il consulente rediga relazione scritta»* (art. 195).

La consulenza tecnica d'ufficio, dunque, contrariamente a quanto spesso è erroneamente ritenuto non è un mezzo di prova. La sua finalità è quella di soccorrere il giudice nella valutazione di elementi acquisiti o nella soluzione di questioni che necessitano specifiche conoscenze tecniche che il giudice non possiede in quanto esulano dall'ordinaria preparazione del magistrato.

Nell'ambito dei procedimenti concernenti il tema della responsabilità sanitaria il compito del consulente tecnico è quello di assistere il giudice consentendogli di valutare allegazioni e questioni che definiscono l'oggetto del giudizio.

Il consulente tecnico (ovvero il collegio peritale costituito da un medico legale e uno o più medici specialisti nelle branche di cui tratta la vicenda della causa come previsto dall'art.15 dalla Legge 24 del 2017) e`chiamato a costituire ausilio al Giudice con cognizioni tecniche e non giuridiche (Cass. 1186/2016). Il Giudice, chiamato a conoscere approfonditamente la

controversia, deve padroneggiare la fattispecie per attuare il diritto nel caso concreto.
La consulenza tecnica, pur richiesta dalle parti, non è nella disponibilità delle parti ma è un atto discrezionale e ufficioso del giudice del merito, la cui decisione circa la sua ammissibilità non è sindacabile avanti al giudice di legittimità (Cass. n. 4185/2015). Di conseguenza non v'è un obbligo da parte del giudice di disporre la consulenza tecnica (Cass. 14759/2007) né di aderire acriticamente alle sue risultanze essendo *iudex peritus peritorum*. Il giudice, infatti, non è vincolato al risultato della consulenza potendo discostarsi ma anche disattendere del tutto le conclusioni cui è giunto il consulente o il collegio peritale (Cass. 200/2021), in tal caso offrendo adeguata motivazione nel suo provvedimento.

2. IL PRINCIPIO DISPOSITIVO ISTRUTTORIO

L'art. 115 c.p.c. dispone che *«Salvi i casi previsti dalla legge, il giudice deve porre a fondamento della decisione le prove proposte dalle parti...»*. Il processo si caratterizza per avere carattere dispositivo nel senso che è regola generale che spetta solo alle parti l'indicazione dei mezzi di prova a sostegno dei fatti allegati in giudizio. Per l'effetto sono le parti a proporre al giudice gli elementi di prova su cui basare il proprio convincimento ai sensi dell'art. 2697 c.c. (salvo le ipotesi eccezionali in cui la legge riconosce al giudice di disporre *ex officio* di mezzi di prova), in ossequio al principio *semper onus probandi incumbit ei qui dicit*.
Le norme che stabiliscono preclusioni, assertive e istruttorie, sono, infatti, preordinate alla tutela di interessi generali non derogabili dalle parti.
Il perito, dunque, **non può indagare su fatti che non siano ritualmente allegati dalle parti né acquisire di propria iniziativa la prova dei fatti costitutivi delle domande o delle eccezioni di parte**.
Tale principio non trova deroghe se non nella oggettiva impossibilità per la parte di procurarsi la prova se non ricorrendo a cognizioni tecnico-scientifiche.
La consulenza tecnica, dunque, anche se si inserisce nella fase dell'istruzione probatoria possiede una disciplina distinta dal mezzo di prova, in quanto si caratterizza per essere *«un mezzo ausiliario per il giudice volto alla più approfondita conoscenza dei fatti già provati dalle parti, la cui interpretazione richiede nozioni tecnico- scientifiche»* (Cass. 8989/2011).
La naturale conseguenza è che la consulenza non è una fonte oggettiva di prova, se non quando i fatti oggetto di prova siano rilevabili unicamente con l'ausilio del perito (in questo senso cfr. Cass. 8989/2011).

3. OGGETTO DELLA CONSULENZA

La consulenza tecnica d'ufficio opera nel campo della prova consentendo la sua valutazione (consulenza deducente) o la ricerca della stessa che solo il sapere tecnico è in grado di reperire (consulenza percipiente).
Il consulente è un ausiliario del giudice e come tale non si sostituisce alle parti; in altri termini la sua opera è quella di assistere il giudice e non quella di supplire alle deficienze delle allegazioni o dei mezzi di prova offerti dalle parti.
Il consulente non può compiere indagini esplorative alla ricerca di fatti, elementi, circostanze che restano nella disponibilità delle parti in causa (in attuazione al c.d. principio dispositivo del processo).
D'altro canto anche le parti non possono chiedere al giudice l'ammissione di consulenza tecnica che abbia carattere esplorativo il cui scopo è quello di rimediare un difetto di allegazione o di richiesta probatoria (consulenza esplorativa).
Per questo la CTU non può essere disposta per supplire all'onere probatorio della parte o per compiere una indagine diretta alla ricerca di elementi, fatti, circostanze che non siano allegati dalle parti (cfr. Cass. n. 21926/2021).
Diversamente si altererebbe il principio dispositivo e con esso la funzione giurisdizionale che impone la corrispondenza tra chiesto e pronunciato.
Dunque sia nella consulenza deducente quanto in quella percipiente il consulente deve rimanere staccato dagli affanni probatori propri delle parti per concentrarsi, invece, sugli aspetti tecnici che deve valutare o accertare secondo il mandato peritale conferitogli dal giudice (art. 62 c.p.c.).
Per quanto ampio sia il mandato del giudice, il consulente deve impedire l'acquisizione di documenti che non siano stati ritualmente prodotti dalle parti o acquisiti *aliunde* (Cass. 12921/2015). È questa la ragione per cui la CTU è disposta in qualsiasi momento, in ogni fase del procedimento, ma sempre e solo dopo la cristallizzazione del *thema probandum*.
In questo modo la consulenza è deducente in quanto offre al giudice cognizioni tecniche per valutare prove già acquisite o fatti già accertati dal giudice, non contestati o pacifici tra le parti.
È percipiente quando la consulenza tecnica verte su elementi già allegati dalla parte ma che soltanto un tecnico è in grado di accertare per mezzo delle conoscenze e degli strumenti di cui dispone (cfr. Cass. 1190/2015). È richiesto di analizzare e descrivere fatti rilevanti di causa che possono essere colti e rappresentati solo per mezzo dell'utilizzo di particolari conoscenze scientifiche.
Il mandato per quanto ampio sia non può eludere i principi processuali generali anzidetti.

3. L'ACQUISIZIONE DI DOCUMENTI DA PARTE DEL CTU

I poteri del consulente tecnico nello svolgimento del suo incarico derivano direttamente dal giudice che lo ha nominato. Per l'effetto il consulente può esercitare il potere di accertamento nei limiti consentiti allo stesso giudicante.

Ne consegue che, come per il giudice, anche per il consulente tecnico d'ufficio non operano le stesse preclusioni valide per le parti. Il consulente tecnico, come il giudice, non subisce alcuna preclusione e può esercitare i suoi poteri istruttori d'ufficio prescindendo dall'attività di allegazione delle parti per rispondere ai quesiti sottopostigli. Tuttavia la giurisprudenza ha affermato che tale potere è subordinato alla condizione che tali documenti non siano diretti a provare i fatti principali dedotti a fondamento della domanda o dell'eccezioni, ma siano riferibili a fatti accessori utili per rispondere in modo più esauriente al quesito formulato dal giudice (cfr. Cass. 19427/2017). In altri termini, non possono essere acquisiti documenti diretti a provare gli elementi principali non rilevabili d'ufficio (in questo senso cfr. Cass. SSUU 6500/2022).

In altre parole: «*Il consulente tecnico di ufficio ha il potere di acquisire ogni elemento necessario per espletare convenientemente il compito affidatogli, anche se risultanti da documenti non prodotti in giudizio, sempre che non si tratti di fatti che, in quanto posti direttamente a fondamento delle domande e delle eccezioni, debbono essere provati dalle parti*» (Cass. n. 12921/2015).

Ne consegue ad esempio inammissibilità di un'indagine diagnostica volta a provare la sussistenza di un danno diverso da quello dedotto ovvero a dimostrare la sussistenza di un eventuale nesso causale tra evento lesivo e i danni lamentati (cfr. Cass. 25604/2022) ovvero prodotta intempestivamente (nella specie il Tribunale di Roma, sez. XII, Giudice Ferrara, con ordinanza 18-19 giugno 2015, ha rigettato l'istanza di parte attrice volta ad essere autorizzata a depositare l'originale dell'immagine iconografica nel fascicolo processuale quale mezzo di prova contro il medico convenuto. Il giudice ha stabilito che l'immagine iconografica non si sottrae alla disciplina generale circa l'ammissibilità della prova, sicché è interesse probatorio di parte attrice depositare correttamente nei termini di legge i mezzi di prova di cui intende avvalersi. Conseguentemente ha rigettato l'istanza di parte attrice in quanto l'immagine radiografica, rappresentando un normale "negativo", poteva essere agevolmente duplicabile).

In questo modo il consulente nominato dal giudice, nei limiti delle indagini commesse nell'osservanza del contraddittorio delle parti, può accertare tutti i fatti inerenti all'oggetto della lite il cui accertamento si rende necessario al fine di rispondere ai quesiti sottopostigli, a condizione che non si tratti dei fatti principali che è onere delle parti allegare a fondamento della domanda o dell'eccezione e salvo, quanto quest'ultime, che non si tratti di fatti principali rilevabili d'ufficio. Di conseguenza i documenti acquisibili dal CTU non devono essere idonei a provare fatti principali rilevabili solo ad istanza di parte (e non d'ufficio da parte del giudice). In merito, ricorda la giurisprudenza: «*Quando… la consulenza affidata al perito indaghi su temi estranei all'oggetto della domanda e pervenga pure al risultato di stimare la fondatezza della pretesa esercitata dall'attore in base a diversi fatti da quelli allegati in produttivamente dal medesimo, l'accertamento così operato si colloca al di fuori dei limiti della domanda e contrasta, dunque, con essa, scaturendone perciò una ragione di nullità che, in quanto afferente alla sfera dei poteri legittimamente esercitabile dal giudice, è rilevabile d'ufficio o che, diversamente, può farsi valere quale motivo di impugnazione ai sensi dell'articolo 161 c.p.c.*» (così Cass. SSUU n. 6500/2022).

