

// **RADIOLOGO**



MARZO
APRILE

2 > 2024



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

//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. 2

MARZO - APRILE 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 maggio 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



LE PAGINE SIRM

- 3 | la Repubblica.it. IL RADIOLOGO, MEDICO FONDAMENTALE PER ARRIVARE ALLA DIAGNOSI
- 6 | 51° CONGRESSO NAZIONALE SIRM
- 7 | ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA DEI SOCI
- 9 | Rassegna Stampa 8 maggio 2024. DIAGNOSI PIÙ PRECOCI E PRECISE PER MEGLIO UTILIZZARE LE TERAPIE, È LA RADIODICA LA NUOVA FRONTIERA DELLA RADIOLOGIA MEDICA
- 10 | In Memoriam. RICORDO DI RITA GOLFIERI



LE PAGINE SNR

- 11 | APPLICHIAMO IL CCNL DELL'AREA SANITARIA 2019-2021! - *G. Argalia*
- 13 | RISCHIO RADIOLOGICO: LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE RIBADISCE LA DISTINZIONE TRA PERSONALE DI RADIOLOGIA E ALTRO PERSONALE
- 14 | VENETO: LE LINEE GENERALI DI INDIRIZZO - *G. Gasparini*
- 18 | SNR SOCIAL
- 19 | FERRARA, RADIOLOGI ITALIANI A CONVEGNO: IA PER RECUPERARE TEMPO PER IL PAZIENTE
- 21 | LA PENSIONE UN DUBBIO AMLETICO CHE CAMBIA OGNI ANNO - *F. Lucà*
- 23 | UNA PRIMA PANORAMICA DEL DM 232/2023 - *M. E. Rossano*



LE PAGINE AIRO

- 25 | 34° Congresso Nazionale AIRO | 34° Congresso Nazionale AIRB | 13° Congresso Nazionale AIRO Giovani. AIRO 2024 – CURARE PER GUARIRE
- 26 | I venerdì di AIRO
- 27 | COORDINATORI GRUPPI REGIONALI



LE PAGINE AIMN

- 28 | XVI CONGRESSO NAZIONALE AIMN
- 29 | VERSO UNA MEDICINA NUCLEARE DI GENERE - *O. Testori*



LE PAGINE DELLE RUBRICHE

- 30 | Da un bimestre all'altro. LA PROF.SSA EVIS SALA NOMINATA HONORARY MEMBERSHIP DELLA SOCIETÀ GIAPPONESE DI RADIOLOGIA
- 30 | Da un bimestre all'altro. GIUSEPPE CAPODIECI NOMINATO COMMISSARIO STRAORDINARIO DELLA ASP DI AGRIGENTO
- 31 | Sulle spalle dei giganti. ALESSANDRO VALLEBONA: PIONIERE DELLA RADIOLOGIA, INVENTORE DELLA STRATIGRAFIA E "NONNO" DELLA TAC - *D. Buccicardi*



Il radiologo, medico fondamentale per arrivare alla diagnosi

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



*Una professione in continua evoluzione,
grazie ai progressi della tecnologia, fondamentale
per arrivare a scegliere le opzioni terapeutiche
migliori per ogni paziente*



Il radiologo medico è oggi da considerare la figura centrale attorno al quale ruota la stragrande maggioranza dei processi diagnostici e terapeutici dei pazienti affetti da patologie oggetto di cura della quasi totalità delle branche cliniche in cui si articola la medicina moderna. Una figura professionale in continua evoluzione. Ne abbiamo parlato con Andrea Giovagnoni, presidente nazionale della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica) e Ordinario di Radiologia dell'Università Politecnica delle Marche.

Professor Giovagnoni, chi è il radiologo e qual è il suo ruolo?