3. NULLITÀ DELLA CONSULENZA TECNICA

La violazione del contraddittorio tra le parti determina la nullità relativa della consulenza tecnica. Il regime di invalidità a cui è sottoposta la violazione è detta "nullità relativa" nel senso che per potersene dolere occorre che la parte interessata contesti la consulenza alla prima attività difensiva utile dopo il deposito della relazione peritale (cfr. Cass. 4729/2015).

Decorso tale termine decade dalla possibilità di contestare la nullità della consulenza (Cass. SSUU n. 3086/2022). I vizi che infirmano l'operato del consulente tecnico d'ufficio sono fonte di nullità relativa e rifluiscono tutti invariabilmente sotto il dettato dell'articolo 157, comma 2, c.p.c. Si tratta, dunque, di una forma di nullità, appunto relativa, in quanto viene sanata se non è eccepita nella prima difesa utile. L'omessa contestazione sana CTU che sono nulle.

Una parte della giurisprudenza tuttavia ritiene che in materia di consulenza tecnica d'ufficio, l'accertamento di fatti principali diversi da quelli dedotti dalle parti a fondamento della domanda o dell'eccezione che il consulente accerta nel rispondere ai quesiti sottopostigli dal giudice violi il principio della domanda; il principio dispositivo non è solo fonte di nullità relativa ma di nullità assoluta in quanto idonea a far rilevare fatti rilevanti non ritualmente allegati dalle parti e così il diritto di difesa (Cass. 31053/2022).

In conclusione si raccomanda al professionista radiologo CTU di prestare attenzione nell'acquisizione di documentazione diagnostica non correttamente depositata nel fascicolo dalle parti. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202412

Presidente
Marco Krengli

Presidente eletto
Stefano Pergolizzi

Consiglieri
Cristina Baiocchi
Liliana Belgioia
Francesco Dionisi
Giulio Francolini
Gianluca Ingrosso
Daniela Musio
Luca Tagliaferri

Segretario alla Presidenza
Antonella Ciabattoni

Segretario Amministrativo
Gianpiero Catalano

Rappresentante Professori Ordinari MED/36
Michela Buglione di Monale

AIRO Giovani
Viola Salvestrini

PRESIDENZA AIRO 2024-2025

Marco Krengli

Carissime/i Colleghe/i,

desidero anzitutto ringraziarvi per la fiducia accordatami nell'avermi eletto Presidente della Associazione Scientifica che ci rappresenta. La formulazione del nostro statuto consente al Presidente eletto di partecipare attivamente ai lavori del Consiglio Direttivo per due anni prima di assumere il ruolo di Presidente in carica, consentendo di conoscere gli aspetti organizzativi e di dare continuità alla gestione della nostra Società Scientifica. La continuità è un fattore importante, ma occorre che la nostra Società Scientifica sia flessibile per potersi adattare agli scenari che cambiano nel tempo presentando nuove sfide alle quali occorre rispondere con forza ed efficacia.

AIRO è attualmente una Società coesa, in crescita, composta da oltre 1.000 professionisti motivati, solida economicamente e autonoma nelle proprie scelte. Soffre tuttavia di una limitata visibilità all'esterno soprattutto al di fuori dell'ambito professionale e scientifico oncologico e non è sempre considerata dalle Istituzioni nelle scelte di politica sanitaria. È inoltre presente un rischio per il prossimo futuro legato alla carenza di vocazioni professionali, che si palesa nelle poche iscrizioni alla scuola di specializzazione, soprattutto negli ultimi anni. In realtà le opportunità attuali e del prossimo futuro sono numerose e possono rendere molto "appealing" la professione dell'oncologo radioterapista: i progressi in conoscenze biologiche in ambito oncologico accompagnati dall'evoluzione della tecnologia e le nuove frontiere dei trattamenti integrati in particolare con l'immunoterapia rappresentano occasioni di crescita per tutti noi e per la nostra Società.

Da queste considerazioni emerge la necessità di intraprendere alcune azioni fra cui la promozione di una comunicazione rivolta all'esterno che sia efficace verso il pubblico, le Associazioni di

volontariato e le Istituzioni e la necessità di intraprendere azioni che consentano di intercettare vocazioni per la nostra professione. A tale scopo sarà necessario far meglio conoscere la disciplina di Radioterapia Oncologica ai futuri medici e rendere più attrattiva la nostra professione.

Al fine di poter avere interazioni efficaci all'esterno e soprattutto con le Istituzioni è però necessario disporre di dati certi sul panorama della radioterapia italiana in termini di centri esistenti e di attività svolta. Per questo motivo è stato predisposto e sarà lanciato a breve il progetto SUPER che chiede a tutti i centri di inviare in forma anonima alcuni dati essenziali che consentano di disporre di un quadro aggiornato della radioterapia italiana.

È mia intenzione valorizzare l'attività di redazione e aggiornamento di linee guida e raccomandazioni sia autonome di AIRO sia in collaborazione con altre Società Scientifiche ed Enti istituzionali quali l'Istituto Superiore di Sanità.

L'attività dei Gruppi di Studio rappresenta una delle componenti più importanti di AIRO e sarà supportata e monitorata in termini di iniziative e di produzione di progetti e di pubblicazioni scientifiche. Proseguiranno le attività di formazione continua con webinar e corsi di aggiornamento con accesso gratuito per tutti i Soci. Ad AIRO-Giovani sarà prestata particolare attenzione essendo la componente che rappresenta il futuro della nostra Società Scientifica.

Conto di impegnarmi nel mantenere i rapporti con il Ministero della Salute per promuovere il ruolo dell'Oncologo Radioterapista e la necessità che l'aggiornamento tecnologico non sia legato solo a eventi particolari come è stata l'attuazione del PNRR, ma segua una programmazione sistematica nel tempo. Analogamente è necessaria la valorizzazione della nostra attività con un periodico aggiornamento di nomenclatore e tariffario. In tal senso anche i Gruppi Regionali/Interregionali devono mantenere il proprio ruolo di coordinamento e di interlocuzione con le Istituzioni regionali che oggi rappresentano una delle principali componenti del SSN.

L'organizzazione complessiva di AIRO è in una fase di importante evoluzione con lo sviluppo di AIRO-Servizi che consente di raccogliere risorse per gestire le iniziative della Società, prima fra tutte il Congresso Nazionale. In effetti l'evento più importante dell'anno 2024 sarà proprio il Congresso Nazionale che quest'anno, per la prima volta, sarà svolto congiuntamente a SIRM e AIMN a Milano dal 21 al 23 giugno e fornirà ai partecipanti un quadro completo delle attività scientifiche nell'ambito delle scienze radiologiche. Sarà davvero un evento particolare a cui tutti i Soci sono fortemente invitati a partecipare. Saranno curati i rapporti con le Società Scientifiche internazionali e in particolare con ESTRO in cui l'Italia è attualmente rappresentata nel board e in ruoli organizzativi.

Nell'augurare a tutti un buon lavoro desidero ringraziare tutti i componenti del Consiglio Direttivo che, nei due anni già trascorsi, mi hanno consentito di apprendere molte conoscenze dei meccanismi indispensabili per la gestione di AIRO. Un grazie particolare alla nostra "past-President" Cinzia Iotti che è stata una guida preziosa oltre che una Presidente impeccabile che ha condotto in modo attento ed efficace la nostra Società.

Un caro saluto a Tutti.

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202413

OBLIO ONCOLOGICO

il risorgimento, negli occhi di chi ha sofferto

Marco Krengli

Francesco Lucà

Giovanni Mandoliti

Giampaolo Montesi

Dopo un iter parlamentare che aveva portato all'approvazione all'unanimità in Senato del DDL S.849 ad Agosto 2023, finalmente in G.U. n. 294 del 18 dicembre 2023 è stata pubblicata la Legge 7 dicembre 2023, n. 193: *"Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"*.

Il diritto all'oblio oncologico è un principio riconosciuto dalla Carta Europea dei diritti dell'uomo.

In Europa, vi sono 20 milioni di persone ancora in vita dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore, il cui 35% appartiene al gruppo dei cosiddetti «lungo sopravviventi». Così il Parlamento Europeo chiede che, entro il 2025, gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei dopo dieci anni dalla fine del trattamento e fino a cinque anni dopo la fine del trattamento per i pazienti per i quali la diagnosi è stata formulata prima dei 18 anni di età. Il diritto all'oblio dovrà quindi essere incluso nella legislazione dei Paesi UE.

Il testo della Legge Italiana nasce e si sviluppa attorno alla Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022. Tale legge recepisce e declina all'interno dell'impianto normativo nazionale, le istanze europee volte a rafforzare la posizione comunitaria nella lotta contro il cancro.

Infatti, i temi toccati nei 5 articoli che compongono la norma spaziano dal riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo al rispetto della vita privata e familiare, passando per la tutela

della Salute, la non discriminazione e non da ultimo la tutela dei diritti dei consumatori (tema particolarmente sentito dal punto di vista civilistico).
Si stima che la platea dei beneficiari, ad ogni titolo, sia circa di 1 milione di persone.
In linea generale si pone il limite temporale dei 10 anni dalla fine dei trattamenti per poter accedere al diritto di vedere "dimenticati" i programmi diagnostici, terapeutici e prognostici, vissuti al tempo della cura della malattia e ai controlli oncologici successivi.
Tale dimenticanza in realtà è una riconsegna del ricordo della malattia al singolo individuo, come esperienza personale ed intima e non più come stigma sociale e civile, legato alla persona fisica e da essa indissociabile.
Non solo, tale limite è modulabile e scende fino a 5 anni dopo la fine del trattamento per i pazienti per i quali la diagnosi è stata formulata prima dei 18 anni di età.
Gli intervalli comunque, saranno ulteriormente normati, poichè il legislatore ha chiaramente dato mandato al Ministero competente, di formulare precise disposizioni sui casi di specie: infatti si legge che *"..entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della Salute, è definito l'elenco delle eventuali patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori"*.
Questo avrà un significativo impatto su diversi aspetti che regolano la vita civile ed economica del Paese, ad esempio nel diritto delle assicurazioni e nelle relazioni che intercorrono tra la compagnia e il contraente.
Si afferma infatti che "*le compagnie di assicurazione e le banche non dovrebbero considerare la storia clinica delle persone colpite da cancro*", ovviamente qualora questa rientri nei limiti temporali sopradescritti e non solo, tali informazioni non possono essere acquisite neanche da "fonti diverse dal contraente" e foss'anche il dato nella disponibilità della compagnia assicurativa, questa non potrà utilizzarlo.
Tutto ciò, in un certo senso fuga ogni *fumus* discriminatorio nei confronti del consumatore che, pur avendo diritto all'acquisto di un prodotto, a tutela dei suoi diritti, se li debba vedere negati per quello che oggi è stato finalmente relegato ad un vizio pregiudiziale.
La tutela si estende anche all'ambito della genitorialità, rafforzando i diritti degli aspiranti genitori e riconoscendo (cosa ancor più forte dal punto di vista legislativo) anche il diritto del minore a poter crescere nell'ambito di una famiglia adottiva.
La legge infatti introduce delle limitazioni alle indagini relative allo stato di salute degli aspiranti genitori adottivi, da parte dei servizi sociali e degli Enti Locali, nonché per ciò che concerne la verifica del Tribunale dei minori dei requisiti di idoneità dei genitori stessi.
Infine tali disposizioni trovano spazio all'art.4 anche nelle procedure concorsuali, per le quali è richiesto un giudizio di idoneità psicofisica. Pertanto non è consentito tener conto dei pregressi eventi oncologici *"il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla data della richiesta"*.
Anche in questo caso, come nei precedenti, il limite è modulabile (nelle ulteriori more del Decreto ministeriale) ed è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età, per questa specifica fattispecie.
Da segnalare che la responsabilità della vigilanza sull'applicazione delle norme suddette è attribuita al Garante per la protezione dei dati personali.
Al netto degli aspetti normativi, che dovranno essere affinati e trovare applicazione nei mesi e negli anni a venire, la legge 7 dicembre 2023, n. 193 rappresenta un balzo in avanti dal punto di vista culturale nell'approccio alla malattia tumorale.
Infatti si passa da una concezione esclusivamente medica, che restituisce un individuo "non in pericolo di vita", ma comunque perennemente malato, ad una visione di totale reinserimento del paziente, realmente guarito, nel tessuto socio-economico del paese.
In Italia potrebbe rappresentare un modello virtuoso e una piattaforma di dibattito parlamentare per affrontare le numerose e annose problematiche in tema di bioetica, ad oggi irrisolte.
Parliamo dei diritti individuali delle categorie vulnerabili, specialmente a seguito dell'insorgenza di patologie come ad esempio le malattie rare, o il fine vita: troppo spesso dibattuti, ma da sempre poco normati. ■

1° CONGRESSO CONGIUNTO
SOCIETÀ SCIENTIFICHE dell'AREA RADIOLOGICA

Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica

AIMN

Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia clinica

51° CONGRESSO NAZIONALE

34° CONGRESSO NAZIONALE

16° CONGRESSO NAZIONALE

MILANO
ALLIANZ MiCo
20-23 GIUGNO 2024

34° CONGRESSO NAZIONALE AIRO
34° CONGRESSO NAZIONALE AIRB
13° CONGRESSO NAZIONALE AIRO GIOVANI

AIRO 2024 - Curare per Guarire

DATA e SEDE del CONGRESSO

21/23 Giugno 2024
Milano, Allianz MiCo

SEGRETERIA SCIENTIFICA

AIRO - Associazione Italiana di Radioterapia e Oncologia Clinica
segreteria@radioterapiaitalia.it - www.radioterapiaitalia.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

AIRO SERVIZI srl
congresso@airoservizi.it

Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia clinica

Società Italiana di Radiobiologia

Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia clinica Giovani

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202414

COORDINATORI GRUPPI DI STUDIO

Gruppo di studio	E-Mail	Coordinatore	Scadenza
NEURO-ONCOLOGICO	neoplasiecerebrali@radioterapiaitalia.it	**Silvia Scoccianti** FIRENZE – Ospedale Santa Maria Annunziata Bagno a Ripoli	2025
TESTA-COLLO	testacollo@radioterapiaitalia.it	**Elisa D'Angelo** BELLARIA – BOLOGNA	2025
POLMONE	polmone@radioterapiaitalia.it	**Paolo Borghetti** BRESCIA – Spedali Civili	2025
MAMMELLA	mammella@radioterapiaitalia.it	**Edy Ippolito** ROMA – Policlinico Universitario Campus Biomedico	2025
GASTROINTESTINALE	gastrointestinale@radioterapiaitalia.it	**Rita Marina Niespolo** MONZA – San Gerardo	2025
URO-ONCOLOGICO	prostata@radioterapiaitalia.it	**Ciro Franzese** ROZZANO – Istituto Clinico Humanitas	2025
RE-IRRADIAZIONE	reirradiazione@radioterapiaitalia.it	**Daniela Alterio** MILANO – IEO	2025
CURE PALLIATIVE	curepalliative@radioterapiaitalia.it	**Costanza Maria Donati** BOLOGNA – IRCSS policlinico di Sant'Orsola	2025
GINECOLOGIA	ginecologia@radioterapiaitalia.it	**Vitaliana De Sanctis** ROMA – Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea	2025
BRACHITERAPIA, RADIOTERAPIA INTERVENTISTICA, IORT	interventistica@radioterapiaitalia.it	**Bruno Fionda** ROMA – Policlinico Gemelli	2025
RADIOTERAPIA METABOLICA	radioterapiametabolica@radioterapiaitalia.it	**Federica Vianello** PADOVA – Istituto Oncologico Veneto IRCCS	2025
BIOLOGIA E TRATTAMENTO CURATIVO DELLA MALATTIA OLIGOMETASTATICA	malattiaoligometastatica@radioterapiaitalia.it	**Mauro Loi** FIRENZE – Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi	2025
TRATTAMENTI ABLATIVI NON ONCOLOGICI	trattamentiablativi@radioterapiaitalia.it	**Mario Levis** TORINO – Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza	2025

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202415

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

DA PALO ALTO A PRATO: una scuola AIMN dedicata alla quantificazione delle neuro-immagini bio-molecolari mediante software do-lab research edition

Anna Lisa Martini, Andrea Chincarini, Paolo Bosco, Rossella Simeone, Diego Cecchin, Luca Fedeli, Stelvio Sestini

In data 1-2 dicembre 2023 si è svolto presso il "Centro per l'Arte Contemporanea Lugi Pecci" di Prato il primo corso di "Scuola di Neuro-Imaging Molecolare - Dalla analisi visiva a quella semiquantitativa con piattaforma DO-Lab Research Edition". L'obiettivo della scuola è stato lo "studio" delle neuro-immagini bio-molecolari in termini di capacità di lettura visiva e quantitativa mediante Piattaforma DO-Lab Research Edition. In latino "studiare" significa "amare" ovvero affrontare la materia medica di medicina nucleare con passione e dedizione per aumentare giorno dopo giorno la propria conoscenza. In particolare, la scuola ha avuto lo scopo di insegnare gli strumenti di lavoro per una efficace comprensione dei parametri che possono influenzare la qualità delle immagini ai fini di una corretta quantificazione, la conoscenza dei pattern di normalità e patologia delle neuroimmagini relativi all'accumulo di amiloide, consumo di glucosio e densità dei DaT, e le modalità di utilizzo della piattaforma di analisi quantitativa delle neuro-immagini DO-Lab Research Edition. Il corso è stato promosso dai medici nucleari del GdS AIMN di neurologia nucleare e dai fisici del team Dorian responsabili della progettazione della piattaforma DO-Lab. DORIAN Technologies è una startup innovativa e spin-off dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) che utilizza il potenziale dell'imaging quantitativo e dell'intelligenza artificiale per ottimizzare la diagnosi, la prognosi e il monitoraggio longitudinale dei pazienti con malattie neurodegenerativa come le malattie di Alzheimer e Parkinson. I concetti base che hanno portato allo sviluppo della piattaforma sono di seguito espressi. Essi rappresentano nel loro insieme le fondamenta di un qualsiasi approccio moderno ed attuale alla quantificazione dei dati-immagine.

Il termine Intelligenza Artificiale (AI) definisce una branca dell'informatica impegnata nella progettazione di software capaci di fornire prestazioni che, a un osservatore comune, sembrerebbero essere di pertinenza esclusiva dell'intelligenza umana. La AI sta assumendo un ruolo sempre più importante nel mondo dell'"*evidence-based medicine*" e nella assistenza sanitaria moderna. Ciò è dovuto sostanzialmente a due fattori, da un

lato la crescita esponenziale della quantità di dati informatizzati disponibili e in continuo aggiornamento e dall'altro al miglioramento delle capacità di calcolo delle tecnologie informatiche. Si parla in tal senso di *data mining* (DM) intendendo con tale termine metodi di estrazione di informazioni significative e comprensibili a partire da grandi quantità di dati (*big data e metodi di analisi data-driven*) attraverso algoritmi automatici o semi-automatici. Un concetto correlato al DM è quello di *apprendimento automatico* o *Machine Learning* (ML), processo tramite il quale i computer possono, grazie al riconoscimento automatico di comunanze (patterns) all'interno dei dati, imparare dai essi e quindi autonomamente descrivere e predire nuove evidenze sulla base della tendenza statistica senza che essi siano stati specificamente programmati per questo. Gli algoritmi di DM e ML tecnicamente non creano nuovi dati ma estraggono nuova conoscenza nascosta nella complessità dei big data. Il termine *Deep Learning* (DL) invece definisce una più recente ed efficiente modalità di ML che utilizza reti neuronali artificiali (Artificial Neuronal Networks, ANNs) col vantaggio di processare una quantità maggiore di dati anche in formati diversi e non precedentemente etichettati ed il loro funzionamento prevede un addestramento dapprima supervisionato dall'uomo e poi gradualmente sempre più autonomo. Analizzando grandi quantità di dati-paziente, la AI si pone al servizio del medico guidandolo in scelte di carattere diagnostico-terapeutico. Tali metodi di analisi sono già stati utilizzati in ambito sanitario per la lettura a scopo diagnostico di immagini morfologiche TC o RM. È stato tuttavia evidenziato come cautela deve essere posta nell'utilizzo della AI in aree sensibili come la diagnosi automatizzata a causa dei rischi potenzialmente connessi alla presenza di calcoli errati derivanti dalla non-gestione delle numerose variabili presenti nel dato da analizzare. A tal riguardo, gli effetti "*batch*" - un sinonimo della qualità e delle caratteristiche di tipo clinico o tecnico (es. la tipologia di tomografo, le caratteristiche del protocollo di acquisizione dei dati immagine) del campione di dati da analizzare provenienti da uno specifico centro - rappresentano ancora oggi sfide aperte potenzialmente difficili da superare quando si tenti di utilizzare la AI come approccio "univoco" nei processi di diagnosi automatizzata.