“Il radiologo è il medico che attraverso l'uso delle tecniche di immagine (TAC, RM, Ecografie, Radiologia tradizionale) contribuisce al processo diagnostico e terapeutico della stragrande maggioranza delle condizioni patologiche da quelle cardiovascolari alle oncologiche, da quelle infiammatorio-degenerative a quelle traumatiche sia in condizione di urgenza-emergenza che di elezione. Oggi in Italia si eseguono circa 70 milioni di procedure di diagnostica per immagini all'anno, numeri che da soli fanno capire la rilevanza di questa disciplina nella moderna medicina. Il radiologo funge da pivot centrale, da snodo decisionale per l'utilizzo delle indagini diagnostiche e da attore protagonista nella scelta delle opzioni terapeutiche più moderne. L'azione della radiologia riveste un'importanza fondamentale anche nei processi di prevenzione secondaria dei tumori come l'ormai decennale screening mammografico per la prevenzione del cancro della mammella per arrivare ai nuovi progetti di screening per il carcinoma polmonare, il programma nazionale (RISP) che si rivolge ad una popolazione a rischio utilizzando TAC a bassa dose fino ai programmi ancora in fase di validazione per il tumore della tiroide, della prostata e del tumore ovarico”.

Il radiologo oggi interviene anche in maniera diretta nella cura, in che modo?

“La moderna radiologia non si limita più alla sola fase diagnostica ma interviene in maniera diretta nella cura delle affezioni in delicate condizioni cliniche. Il radiologo interventista, questa nuova figura di medico radiologo, attraverso le immagini è oggi in grado di guidare per via transcutanea, senza necessità di interventi chirurgici invasivi, strumenti, cateteri, aghi dispositivi medici per la terapia loco-regionale sia in campo cardiovascolare, oncologico che traumatico in condizione di elezione ma soprattutto di urgenza operando direttamente in sale strettamente connesse al pronto soccorso. Biopsie TC o RM guidate, drenaggi addominali e toracici, disostruzioni arteriose, protesi vascolari, trattamenti locoregionali dei tumori, embolizzazioni nei casi di sanguinamenti incoercibili sono solo alcune fra le più consolidate procedure di competenza del moderno radiologo interventista. La radiologia quindi non più come sola disciplina diagnostica ma nella sua declinazione moderna, una disciplina che è stata capace di sviluppare una vocazione sempre più terapeutica agendo direttamente sul paziente in maniera minimamente traumatica aprendo nuove prospettive di diagnosi e cura”.

Come è cambiata la figura del radiologo grazie all'innovazione tecnologica?

“Quando entrai in specialità nel secolo scorso, alla fine degli anni ottanta, il radiologo aveva a disposizione solo (o quasi) una tecnologia: i raggi X. Nel giro di 15 anni, soprattutto grazie alla straordinaria evoluzione dei computer, la radiologia ha cambiato radicalmente aspetto evolvendo da disciplina da molti considerata di “serie B” rispetto alle grandi branche classiche della medicina, alla più moderna e tecnologicamente avanzata fra le specializzazioni mediche. Le nuove generazioni di TAC affidabili, veloci e sicure, hanno rapidamente cambiato l'importanza della diagnostica per immagini nei processi decisionali della medicina moderna; la diffusione della risonanza magnetica agli inizi degli anni novanta ha rappresentato sicuramente un punto di svolta epocale nella moderna medicina affermandosi oggi come uno dei test diagnostici fondamentali e ormai insostituibile nella gran parte delle patologie in campo neurologico, cardiovascolare, oncologico, muscoloscheletrico e articolare.

Il radiologo ha dovuto necessariamente adattarsi al nuovo tumultuoso avanzamento della sua disciplina; non più un radiologo generalista legato solamente ai raggi X ma un superspecialista capace di gestire al meglio le nuove tecnologie per offrire al paziente nuovi orizzonti diagnostici e terapeutici. La radiologia e di conseguenza il radiologo trova oggi una sua forte identità collocandosi al centro dei processi decisionali che trovano nei team multidisciplinari la declinazione più moderna su cui si articola la gran parte della moderna medicina”.

Con una maggiore accuratezza e con meno invasività per il paziente...