La tomografia a emissione di positroni (PET) e la tomografia computerizzata a emissione di fotone singolo (SPECT) sono entrambe tecniche di imaging medico nucleare (MN) utilizzate per produrre immagini dettagliate della funzione degli organi del corpo umano. Quando applicate al cervello, le immagini bio-molecolari sono la chiave di volta per rilevare la variazione delle funzioni cerebrali dalle condizioni di normalità a quelle di patologia. La capacità di intercettare la presenza di queste malattie richiede non solo la conoscenza da parte del medico nucleare dei pattern funzionali specifici di ciascuna malattia ma anche la capacità da parte del fisico nucleare di tradurre complessi concetti tecnici relativi ai processi di elaborazione ed analisi quantitativa dei dati-immagine del paziente in intuizioni chiare e fruibili per il medico nucleare. La ricerca di un equilibrio tra complessità concettuale del metodo di analisi e semplicità di gestione del metodo è quindi di fondamentale importanza per garantire che il medico utilizzi l'analisi in modo efficace.

La possibilità di ottenere dei risultati precisi in fisica deriva dalla ripetizione della misura e dalla capacità di sfruttare l'indipendenza dell'errore statistico, la traslazione di questo concetto in ambito medico nucleare porta consequenzialmente a studiare lo stesso parametro di interesse con più metodi di analisi differenti e confrontare i risultati ottenuti da ciascun metodo con il corrispondente set di dati normativi. Gli studi in letteratura hanno infatti dimostrato che esiste una considerevole percentuale di immagini-pazienti definiti *borderline* che possono essere erroneamente diagnosticati dal medico nucleare quando l'analisi si affida ad una valutazione puramente visiva o quantitativa basata su un solo metodo di analisi.

Tenendo conto di quanto fin ora detto, il team Dorian ha sviluppato delle suites di analisi automatizzata dei dati-immagine della funzionalità cerebrale attraverso l'utilizzo di algoritmi-AI integrati con algoritmi non-AI in grado di fornire misure ripetute ma indipendenti del parametro di interesse al fine di ottenere una misura quantitativa quanto più possibile precisa. Più in dettaglio, il frame-work utilizzato per lo sviluppo delle suites è costituito da algoritmi di analisi di tipo tradizionale basati su solide e comprovate evidenze di funzionamento, da algoritmi di analisi data-driven di AI e radiomica, e dalla inclusione nei metodi di analisi di modelli clinici e fisiologici.

L'utilizzo di più algoritmi di analisi dei dati-immagine diventa particolarmente importante quando i risultati di tali analisi risultino tra loro discrepanti. In effetti, poiché ciascuno metodo di quantificazione rappresenta un approccio indipendente alla

analisi del dato, il disaccordo aiuta a comprendere le divergenze tra il dato analizzato e lo standard di riferimento in termini di qualità tecnica dei dati-immagine oppure di deviazioni rispetto al modello noto di malattia. L'utilizzo di più metodi di analisi consente quindi di incrociare i risultati e migliorare la accuratezza e affidabilità. Inoltre, l'utilizzo di strumenti di analisi differenti permette di essere meno sensibile ai deficit o alle limitazioni di un singolo metodo di analisi e, confrontando i risultati, di avere una comprensione più completa dello stato di salute del paziente. Lo scopo non è quindi quello di utilizzare algoritmi-AI in modalità che sostituiscano l'uomo-medico nei processi decisionali del paziente, ma piuttosto quello di alimentare le interazioni tra algoritmi-AI e medici fornendo all'essere umano livelli aggiuntivi di informazioni che siano allo stesso tempo rassicuranti e ricche di contenuti per migliorare la performance nei confronti dei pazienti.

Sebbene il contenuto degli algoritmi sia di natura complessa, lo scopo del team-Dorian è stato quello di automatizzare il calcolo svincolando il medico nucleare da qualsiasi problematica di natura tecnica e permettendo una facile gestione in un setting clinico. I fisici ricordano che si conosce qualcosa di un oggetto quando esso può essere misurato ed espresso in numeri. L'introduzione di questo approccio fisico in campo medico altro non è che il tentativo di fornire al clinico risultati caratterizzati da un livello di misura più elevato colmando il divario tra metodi di quantificazione dei dati-immagine di tipo tradizionale e quelli più sofisticati basati sulla AI. Al fine di incrementare il livello di precisione, ciascun metodo di analisi viene validato mediante confronto con un data-set multicentrico contenente approssimativamente un migliaio di casi caratterizzati da immagini omogenee e la cui normalità è stata clinicamente confermata nel tempo. La presenza di casi clinicamente validati all'interno di un data-set normativo multicentrico appare di fondamentale importanza per testare la omogeneità di comportamento del modello in termini di analisi di immagini-paziente provenienti da centri differenti e di precisione del risultato in output. Il modello prevede che ciascun nuovo caso sia costantemente caricato e validato *a posteriori* da un consensus di medici nucleari esperti. Ciò permette al modello di imparare e accrescere la propria performance nel tempo. Questo processo di validazione è essenziale per garantire l'affidabilità del modello in termini di "*clinical decision making*". Infine, gli step di analisi vengono integrati in un modello omni-comprensivo corredato di rappresentazioni grafiche per facilitare la erogazione di conclusioni solide, affidabili ed etiche.

Il team-Dorian ha deciso di realizzare un sistema di analisi di immagini bio-molecolari basato su un approccio client-server con architettura *three-tier* (ndr una particolare architettura hub-cloud di tipo multi-tier per l'esecuzione di una applicazione web che prevede la suddivisione dell'applicazione in tre diversi moduli o strati dedicati rispettivamente alla interfaccia utente, alla logica funzionale e alla gestione dei dati persistenti).

Il client ha le caratteristiche di un software piattaforma-indipendente e facile da installare sull'hardware del calcolatore, mentre la piattaforma-server lavora in modalità cloud e ha funzioni di hub-centrale per lo smistamento dei servizi di analisi. Tutte le operazioni necessarie per l'installazione, aggiornamento ed assistenza del software-client vengono eseguite in remoto direttamente sotto il controllo del team-Dorian, svincolando il medico nucleare da problematiche di carattere burocratico e tecnico. Il linguaggio del software client è tale da essere accettato e di funzionare in qualsiasi setting di tipo sanitario a scopo di ricerca o clinico. Il software-client è stato progettato per gestire l'identificazione dell'utente, l'up-load dei dati-immagine, la anonimizzazione e la crittografazione dei dati-paziente prima di essere lanciati al server per l'analisi, e la gestione e visualizzazione dei risultati. Il medico nucleare che si trovi ad utilizzare il sistema client-server in un setting sanitario deve essere messo nelle condizioni di poter svolgere le operazioni di analisi in modo semplice e intuitivo. Si procede alla autenticazione sulla piattaforma di calcolo inserendo sul client le proprie credenziali di accesso (ID, password), selezionando la suite di analisi di interesse e caricando il dato-immagine del paziente da analizzare in formato DICOM.

Per ragioni di sicurezza e privacy, il file immagine del paziente in formato DICOM viene immediatamente pseudo-anonimizzato e convertito in formato NIFTI mediante un sistema di crittografia con chiavi di cifratura e decifratura pubblico-privato a 256 bit. Il NIFTI è infatti un formato di file più compatto e sicuro del DICOM in quanto garantisce che qualsiasi informazione sensibile contenuta nel file immagine non sia accessibile a terzi anche in caso di violazione del file. Gli unici dati sensibili che vengono conservati all'interno del

file immagine durante il processo di anonimizzazione e criptazione sono l'età ed il sesso del paziente in quanto necessari per il confronto con il data-set normativi di controllo. A questo punto si ha la possibilità di visualizzare e verificare sull'interfaccia client la qualità del file-immagine NIFTI caricato e, in assenza di errori, di lanciare la trasmissione del file dal client al server. Il server avvia automaticamente tutti i processi di analisi presenti all'interno della suite scelta dal medico nucleare. Gli algoritmi forniscono delle misure di quantificazione tra loro indipendenti del file-immagine del paziente calcolate rispetto a specifici database normativi. Tali misure possono utilizzate da sole oppure integrate in una stima complessiva di probabilità di alterazione del parametro di interesse misurato. Il server raccoglie i risultati delle analisi e li trasmette indietro al client. Il client decripta le informazioni rendendo così possibile la visualizzazione in chiaro dei risultati delle analisi. Il file-immagine NIFTI del paziente non viene conservato sul server ma viene eliminato non appena analizzato.

Durante il processo di quantificazione, gli algoritmi AI e non-AI contenuti nei metodi di analisi utilizzano sistemi di calcolo e database normativi specifici in funzione della tipologia di neuro-immagini bio-molecolari da analizzare e di alcune caratteristiche tecniche dei processi di acquisizione e ricostruzione.

L'hub centrale è stato invece progettato per gestire le operazioni numeriche (autenticazione, numero e tipologia di trattamento-dati richiesto) ed il backup del database dei risultati elaborati e dei metadati crittografati al fine di garantire il servizio di ripristino in situazioni di emergenza. Oltre ad accedere al risultato non crittografato, il client fornisce anche statistiche grafiche di ogni analisi per facilitare la comprensione dei risultati. I risultati vengono archiviati sulla workstation dell'utente o su un database locale (anche crittografato) e possono essere stampati o esportati in formato pdf e xlsx.

Nel complesso, molta attenzione è stata posta nel garantire la tutela della privacy degli utenti in ottemperanza al Regolamento UE n. 679/2016 – GDPR e tutti i set di dati-immagine sono crittografati end-to-end per proteggerli sia mentre sono in transito che fermi. È stato inoltre implementato un sistema di audit-log in grado sia di tracciare le richieste di accesso e di elaborazione dei dati che di fornire un audit-trail dettagliato. Il protocollo è stato quindi progettato per garantire il massimo livello di sicurezza dei dati al fine di proteggere le informazioni sensibili degli utenti.

Le suite implementate per lo studio delle neuro-immagini bio-molecolari sono al momento tre, due correlate alle immagini PET del metabolismo glucidico e del carico di amiloide regionale cerebrale ed una correlata alle immagini SPECT della funzione dopaminergica nigro-striatale. Lo studio PET del metabolismo glucidico mediante radiofarmaco fluoro-deossi-glucosio è un potente strumento di diagnostica per immagini bio-molecolare per lo studio delle malattie neuro-degenerative come la malattia di Alzheimer ed altre forme di demenza. La suite dedicata a questo scopo comprende un software innovativo completamente automatizzato di quantificazione delle immagini FDG il cui core si ispira al noto software statistical parametric mapping (SPM). La analisi si basa sul confronto statistico delle immagini del singolo paziente con un database di normalità validato. Il principale vantaggio di avere a disposizione questo software è la possibilità da parte del medico nucleare di disporre delle mappe statistiche di metabolismo cerebrale regionale svincolandolo dalla necessità di gestire la complicata componente tecnica del software. Questa facilitazione ha come ricaduta immediata la possibilità di incrementare la diffusione del metodo di quantificazione SPM-based in più centri di medicina nucleare e così facendo di migliorare le performance diagnostiche del medico nucleare che può finalmente disporre di una analisi quantitativa da affiancare alla meno performante analisi visiva per rilevare i pattern specifici di ciascuna malattia.

Parallelamente alla suite FDG-PET, il team – Dorian ha implementato una suite per lo studio del carico di amiloide cerebrale in pazienti con Malattia di Alzheimer o altre forme di demenza. La suite è dotata di tre differenti algoritmi di quantificazione della concentrazione di radiofarmaci PET per lo studio dell'amiloide cerebrale. In particolare, la soluzione Dorian per la quantificazione dell'amiloide integra algoritmi indipendenti tradizionali e innovativi per superare i limiti intrinseci di ciascun metodo. Questa soluzione è stata convalidata insieme ai nostri partner clinici per tutti i traccianti commerciali. Gli algoritmi includono il metodo di analisi standard SUVr (basato su rapporti di concentrazione tra il compartimento specifico ovvero la sostanza grigia cerebrale

ed il compartimento aspecifico senza amiloide ovvero la sostanza grigia cerebellare) e due metodi innovativi brevettati quali, ELBA (progettato per catturare pattern di distribuzione dell'intensità del segnale che sono proprietà globali dell'intero cervello e non richiedono una ROI di riferimento) e TDR (sfrutta le informazioni fornite dalle fasi iniziali della cinetica di distribuzione del tracciante per definire le regioni target del cervello). I metodi di analisi automatizzata-AI e non-AI presenti nella suite sono in grado di fornire misure precise e ripetibili del carico di amiloide in specifiche aree cerebrali di interesse, cosa non sempre facile da realizzare con modelli di analisi visiva e quantificazione manuale.

La ricaduta immediata di ciò è la riduzione del carico di lavoro manuale e l'incremento della performance diagnostica del medico nucleare legata alla possibilità di usufruire di tali misure a scopo diagnostico e per il monitoraggio nel tempo della efficacia di trattamenti farmacologici che hanno come target il carico di amiloide cerebrale. Così come per lo studio del metabolismo cerebrale, le misure del carico di amiloide del paziente derivanti da ciascun metodo di analisi vengono confrontate con un database di normalità. I risultati indipendenti ottenuti da ciascun metodo vengono utilizzati per definire la percentuale di probabilità che il paziente in esame ha di avere o non avere un carico di amiloide cerebrale patologico.

Infine, è stata sviluppata una suite dedicata allo studio delle immagini bio-molecolari della funzione del sistema dopaminergico nella malattia di Parkinson e nei parkinsonismi. I metodi di analisi contenuti nella suite forniscono misure di quantificazione della concentrazione di radiofarmaci SPECT per il trasportatore della dopamina (DaT) nei nuclei striati da utilizzare a scopo diagnostico e prognostico nelle sindromi parkinsoniane. Tali metodi di analisi sono completamente automatizzate e si basano sul calcolo di una serie di indicatori di intensità di segnale e di forma come ad esempio il *SBR – SH* (Specific Binding Ratio), il *BSG* (Basal Ganglia new version) ed il *Vol* (metodo di estrazione radiomica volumetrica). Così come per le altre suite, anche questi metodi di analisi prevedono il confronto delle misure della densità dei DaT del paziente con database di normalità specifici che tendono anche conto di alcune caratteristiche tecniche relative ai processi di acquisizione ed elaborazione dei dati-immagine. I risultati indipendenti ottenuti vengono utilizzati per definire la percentuale di probabilità che il paziente in esame ha della presenza o assenza di malfunzionamento dei DaT. Anche in questo caso, algoritmi di analisi automatizzata-AI e non-AI sono stati integrati al fine di fornire misure precise del livello di riduzione della densità recettoriale mediante un maggior efficienza nella identificazione ed estrazione delle informazioni dalle aree di interesse rispetto ai metodi di analisi tradizionali o basati sulla sola presenza di algoritmi-AI.

I software progettati dal team-Dorian hanno l'obiettivo di combinare il meglio di due mondi, quello della conoscenza delle fisio-patologia dell'essere umano e quello della quantificazione. Inoltre, come testimoniato dal corso di "Scuola di neuro-imaging molecolare", molta attenzione è stata posta al processo di formazione del medico nucleare attraverso l'analisi con software per ricerca Do-Lab delle neuro-immagini del metabolismo glucidico, carico di amiloide e densità di DaT di casi-paziente con specifiche malattie neurodegenerative. Infatti, nonostante la disponibilità di tecnologie standard e di machine-learning in grado di rilevare le più piccole variazioni del parametro di interesse, è di fondamentale importanza che il medico nucleare sappia leggere i risultati delle analisi e riconosca in essi i pattern di malattia. Infine, la diffusione del progetto Dorian nei centri di medicina nucleare avrebbe il vantaggio di garantire la confrontabilità del risultato tra diversi centri con notevole vantaggio nei processi di clinical decision making nel tempo.

Essendo il team-Dorian formato da un gruppo di fisici che collabora con i medici nucleari del GdS di neurologia nucleare della AIMN, grande importanza nella progettazione dei metodi di analisi è stata posta ai concetti di etica ed affidabilità. È noto che gli algoritmi sono affidabili solo nella misura in cui lo sono i dati e le ipotesi che li generano. Parallelamente alla attenzione posta nel garantire che gli algoritmi AI utilizzati poggino su dati solidi e affidabili, altrettanta attenzione è stata posta alle questioni etiche relative alla interazione tra essere umano ed AI. Uno dei principali vantaggi di questa interazione è l'abilità di unire i punti di forza di entrambi, esseri umani ed AI. Ad esempio, mentre AI può elaborare grandi quantità di dati in modo rapido e accurato, gli esseri umani hanno il compito di comprenderne il contesto ed emettere giudizi basati sull'esperienza e sull'intuizione, e quindi, l'interazione tra AI ed essere umano può contribuire a alleggerire il carico di lavoro del medico ed aumentare la accuratezza diagnostica. ■

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202416

AIMN

ASSOCIAZIONE ITALIANA
DI MEDICINA NUCLEARE ED
IMAGING MOLECOLARE

21 MARZO 2024

RUOLO DELLA MEDICINA NUCLEARE NEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

ROMA, CENTRO STUDI CARDELLO

PROGRAMMA
21 Marzo 2024

9.30 Registrazione dei partecipanti

10.00 Saluti e introduzione ai lavori
ML. De Rimini, M. Bartolomei, S. Panareo

10.10 Le richieste degli specialisti che si interfacciano con il Medico Nucleare: i risultati della Survey promossa da "AIMN Giovani"
G. Santo

10.25 L'evidenza: "Il ruolo della Medicina Nucleare nel Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) del Paziente oncologico"
A. Bianchi

Prima sessione: NEOPLASIE DEL DISTRETTO TESTA COLLO
Moderatori: ***A. Bianchi, B. Palumbo***

10.45 La Medicina Nucleare nella stadiazione e stratificazione prognostica delle neoplasie del distretto testa – collo
C. Ferrari

11.00 La PET nella definizione del piano radioterapico e nella valutazione della risposta alla radio-chemioterapia combinata
A. Piccardo

11.15 Discussione

Seconda sessione: NEOPLASIA TIROIDEA
Moderatori: ***M. Maccauro, A. Muni***

11.25 Ci sono novità nella diagnostica e terapia del carcinoma tiroideo ben differenziato?
A. Campenni

11.40 La PET con FDG nel carcinoma tiroideo iodio refrattario
D. Albano

11.55 Terapia ad alte dosi su base dosimetrica con 124I
M. Maccauro

12.10 Discussione

Terza sessione: NEOPLASIE DELL'APPARATO GASTRO-INTESTINALE
Moderatori: ***M. Bartolomei, A. Filice***

12.20 Carcinoma del colon-retto: stadiazione e valutazione della risposta alla radio-chemioterapia
R. Mei

12.35 Adenocarcinoma del pancreas
L. Filippi

12.50 Discussione

13.00 Pausa Pranzo

Quarta sessione: NEOPLASIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO
Moderatori: ***M. Ippolito, S. Panareo***

14.00 La PET nel carcinoma della vescica
L. Urso

14.15 Neoplasie ginecologiche: novità dell'imaging medico nucleare
M. Picchio

14.30 Discussione

Quinta sessione: NEOPLASIA MAMMARIA
Moderatori: ***ML. De Rimini, ML. Calcagni***

14.40 Prospettive future in ambito medico nucleare nella neoplasia mammaria
L. Evangelista

14.55 La PET nella risposta alla terapia del carcinoma mammario
S. Taralli

15.10 Discussione

15.20 L'evidenza: "Il significato prognostico della PET in oncologia
M. Bauckneht

15.35 Impatto dell'evoluzione tecnologica in "Oncologia Nucleare"
N. Quartuccio

15.50 Discussione e concludione dei lavori

ISCRIZIONI

A. SOCIO AIMN	**50,00 Euro** Esenti Iva
B. SOCIO AIMN che necessita di fattura	**50,00 Euro** + Iva 22%
C. NON SOCIO AIMN	**100,00 Euro** + Iva 22%

Saranno accettate le prime 60 iscrizioni pervenute in ordine cronologico presso la Segreteria Organizzativa.