“Le nuove tecnologie, coadiuvate recentemente da sistemi di intelligenza artificiale, hanno permesso di ridurre i rischi dovuti all'esposizione alle radiazioni al paziente che viene sottoposto a indagini diagnostiche e che ha rappresentato per quasi un secolo uno dei punti dolenti della radiologia. Oggi possiamo affermare con una discreta sicurezza che il rischio di patologia indotta a causa dell'uso medico delle radiazioni ionizzanti è veramente molto basso e non costituisce più “il problema” della radiologia. Quindi immagini più accurate, acquisite più rapidamente e con un'accurata ottimizzazione delle esposizioni a garanzia dei pazienti, degli operatori e in definitiva della popolazione. In altre parole, una radiologia più efficiente, rapida e sicura”.

La radiologia è una delle aree mediche che più si avvantaggia dall'intelligenza artificiale, è così?

“L'intelligenza artificiale sta aprendo scenari affascinanti anche in radiologia. Applicata alle apparecchiature, permette di ottimizzarne, a livelli mai raggiunti, la performance diagnostica ottimizzando di volta in volta sul singolo paziente il più accurato ‘settaggio’ della macchina. Un esempio, questo, di medicina personalizzata che si avvale della IA per ottenere sempre la massima performance dell'apparecchiatura minimizzando l'errore umano. L'intelligenza artificiale viene utilizzata inoltre come sistema di

ausilio alla diagnosi sia per facilitare l'identificazione delle lesioni dalle immagini ottenute dal paziente (invisibili o poco visibili ad occhio umano) sia nella fase di interpretazione delle immagini stesse al fine di una più corretta e accurata caratterizzazione delle alterazioni evidenziate.

L'Intelligenza Artificiale si pone quindi come strumento di ausilio accanto all'insostituibile figura del radiologo, che ancora una volta si adatta e avanza nella sua professione traendo il massimo vantaggio dalle nuove tecnologie. Infine, l'IA è un mezzo per esplorare una nuova frontiera della diagnostica radiologica fatta non solo più di immagini ma proiettata all'interpretazione dei dati numerici legati all'immagine. Questa nuova branca della radiologia chiamata "radiomica" e "radiogenomica" utilizza sistemi di IA per interpretare il dato digitale numerico acquisito durante l'esame diagnostico (TAC o RM) necessario alla visualizzazione dell'immagine diagnostica. Un tuffo nel mondo inesplorato dell'informazione numerica legata all'immagine per l'individuazione di nuovi marker diagnostici che siano anche indicativi della prognosi e di una valutazione più precisa e precoce della risposta alle terapie personalizzate. Ancora un salto di qualità della figura del radiologo non più un mero interprete di immagini ma gestore a tutto tondo dell'informazione complessa e ancora inesplorata del dato digitale parte integrante dell'immagine".

Quindi il radiologo medico è sempre più vicino al paziente, è un amico di famiglia, è così?

"Questo è un punto interessante ma dolente della nostra disciplina. Da quando ero un giovane radiologo, si "combatte" contro quello che viene definito il "radiologo invisibile". Potremmo dire "il radiologo questo sconosciuto" questa è l'idea e la percezione per la grande maggioranza della popolazione e dei pazienti che spesso non lo inquadrano nemmeno come medico, lo confondono spesso con il tecnico di radiologia e il cui ruolo e la cui funzione non appare chiara. Dati purtroppo confermati da una survey promossa da SIRM e commissionata al Censis. Questo problema che è comune ed egualmente sentito anche in altri paesi europei e nordamericani, pone una questione fondamentale circa il recupero della visibilità nei confronti dei pazienti, ma soprattutto nei confronti degli specialisti clinici. La SIRM da sempre attiva per veicolare presso l'opinione pubblica e soprattutto fra i pazienti il reale ruolo del radiologo come figura medica specialistica fondamentale nei processi diagnostico-terapeutici, si sta battendo anche per un altro punto dolente spesso legato al problema del "radiologo invisibile": la scorretta convinzione che la radiologia sia una commodity cioè un bene, un prodotto frutto non dell'azione di un professionista medico di alta specializzazione ma semplicemente di un esame scaturito esclusivamente dalla macchina che lo ha generato. La macchina, è bene ricordarlo con forza (TAC, RM Ecografo), non "sforna" diagnosi. La diagnosi radiologica è un atto medico che è frutto dell'opera di uno specialista di altissima preparazione e competenza che usa la tecnologia per arrivare ad una diagnosi mai prodotta o riproducibile unicamente dalla macchina né spesso mutuabile ad altri specialisti medici non radiologi.