E' possibile iscriversi on line visitando il sito www.mzevents.it

Per effettuare l'iscrizione è necessario cliccare sul link "Registrati ad un evento" e dopo aver selezionato l'evento di interesse, registrarsi cliccando sul pulsante "Iscrizione on-line". Seguendo le indicazioni si potranno effettuare l'iscrizione e il relativo pagamento, con carta di credito o bonifico. Le iscrizioni verranno automaticamente accettate in ordine di arrivo, sino ad esaurimento dei posti disponibili. Non saranno accettate iscrizioni senza il relativo pagamento.

ESENZIONE IVA – FATTURE INTESTATE ALLA P.A
I partecipanti che necessitano di fattura intestata ad enti della Pubblica Amministrazione, devono registrarsi online inserendo il CODICE UNIVOCO AZIENDALE.
Il pagamento dell'iscrizione, relativo a tutte le categorie, dovrà essere effettuato alla Segreteria Organizzativa MZ che provvederà ad emettere regolare fattura o ricevuta per i Soci AIMN. Una volta emesso il documento (fattura o ricevuta), non sarà possibile richiederne in seguito la sostituzione.

La quota di iscrizione comprende:
- Partecipazione alle sessioni scentifiche
- Coffee Break e Lunch
- Attestato di partecipazione via e-mail

Cancellation Policy
Tutte le cancellazioni pervenute per iscritto alla segreteria entro il 28 Febbraio 2024 daranno diritto al rimborso del 20% della quota d'iscrizione. Le cancellazioni pervenute dopo tale data non daranno diritto ad alcun rimborso.

INFORMAZIONI GENERALI

ACCREDITAMENTO ECM: AIMN PROVIDER

Crediti ECM

Ricordiamo che, per avere diritto ai crediti formativi ECM, è obbligatorio:
- frequentare il 90% delle ore di formazione
- firmare il foglio firme
- compilare il questionario di valutazione dell'evento online
- sostenere e superare la prova di apprendimento online

L'attestato di partecipazione verrà inviato a tutti i partecipanti presenti tramite e-mail, mentre il certificato riportante i crediti ECM sarà scaribile online se il test avrà esito positivo.

La Segreteria Organizzativa, 2 giorni lavorativi dopo l'evento, comunicherà tramite e-mail il link per accedere all'area riservata e compilare il questionario di apprendimento online. Il questionario rimarrà attivo per 3 giorni lavorativi.
Se entro 2 giorni lavorativi dopo l'evento NON dovesse ricevere l'e-mail con le indicazioni per la compilazione del questionario ECM, le chiediamo la cortesia di contattare la Segreteria Organizzativa. La Segreteria non risponde di eventuali e-mail non ricevute.

SEDE
Centro Studi il Cardello,
Via del Cardello 24, Roma

dalla Stazione Termini
uscita Piazzale dei Cinquecento attraversare Via Giolitti e prendere il Viale a sinistra Via Cavour continuare a dritto per circa 1 km. svoltare a sinistra in Via del Cardello distanza percorribile in 20 minuti

dalla Stazione Termini
direzione Laurentina Fermata Colosseo dall'uscita prendere per Via del Colosseo, svoltare a destra in Via delle Carine e subito a sinistra in Via del Cardello distanza percorribile in 13 minuti

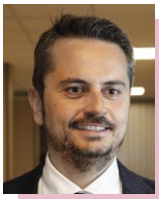
il Centro Studi Cardello si trova all'interno della zona ZTL

31 1

DA UN BIMESTRE ALL'ALTRO

Il **Decreto Milleproroghe** ha partorito un vero scudo penale o una norma "placebo"? Sarà un viatico reale per la commissione "Nordio"?

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202417



Claudio Guerra

Antonio Saponaro

Il Decreto n. 215 del 30 dicembre 2023, anche conosciuto come "Milleproroghe", dopo essere stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2023, verrà convertito in legge il prossimo 28 febbraio 2024: nell'arco di questi mesi sono stati presentati una serie di emendamenti al testo originario.

Uno degli emendamenti più attesi dal mondo sanitario è quello che introduce il c.d. "scudo penale"; la necessità di un provvedimento legislativo a tutela dei professionisti della sanità deriva dalla situazione di grave emergenza organizzativa che il sistema sanitario ha dovuto affrontare negli ultimi anni, legata non solo alla pandemia recentemente superata ma anche ad una cronica carenza di risorse umane, materiali e finanziarie.

Ciò ha oltremodo enfatizzato la percezione del "rischio penale" correlato all'esercizio delle professioni mediche: le categorie interessate hanno in questo senso espresso con vigore attraverso le proprie organizzazioni sindacali l'esigenza di una rafforzata protezione legislativa, invocando l'introduzione di uno "scudo" che ponesse gli operatori al riparo dalla criminalizzazione del loro operato in condizioni di lavoro "difficili". Il Governo ha pertanto inteso intervenire approvando i commi che di seguito riportiamo.

Commi 8-septies e 8-octies. *Fuori dallo stato di emergenza epidemiologica da Covid, la limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave opera per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi sino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario.*

Si tiene conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato.

Alcuni medici hanno accolto con entusiasmo tale emendamento, altri mettono in dubbio la concreta utilità di una "protezione" così costruita: la formulazione testuale utilizzata dal legislatore induce ad interrogarci sulla reale efficacia di "protezione" che il c.d. "scudo penale" sarà in grado di esplicare.

Quello che più preoccupa i sanitari è l'avvio del procedimento penale con tutto ciò che comporta in termini di spese economiche, coinvolgimento personale e patemi d'animo; tale coinvolgimento è talmente frequente che ormai i medici fungono da parafulmini degli esiti infausti delle malattie e sono indotti, non di rado, a rifugiarsi nella medicina difensiva.

Il procedimento penale è il vero spauracchio, pur nella consapevolezza che questo nel 97 % dei casi si concluderà con un decreto di archiviazione o con una pronuncia di assoluzione (ma solo a distanza di mesi o più spesso di anni dall'iscrizione nel registro degli indagati).

Nonostante ciò il c.d. "scudo penale" introdotto non limiterà il numero iscrizioni "frettolose" dei medici e degli altri sanitari nel registro degli indagati, atti spesso poco meditati, legati a mera "responsabilità da contatto" ed emessi sotto l'ombrello della formula omnicomprensiva dell'atto dovuto.

Nella nostra esperienza di sindacato di categoria professionale abbiamo notizia di tantissimi casi in cui l'iscrizione nel registro degli indagati ha costituito un atto pregiudizievole che ha influito negativamente sull'attività lavorativa del medico minando la sua serenità nell'erogazione delle cure con ripercussioni sulla qualità del rapporto medico-paziente.

Osserviamo pertanto che una siffatta formulazione della norma non può in alcun modo realizzare quella protezione dal procedimento penale che era stata invece auspicata, considerato che è proprio nel processo che viene verificata la sussistenza di un grado di colpa per l'operatività dello "scudo".

È solo il giudice infatti (e non il pubblico ministero) che valuterà il grado della colpa e che dovrà tener conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono stati commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato.

Riteniamo infatti che l'espressione "scudo penale" (ormai largamente invalsa nel dibattito pubblico relativo alla responsabilità sanitaria) rappresenti una formula tutt'altro che felice perché evocatrice di immagini di immunità o di amnistia preventiva.

La formulazione con cui viene previsto lo "scudo" circoscrive il suo ambito applicativo; in particolare evidenziamo i seguenti limiti del c.d. "scudo penale" stimolando una discussione costruttiva:
- prevedendo la punibilità della colpa grave protegge solo dalla colpa lieve;
- limite temporale: il provvedimento scade il 31 Dicembre 2024 (salvo ulteriori proroghe);
- limiti causali per l'applicabilità: i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale (omicidio colposo o lesioni personali) devono verificarsi in condizioni di lavoro determinate da scarsità di risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare;
- il provvedimento, così come strutturato, non prevede alcuna forma di improcedibilità: in particolare, in caso di ipotesi di reato, anche nelle circostanze comprese nella formulazione del decreto non sarà evitata l'iscrizione del medico nel registro degli indagati né si ridurranno le possibilità di incorrere nel successivo iter procedimentale e/o processuale.

Questi limiti ci fanno dubitare che gli emendamenti al Decreto abbiano davvero quella efficacia di "scudo" cui si fa riferimento nel linguaggio massmediatico; ci sembra invece che sia stata approvata una norma che si caratterizza più per un blando effetto «rassicurativo» che per un reale effetto protettivo.

Riteniamo utile precisare che non è stata introdotta alcuna forma di "scudo procedimentale" nell'attesa di una definitiva ed auspicabile riforma che conduca alla definitiva depenalizzazione dell'atto sanitario.

L'introduzione di norme transitorie finalizzate a perimetrare l'alveo della responsabilità penale in ambito sanitario sottolinea l'urgenza di una profonda riflessione sugli l'eccessivi rischi/responsabilità sottesi all'atto medico.

La categoria necessita di norme che siano declinate secondo formulazioni testuali realmente garantiste: solo così si ridurrebbe significativamente il coinvolgimento dei sanitari nei procedimenti penali, si garantirebbe la necessaria serenità agli operatori sanitari e si risparmierebbero i costi della medicina difensiva.