Veicolare un messaggio distorto, far credere che basti "fare una TAC", rischia di costituire il più grande fra gli errori sulla comunicazione in ambito medico perché scotomizza la figura insostituibile dello specialista radiologo.

E qui è fondamentale il ruolo della Società Scientifica e del Congresso...

"Sono fortemente convinto che una moderna Società Scientifica debba rivestire un ruolo fondamentale nell'affermazione e nello sviluppo di una disciplina. Due sono i punti di azione della SIRM: l'advocacy intesa come supporto, patrocinio nella difesa degli interessi professionali e il networking, inteso come scambio di informazioni e ricerche e competenze utili sul piano professionale e scientifico. I Soci SIRM sono consapevoli di queste fondamentali azioni, svolte dalla Società di appartenenza, manifestando da sempre simili aspirazioni, valori e cultura e che ha permesso la costituzione della più grande comunità scientifica italiana e fra le più grandi d'Europa.

La Società Scientifica, quale istituzione visibile, stabile e durevole, agisce come custode dei valori core della disciplina, delle sue tradizioni distintive e del corpo unitario di conoscenza e abilità che la connota. Essa funziona come un'essenziale sorgente di identità per il singolo aderente, consentendogli di mantenere la consapevolezza di appartenere ad una ricca e rispettata tradizione, così come la certezza della sua continua evoluzione. La SIRM è fortemente impegnata nell'opera di aggiornamento professionale dei propri Soci meritando per il secondo anno consecutivo il premio come migliore società scientifica specialistica per erogazione di crediti di aggiornamento professionale. Molto attiva in campo internazionale la SIRM ha ottenuto riconoscimenti tali da essere ormai annoverata fra le più accreditate Società del settore a livello mondiale; non dimentichiamo i traguardi raggiunti in tema di pubblicazioni scientifiche a riprova del grande valore espresso e riconosciuto dalla radiologia italiana: la rivista societaria "la Radiologia Medica" pubblicazione mensile con titolo in italiano e testi in inglese è diventata la seconda rivista al mondo di radiologia per Impact Factor (IF è parametro che esprime l'importanza scientifica delle pubblicazioni) superata solamente dalla rivista americana Radiology; un obiettivo questo che ha dell'incredibile se parametrato alla realtà di solo pochi anni addietro. Una menzione particolare va al 51° Congresso Nazionale che si terrà alla Fiera di Milano dal 20 al 23 giugno; sarà il primo congresso congiunto delle società scientifiche dell'area radiologica (SIRM-AIRO-AIMN) (Radiologia, Medicina Nucleare e Radioterapia) dove si prevede la partecipazione di 8000 specialisti che si incontreranno in una kermesse scientifica di incredibile valore e interesse.

La radiologia, quindi, è una grande disciplina a servizio dei pazienti e la SIRM ha il compito di continuare nell'opera di sviluppo e mantenimento di una tradizione centenaria per assicurare alle nuove generazioni di radiologi quella professionalità necessaria ad una medicina moderna sempre più al servizio dei pazienti". ■

**SCARICA
IL
PROGRAMMA**



51° CONGRESSO NAZIONALE

MILANO
ALLIANZ MiCo
20-23 GIUGNO 2024





Società Italiana di
Radiologia Medica
e Interventistica

ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA DEI SOCI

Milano 20 e 23 giugno 2024

L'anno duemilaventiquattro, il giorno 20 del mese di giugno, alle ore 13.45, in Milano, presso l'Auditorium del Centro Congressi Allianz MiCo, viale Eginardo – Gate 2, è convocata l'Assemblea generale ordinaria dei soci dell'Associazione:

“SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA E INTERVENTISTICA”

associazione riconosciuta ai sensi del D.P.R. 361 del 10.02.2000 ed iscritta nel registro presso la Prefettura di Milano al n. 882, con sede in Milano, Via della Signora n. 2, codice fiscale 80150910109, partita iva 11954830151, per discutere e deliberare sul seguente

ORDINE DEL GIORNO

1. Approvazione dell'Ordine del Giorno dell'Assemblea
2. Ratifica del verbale dell'Assemblea Generale Ordinaria (Napoli, 16 novembre 2023) ([cliccare qui per il Verbale in formato pdf](#))
3. Notifica dell'ammissione dei nuovi Soci
4. Costituzione ed apertura del seggio elettorale per l'elezione del Presidente SIRM (biennio 2027-2028), di 6 consiglieri del Consiglio Direttivo SIRM (quadriennio 2025-2028) e dei cinque Consiglieri del Comitato Direttivo della Consulta dei dei Giovani Radiologi (biennio 2025-2026)
5. Ratifica dei Probiviri
6. Relazione del Presidente SIRM
7. Relazione del Segretario Amministrativo con approvazione del bilancio consuntivo 2023 e preventivo 2024 e relazione del Revisore Unico dei conti.
8. Relazione del Direttore Editoriale
9. Relazione del Coordinatore ECM
10. Premiazioni
11. Interventi preordinati





Società Italiana di
Radiologia Medica
e Interventistica

Alle ore 15.30 del 20 giugno 2024 è prevista la sospensione dell'Assemblea che si rinvia per il prosieguo al 23 giugno 2024 ore 12.50.

L'anno duemilaventiquattro, il giorno 23 del mese di giugno, alle ore 12.50, in Milano, presso l'Auditorium del Centro Congressi Allianz MiCo, viale Eginardo – Gate 2, si riapre l'Assemblea generale ordinaria dei soci dell'Associazione:

“SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA E INTERVENTISTICA”

per discutere e deliberare sul seguente

ORDINE DEL GIORNO

12. Ratifica dei risultati delle procedure elettorali dei Presidenti e Consiglieri dei Gruppi Regionali ([cliccare qui per visualizzarle](#)) e delle Sezioni di Studio ([cliccare qui per visualizzarle](#)) e dei Coordinatori Nazionali dei Dirigenti Radiologi Ospedalieri e dei Radiologi Liberi Professionisti (biennio 2025-2026)

13. Ratifica dei risultati delle procedure elettorali per le cariche di Presidente SIRM (biennio 2027-2028) e dei sei consiglieri del Consiglio Direttivo SIRM (quadriennio 2025-2028)

14. Ratifica dei risultati delle procedure elettorali per l'elezione dei cinque Consiglieri del Comitato Direttivo della Consulta dei Giovani Radiologi (biennio 2025-2026)

15. Notifica della nomina di Soci Emeriti e Membri Onorari

16. Varie ed eventuali

RASSEGNA STAMPA

http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202404



Diagnosi più precoci e precise per meglio utilizzare le terapie, è la radiomica la nuova frontiera della radiologia medica

Grande successo della conferenza stampa del Presidente della SIRM Giovagnoni e del Presidente del Congresso Nazionale di Milano Carrafiello l'8 maggio. Una copiosa rassegna stampa ha sancito l'attenzione della stampa nazionale per l'attività e il congresso della SIRM. Ancora una volta la Radiologia al centro dell'interesse nazionale.



LA STAMPA.it
Lettori: 1.074.334
Lestampa.it
8 maggio 2024
Tumori, l'intelligenza artificiale svela ciò che "nascondono" le immagini

50° Congresso SIRM
Lettori: 336.000
adnkronos.com
8 maggio 2024
Radiologi Sirm alle Olimpiadi invernali Milano-Cortina 2026
Il presidente Giovagnoni: "Presenti nelle 6 aree di gara con pronto soccorso dedicato"