Attendiamo con fiducia e speranza i lavori della "Commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica" istituita con un decreto del Ministro della Giustizia Carlo Nordio il 28 marzo 2023 ed insediata formalmente il 13 aprile 2023.

La Commissione, il cui mandato scadrà il 28 marzo 2024, è composta da Enrico Elio Del Prato, professore ordinario di diritto civile (Università La Sapienza di Roma), Vittorio Fineschi, professore ordinario di Medicina legale (Roma La Sapienza), Antonio Fiorella, professore emerito di diritto penale (Roma La Sapienza), Giulio Maira, *adjunct professor* di neurochirurgia (università Humanitas di Milano), Francesco Musumeci, direttore Uoc di cardiochirurgia e dei trapianti di cuore (Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma), Antonella Polimeni (Rettrice Università La Sapienza, Roma), Giovanni Scambia, professore ordinario istituto di clinica ostetrica e ginecologica (ospedale Gemelli di Roma), Attilio Zimatore, professore ordinario di istituzioni di diritto privato (Università Luiss Guido Carli di Roma), Matteo Caputo, professore ordinario di diritto penale (università Cattolica del Sacro Cuore di Milano).

Partecipano ai lavori della commissione i vertici del Gabinetto del Ministero della Giustizia, dell'Ufficio legislativo e del Dipartimento per gli affari di giustizia.

Questi gli obiettivi della Commissione come specificato nel decreto che l'ha istituita:
- esplorare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale in cui si inscrive la responsabilità colposa sanitaria per discuterne i limiti e le criticità e proporre un dibattito in materia di possibili prospettive di riforma;
- proporre un'approfondita riflessione e un accurato studio sul tema della colpa professionale medica ai fini di ogni utile successivo e ponderato intervento, anche normativo. ■

NUOVO GEL ECOGRAFICO

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202418

Claudio Bandini

Nuova scoperta in campo diagnostico ecografico: si tratta del gel ecografico antibatterico, antivirale e antifungino, sviluppato dal dottor Claudio Bandini, laureato in scienze biologiche molecolari e in medicina e chirurgia e allievo della scuola di specializzazione in radiodiagnostica dell'Ateneo pisano. Si tratta di un importante passo avanti in campo diagnostico ed interventistico ecografico: grazie a questa innovazione l'ESR e il Prof. Emanuele Neri, che coordina il dipartimento di Qualità, Sicurezza e Standard in diagnostica per immagini, cominceranno a lavorare a nuove linee guida europee per la pratica ecografica.

Il gel ecografico nuovo si chiamerà Cogel Ultrasafe e si tratta di un dispositivo con componenti sicure, che gli conferiscono un potere antibatterico, antivirale e antifungino, dimostrato dai test a cui è già stato sottoposto, garantendo comunque una trasmissione degli ultrasuoni sovrapponibile ai comuni gel ecografici. Ciò consente una maggiore sicurezza sia per il paziente che per l'operatore: l'intento iniziale è stato quello di abbassare le infezioni trasmesse tramite la sonda ecografica. Il 74% di tutti i rischi per la salute connessi all'uso di apparecchiature ecografiche, infatti, sono correlati ad apparecchiature disinfettate impropriamente. Nel 2012 è stata descritta la prima morte dovuta a traslocazione da sonda ecografica del virus dell'epatite B, mentre 2017 è stato pubblicato il primo studio per indagare il rischio di trasmissione di infezioni connesso all'uso di ultrasuoni che dimostrava che i pazienti sottoposti a scansioni transrettali erano 3,4 volte più propensi ad avere colture positive e a ricevere antibiotici (con conseguente sviluppo di resistenze batteriche). Inoltre, è stato anche stabilito che >80% dei manici della sonda sono altamente contaminati da agenti patogeni, tra cui *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina. Sono stati segnalati anche lotti di gel per ultrasuoni contaminato, compresi i casi in cui hanno provocato batteriemie e morte.

Il nuovo Cogel Ultrasafe però, oltre ad abbassare la trasmissione delle infezioni ospedaliere, avrà altre funzioni, infatti non può essere contaminato, né prima né dopo l'apertura della confezione. Oltre a ciò impedisce la traslocazione di patogeni dall'operatore (sia con DPI che senza DPI) al paziente e viceversa e, anche se riscaldato, non costituisce più un serbatoio di patogeni (infatti la crescita degli stessi è inibita anche a temperature di coltura, che corrispondono ottenute nelle logge di riscaldamento degli ecografi);

L'errore umano e i possibili danni di una disinfezione non consona dell'ecografo (es. residui di gel sulla sonda) e di tutti gli strumenti per l'esame ecografico da parte degli operatori (personale medico e personale non medico) saranno sensibilmente diminuiti;

Anche l'utilizzo delle bustine monouso di gel sterile diminuirà significativamente: esso non abbassa il rischio di trasmissione di infezione per traslazione di patogeni con gel e/o sonde ecografie. Proprio per questo non è possibile riutilizzare una bustina monouso aperta su un altro paziente, a differenza del nuovo dispositivo.

Per quanto riguarda le procedure interventistiche ecoguidate, sarà creata una linea specifica, in modo tale che il medico esecutore abbia, finalmente, un prodotto che gli permetta di usare il gel direttamente sul sito che andrà sottoposto al procedimento evitando di traslocare agenti microbici dalla cute verso l'interno e al contempo avendo anche piena aderenza della sonda ai bersagli più difficili da studiare per la conformazione della sonda stessa. La stessa linea di Cogel Ultrasafe sarà utilizzabile su cute lesa/ferite lacerocontuse come, per esempio, in un politrauma da incidente stradale, con ferite "sporche" e necessità di diagnosi veloci (EFAST) in cui sarebbe possibile traslocare patogeni e disseminare infezioni, garantendo un esame ecografico di qualità e un controllo locale/ riduzione significativa della popolazione batterica della ferita. Diminuirà così l'uso di disinfettanti liquidi come lo iodopividone (inattivabile dalla luce, che può causare reazioni allergiche e non che è un gel, quindi non costituisce interfaccia idonea alla trasmissione di ultrasuoni) o la clorexidina e derivati (che perde efficacia a temperature >25°C e alla luce!), ma anche di gel sterile che non impedisce tale traslocazione di batteri da un sito all'altro e quindi da una ferita contaminata all'altra proprio perché appena entra in contatto con l'aria perde la stessa sterilità. Oltre a ciò l'utilizzo di questo nuovo dispositivo sarà molto utile nel controllo delle infezioni con le sonde ecografiche transvaginali e transrettali: saranno fatti anche degli studi specifici sulla possibile inattivazione del virus HPV.

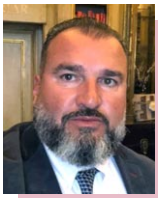
Con Cogel Ultrasafe i costi ospedalieri diminuiranno, poiché da una parte non si avrà più il deterioramento precoce della sonda ecografica (i disinfettanti più largamente utilizzati deteriorano la sonda velocemente, quelli specifici hanno un costo molto elevato) e dall'altra abbassando la quantità di rifiuti ospedalieri da smaltire che servirebbero per avere livelli minimi di sicurezza (uso disinfettanti, carta, ecc.)

Il nuovo Cogel Ultrasafe sarà disponibile a breve ed è stato già stato presentato a Dusseldorf a Medica, il forum mondiale per i nuovi dispositivi in Medicina dove ha ottenuto un enorme interesse anche da parte di quei paesi che hanno una disponibilità economica inferiore alle nostre capacità e che sono svantaggiati da un evidente problema di trasmissibilità delle infezioni tramite la sonda ecografica. ■

SULLE SPALLE DEI GIGANTI

LE MACCHINE A RAGGI X PER LA MISURAZIONE DELLE SCARPE: *quando il marketing incontra la radiologia*

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202419

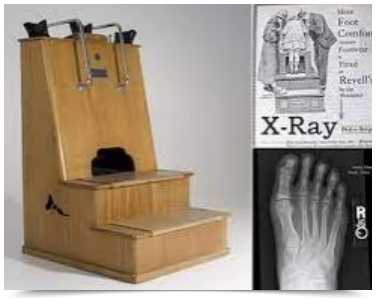


Duccio Buccicardi

I fluoroscopi per la misurazione delle scarpe, noti anche con i nomi "X-ray Shoe Fitter", "Pedoscope" e "Foot-o-scope", erano apparecchiature a raggi X installate presso i negozi di scarpe di Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Australia, Sudafrica, Germania e Svizzera, dagli anni '20 fino agli anni '70 dello scorso secolo.

Venivano ampiamente utilizzati, in particolare, per l'acquisto di scarpe da bambino, la cui misura del piede notoriamente cambia fino all'età adulta. Nella seconda metà del XX secolo, la crescente consapevolezza dei rischi legati alle radiazioni e le normative sempre più rigide ne hanno imposto la graduale dismissione.

Il fluoroscopio per la misurazione delle scarpe era costituito da una struttura metallica, rivestita in legno, alta circa 1,2 metri, dalla forma di una breve colonna squadrata, dotata di un ripiano sul quale il cliente avrebbe stazionato in ortostatismo e di una finestra di osservazione, attraverso la quale avrebbe visionato le immagini fluoroscopiche dei propri piedi all'interno delle scarpe. Altre due finestre di osservazione, posizionate ai lati, permettevano al genitore/accompagnatore e ad un assistente di vendita di vedere le dita dei piedi muoversi in tempo reale, per verificare quanto spazio vi fosse tra le dita stesse e il bordo interno della scarpa. Le ossa dei piedi risultavano chiaramente visualizzabili, così come i profili della scarpa (cuciture comprese).