Libero
Lettori: 485.000
liberoquotidiano.it
8 maggio 2024
Medicina, Sirm: "Radiomica una rivoluzione della radiologia per diagnosi e terapie"
Il presidente Giovagnoni: "Con Ai nuovi marcatori per cure più precoci ed efficaci e migliore qualità di vita"

la Repubblica.it
Lettori: 3.800.000
Repubblica.it
8 maggio 2024
Tumori, l'intelligenza artificiale svela ciò che "nascondono" le immagini

40° Congresso SIRM
Lettori: 330.000
adnkronos.com
8 maggio 2024
Medicina, Sirm: "Radiomica una rivoluzione della radiologia per diagnosi e terapie"
Il presidente Giovagnoni: "Con Ai nuovi marcatori per cure più precoci ed efficaci e migliore qualità di vita"

Il Sole 24 ORE
Lettori: 460.470
Santuz24.issoto24ore.com
8 maggio 2024
Radiomica, nuova frontiera della radiologia medica cruciale in area oncologica

In Memoriam

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202405>

RICORDO DI RITA GOLFIERI



La SIRM annuncia con grande dolore la prematura scomparsa della Prof.ssa Rita Golfieri, una vita dedicata al lavoro, all'insegnamento, al senso di responsabilità e del dovere, valori che ha trasmesso a tutti i suoi collaboratori, essendo stata un esempio per tante generazioni di giovani radiologi.

La Prof.ssa Golfieri, che ha concluso la sua brillante carriera professionale e accademica come Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato di Medicina Diagnostica e della Prevenzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, è stata anche una figura di rilievo della vita societaria ricoprendo il ruolo di Consigliere della Sezione di studio di Radiologia Interventistica, di Componente della Commissione Donne Radiologo e di Consigliere Nazionale e Vice-Presidente SIRM.

Ha saputo dare un contributo significativo, con l'impegno e con l'esempio, al ruolo professionale femminile quando ancora questo non era proporzionalmente rappresentato, e per questo ha lottato con grande energia e determinazione, mostrando il suo carattere forte ma anche la sua grande disponibilità.

Il suo valore in ambito radiologico è riconosciuto da tutta la comunità scientifica avendo in particolare contribuito allo sviluppo della radiologia interventistica, disciplina a cui si è dedicata con passione e tenacia, favorendone la diffusione a livello nazionale e internazionale.

I Radiologi Italiani hanno perso una grande professionista, un esempio per tutti, un'amica per molti. ■ *La Redazione*


<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202406>
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 LUCA

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

APPLICHIAMO IL CCNL DELL'AREA SANITARIA 2019-2021!



Giulio Argalia

Care Colleague/i ci eravamo lasciati ad inizio anno con l'esortazione "Avanti tutta", ora a quattro mesi dalla firma del CCNL (23 gennaio) le parole chiavi per descrivere il lavoro che stiamo svolgendo e che dovremo concludere prima della pausa estiva è: applichiamo subito il contratto!

Infatti i lavori del recente Consiglio Nazionale che abbiamo tenuto a Ferrara il 9 maggio scorso, si sono incentrati soprattutto sulle problematiche contrattuali. I lavori si sono svolti nel segno della concretezza, grazie ai reports che i Segretari Regionali, rispondendo alle richieste della segreteria, hanno inviato nei giorni che hanno preceduto l'evento e all'ampio dibattito che si è svolto in Consiglio, con gli interventi della quasi totalità dei presenti. Abbiamo registrato che gran parte

delle Regioni hanno aperto il confronto con le organizzazioni sindacali sulle linee di indirizzo regionali, fondamentali per la corretta applicazione del contratto a livello aziendale. In alcune realtà si sta già passando alla seconda fase, quella della contrattazione aziendale. È stato ritenuto strategico il lavoro di aggiornamento sulle tematiche contrattuali grazie ai corsi FASSID che si stanno svolgendo in varie località equamente distribuite lungo la penisola (Roma, Milano, Padova, Bari, Oristano, Catania). La partecipazione dei quadri aziendali SNR è stata fin qui molto numerosa e ci fa ben sperare, su una presenza sempre più qualificata e capillare dei nostri quadri dirigenti.

Tornando al contratto, vorrei sottolineare l'importanza del confronto regionale, in particolare sulle tematiche previste dall'articolo 7, comma 1 del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021, dove si approvano le linee generali di indirizzo agli enti o aziende, per lo svolgimento del confronto aziendale finalizzato alla contrattazione integrativa sulle materie consentite dalla norma citata.

Abbiamo constatato che nei tavoli di confronto regionali uno degli argomenti più spinosi riguarda le risorse che saranno ripartite tra le Aziende ed enti, previo confronto regionale, con integrale destinazione al Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro (art. 73, comma 3, lett. a).

Mi corre l'obbligo di ricordare che l'indennità professionale RX rimane immutata e il nuovo contratto prevede in aggiunta l'indennità per il servizio notturno e festivo pari a 2,74 € per ogni ora di servizio prestato tra le 22 e le 6 e di 2,55 € per ogni ora prestata nei giorni festivi. L'indennità può essere incrementata in fase di contrattazione aziendale. Ricordo questo aspetto perché si collega al

SEGRETARI REGIONALI

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Abruzzo ANTONIO CALABRESE | Friuli V. Giulia STEFANO SMANIA | Piemonte GIANPAOLO DI ROSA | Umbria ROBERTO FERRANTI |
| Alto Adige MAURO CONTINI | Lazio PASQUALE PAOLANTONIO | Puglia VINCENZO DE RUVO | Valle D'aosta GIANMARCO LUNARDI |
| Basilicata FRANCESCO BORRACCIA | Liguria VALENTINA CLAUDIANI | Sardegna GIANCARLO CADDEO | Veneto PAOLO SARTORI |
| Calabria ADOLFO SICILIANI | Lombardia UGO SONVICO | Sicilia FILIPPO MANGIAPANE | |
| Campania FABIO PINTO | Marche GIULIO ARGALIA | Toscana CLAUDIO GUERRA | |
| Emilia Romagna ZAIRO FERRANTE | Molise EUSTACHIO COIA | Trentino LUISA MANES | |

CONSIGLIERI

| | |
|--|--|
| Lombardia ROBERTA AMBROSINI | Lazio ANGELO GAETANO CARRIERO |
| Veneto ALTIN STAFA | Campania GRAZIELLA DI GREZIA |
| Liguria VERONICA GIASOTTO | Campania GRAZIELLA DI GREZIA |
| Emilia Romagna MARILENE ECCHER | Puglia EGIDIO GUERRA |
| Toscana CLAUDIA GIACONI | Sicilia GIAMBATTISTA PRIVITERA |

riconoscimento del 120 €, che spettano ai radiologi che svolgono un turno effettivo di guardia al Pronto Soccorso. Constatiamo che l'applicazione dell'indennità rimane difforme sul territorio e pertanto invito i delegati ad un impegno ancora più incisivo.

Altro argomento che abbiamo discusso sono state le nuove disposizioni riguardo i servizi di guardie e di pronta disponibilità. Il nuovo CCNL specifica che entrambi possono essere svolti in un solo presidio e da dirigenti appartenenti alla stessa UO. Anche sul numero massimo di turni di guardia e di pronta disponibilità, che si possono effettuare mensilmente il contratto finalmente traccia delle disposizioni chiare (articoli 29 e 30).

Il capitolo orario di lavoro contiene delle novità importanti: (articolo 27) il comma 3 introduce una nuova regolamentazione riguardo l'eccedenza di impegno orario oltre le 38 ore settimanali. Viene fissato un limite oltre il quale l'eccedenza deve essere recuperata con periodi di riposo nell'anno di riferimento, ovvero entro i primi 6 mesi dell'anno successivo. Ricordiamo che l'eccedenza va approvata dal dirigente responsabile previa verifica.