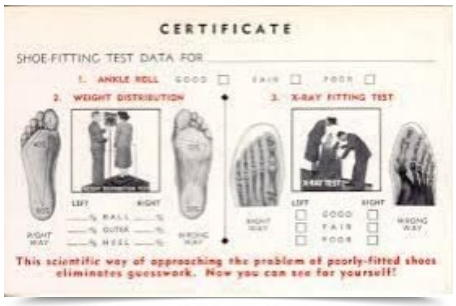


Esistono molte rivendicazioni per l'invenzione di tale macchinario. La più accreditata è quella di Jacob Lowe, che presentò la versione modificata di un dispositivo medico alla convention nazionale dei rivenditori di calzature, tenutasi a Boston nel 1920. L'anno precedente Lowe aveva presentato domanda di brevetto negli USA, che fu concesso per 15.000 dollari alla Adrian Company di Milwaukee, nel 1927. Syl Adrian affermò che suo fratello, Matthew Adrian, aveva inventato e costruito la prima macchina a Milwaukee (il suo nome effettivamente compare in un annuncio pubblicitario del 1922). Clarence Karrer, figlio di un distributore di apparecchiature a raggi X, sostenne di aver costruito la prima unità nel 1924, sempre a Milwaukee, ma la sua idea venne rubata e brevettata da un dipendente del padre. Nel 1924 l'azienda inglese Pedoscope presentò domanda di brevetto nel Regno Unito (poi concesso nel 1926), dichiarando di costruire tali apparecchiature fin dal 1920.

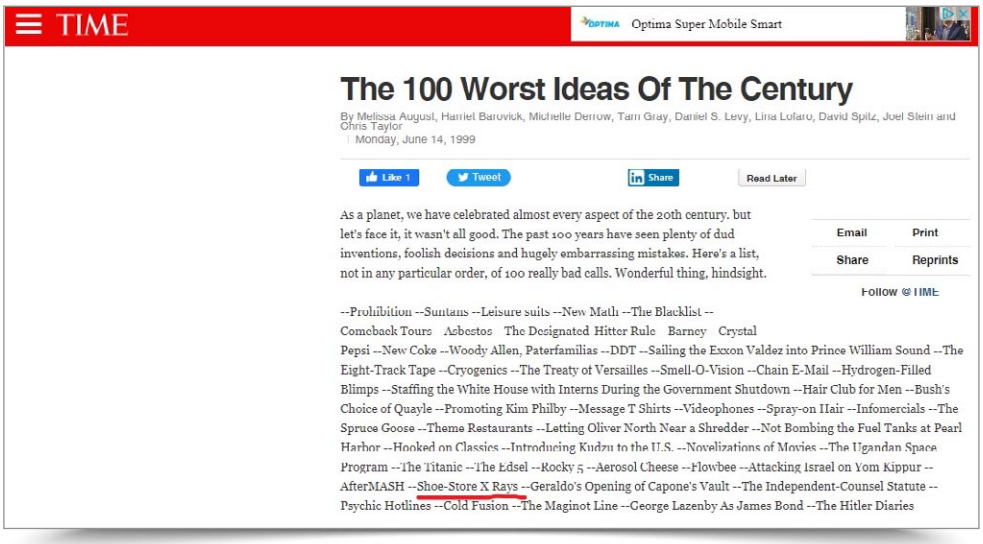
La X-ray Shoe Fitter Corporation di Milwaukee e la Pedoscope Company divennero i principali produttori al mondo di fluoroscopi per la misurazione delle scarpe.

Il rischio di ustione da radiazioni era noto fin dalla scoperta dei raggi X, ma si trattava di un effetto a breve termine, preceduto da un evidente eritema. I rischi legati all'esposizione cronica alle radiazioni iniziarono ad emergere con il lavoro pubblicato da Hermann Joseph Muller del 1927, che ne studiò gli effetti sul patrimonio genetico su un campione di operaie che dipingevano a mano i quadranti fluorescenti al radio degli orologi, dimostrando un incremento dell'incidenza di tumori. Il reale livello di rischio fu quantificato solo verso la fine degli anni '40, quando i sopravvissuti alle bombe atomiche di Hiroshima e Nagasaki iniziarono a sperimentare gli effetti a lungo termine delle radiazioni.

Le prime analisi sull'esposizione radiante relativa ai fluoroscopi per la misurazione delle scarpe furono eseguite nel 1948 e suscitarono subito viva preoccupazione. Al variare del modello e dell'usura dei macchinari, furono riscontrate ampie variazioni della dose erogata. Durante una visualizzazione scopica di 20 secondi, i fluoroscopi di fabbricazione americana erogavano



mediamente 13r (roentgen, equivalenti a circa 0,13 Sv) mentre i Pedoscopes (di fabbricazione britannica) si assestavano su dosi inferiori di circa dieci volte. Un cliente poteva provare diverse paia di scarpe al giorno oppure tornare più volte in un anno e gli effetti della dose radiante potevano pertanto essere cumulativi. Anche se la maggior parte della dose era diretta ai piedi, non bisognava sottovalutare gli effetti della radiazione diffusa, poiché talvolta i materiali di protezione venivano spostati per migliorare la qualità dell'immagine o addirittura rimossi per rendere la macchina più leggera.


TIME

Optima Super Mobile Smart

The 100 Worst Ideas Of The Century

By Melissa August, Harriet Barovick, Michelle Denrow, Tam Gray, Daniel S. Levy, Lina Lofaro, David Spitz, Joel Stein and Chris Taylor

Monday, June 14, 1999

Like 1 Tweet Share Read Later

As a planet, we have celebrated almost every aspect of the 20th century. but let's face it, it wasn't all good. The past 100 years have seen plenty of dud inventions, foolish decisions and hugely embarrassing mistakes. Here's a list, not in any particular order, of 100 really bad calls. Wonderful thing, hindsight.

Email Print Share Reprints

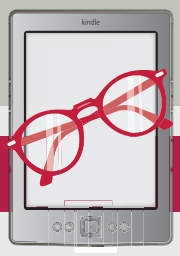
Follow @ TIME

--Prohibition --Suntans --Leisure suits --New Math --The Blacklist -- Comeback Tours Asbestos The Designated Hitter Rule Barney Crystal Pepsi --New Coke --Woody Allen, Paterfamilias --DDT --Sailing the Exxon Valdez into Prince William Sound --The Eight-Track Tape --Cryogenics --The Treaty of Versailles --Smell-O-Vision --Chain E-Mail --Hydrogen-Filled Blimps --Staffing the White House with Interns During the Government Shutdown --Hair Club for Men --Bush's Choice of Quayle --Promoting Kim Philby --Message T Shirts --Videophones --Spray-on Hair --Infomercials --The Spruce Goose --Theme Restaurants --Letting Oliver North Near a Shredder --Not Bombing the Fuel Tanks at Pearl Harbor --Hooked on Classics --Introducing Kudzu to the U.S. --Novelizations of Movies --The Ugandan Space Program --The Titanic --The Edsel --Rocky 5 --Aerosol Cheese --Flowbee --Attacking Israel on Yom Kippur -- AfterMASH --Shoe-Store X Rays --Geraldo's Opening of Capone's Vault --The Independent-Counsel Statute -- Psychic Hotlines --Cold Fusion --The Maginot Line --George Lazenby As James Bond --The Hitler Diaries

La dose complessiva poteva essere pericolosa per i venditori (cronicamente esposti) e per i bambini (radiosensibili il doppio rispetto agli adulti). Il monitoraggio dei venditori americani rilevò dosi alla pelvi fino a 50 mSv/anno e tre di essi presentarono lesioni verosimilmente connesse alla cronica esposizione occupazionale: una grave ustione da radiazioni che richiese l'amputazione del piede nel 1950, un caso di dermatite con ulcerazione nel 1957 e un caso di carcinoma a cellule basali della pianta del piede nel 2004. Quando i fluoroscopi per la misurazione delle scarpe furono introdotti sul mercato, non esistevano ancora regolamenti radioprotezionistici. Si stima che siano stati venduti circa 10.000 dispositivi negli Stati Uniti, 3.000 nel Regno Unito, 1.500 in Svizzera e 1.000 in Canada, prima che le autorità iniziassero a scoraggiarne l'uso.

Nel 1948 iniziarono a comparire su riviste statunitensi i primi articoli di warning. Nel 1953 fu pubblicata su Pediatrics una raccomandazione specifica e definitiva contro l'uso sui bambini. Nel 1957 la Pennsylvania fu il primo stato degli USA a vietarne l'uso. Nel 1958 Il governo del Regno Unito stabilì che tutte le apparecchiature fossero dotate di cartelli di avvertimento sui possibili rischi per la salute, sconsigliandone l'utilizzo per più di 12 volte all'anno. Risale alla fine degli anni '70 la segnalazione dell'ultimo fluoroscopio statunitense ancora in funzione a Boston. La Germania vietò l'utilizzo di tali apparecchiature nel 1973 e la Svizzera nel 1989.

Come nota di folklore finale, nel 1999 la rivista Time ha inserito i fluoroscopi per la misurazione delle scarpe nella lista delle 100 peggiori idee del XX secolo. ■



LETTO PER VOI

2083 - INTELLIGENZE ARTIFICIALI TRA ANIME IN STAND-BY

di Zairo Ferrante

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.01202420

2083 è un'elegia del domani visto nel presente. In un canto misto di prosa e poesia Zairo ci disorienta volutamente sin dall'inizio, annullando la dimensione temporale e presentandoci una realtà distopica, sullo sfondo grigio metallico di 1984, al fine di provocare emozioni e reazioni che ci destino "dall'oggi assopito in vuoti di memorie" e ci costringano ad "intelligere".

Rotola fra le rime quel "pallone arancio" caro all'infanzia di tutti i boomers, richiamo subliminale per stimolare la coscienza innocente e spensierata dell'io ragazzo a rammentare sogni e speranze.

I toni cupi che emergono dai versi sono stemperati dalla presenza ricorrente della "colomba bianca con venature cinerine", simbolo della speranza che è nulla, ma è la vita, che guida il bambino sul sentiero dei valori e degli affetti, unico vero sole dell'anima.

Zairo Ferrante, medico radiologo e poeta, è fondatore del DinAnimismo, movimento poetico-artistico di neoavanguardia, che promuove "una Poesia e, in generale, una forma d'Arte che si contrapponga alla dilagante superficialità dei tempi moderni."

Dalla disumanizzazione dell'ipertecnologia alle morti sul lavoro, dall'amore alla violenza sulle donne, dall'alienazione del singolo allo spreco, tanti i temi di attualità che emergono prepotenti dalle pagine di 2083. Un lamento breve ed intenso, che costringe a riflettere. ■ *Palmino Sacco*

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.