Sottolineo che le ore di eccedenza oraria non vanno confuse con la produttività aggiuntiva; quest'ultima è frutto di contrattazione tra dirigente e direzione aziendale e rientra nella normativa riguardo l'abbattimento delle liste di attesa. Le nuove disposizioni riguardo l'orario di lavoro e l'organizzazione delle guardie e pronte disponibilità, rappresentano sicuramente una tutela maggiore della qualità della vita delle colleghe e dei colleghi, ma se non saranno accompagnate dall'abbattimento del tetto di spesa del personale e dall'attivazione dei concorsi per ridurre il precariato e garantire il turnover, rischiano ancora una volta di rimanere inapplicate.

A DIFESA DEL FORTINO RADIOLOGICO

A conferma di quanto paventato stiamo registrando che in questi ultimi mesi le amministrazioni sanitarie tentano di sopperire alla carenza di organico modificando unilateralmente il tempario di esecuzione degli esami radiologici disattendendo le linee guida SIRM. In altri casi tentano di far passare delibere che prevedono l'esecuzione di esami radiologici con mdc senza la presenza del radiologo. Altre amministrazioni fanno eseguire esami radiologici in presidi pubblici e refertati successivamente a distanza da strutture private. Ancora più grave è stato il tentativo di un'amministrazione ospedaliera di classificare i radiologi non impegnati in procedure interventistiche come non esposti con dosimetro. In questo caso specifico come negli altri citati, le nostre diffide hanno fatto recedere le amministrazioni e sventato manovre pericolose per specificità professionale radiologica. Ho citato soltanto alcuni esempi di come si stia intensificando in questi ultimi mesi l'attacco al fortino radiologico, e al contempo la testimonianza del lavoro costante

e qualificato che sta svolgendo l'ufficio legale SNR, coadiuvato dai colleghi della Fondazione SNR, dai membri della Consiglio Nazionale e dall'ufficio di segreteria di Roma.

Sottolineo che si sta costruendo uno scudo a difesa della professione del radiologo; azione che può svolgere soltanto un sindacato di specialità come l'SNR, con il supporto e la collaborazione delle Società Scientifiche dell'Area Radiologica.

NON SOLO DI CONTRATTO

Durante i lavori Palmino Sacco, Direttore de "Il Radiologo", in assenza del responsabile del sito e dei Social, ha aggiornato i Consiglieri sulle recenti novità riguardo il rafforzamento della presenza del SNR su tutti i canali social più diffusi.

Bruno Accarino ha relazionato sul contenzioso con l'ENPAM riguardo l'introduzione di un contributo a carico degli specialisti esterni in regime di accreditamento del Fondo della medicina convenzionata e accreditata. È stato consegnato ai presenti il documento politico elaborato dalla FASSID, frutto del contributo di tutte le sigle che con SNR la costituiscono e che rappresenterà la base di confronto con gli altri sindacati della Dirigenza Sanitaria, al momento dell'avvio delle trattative per il rinnovo del CCNL 2022-2024.

SSN... 46 ANNI DI VITA: LIMITI E INADEGUATEZZE

I lavori si sono conclusi con una riflessione a tutto campo sul processo di sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a partire dagli anni della spending review, che ha portato ai tagli lineari all'assistenza ospedaliera e alla progressiva rarefazione dei presidi della medicina di base. Le conseguenze sono l'intasamento del Pronto Soccorso e la corsa affannosa al recupero delle prestazioni pregresse, non evase dopo il Covid e l'allungamento delle liste di attesa.

È innegabile che siamo alla vigilia di una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. L'introduzione della Telemedicina e dell'IA, contemporaneamente alla messa a terra dei finanziamenti legati al PNRR (digitalizzazione e medicina del territorio), faranno da volano a questi mutamenti. Dobbiamo prendere atto che il medico radiologo è una delle figure professionali più coinvolte da questo stress test; è nostro dovere valutare questa "situazione in movimento" e avere una conoscenza profonda del sistema attuale. Passo successivo sarà quello di iniziare un'azione di conoscenza su quali sono le difficoltà che incontra il collega radiologo, come sta affrontando l'evoluzione della professione, l'impatto dell'innovazione tecnologica, il rapporto con i colleghi delle altre specialità, con i pazienti e con le Amministrazioni Sanitarie. Tutto questo si dovrà fare coinvolgendo società specializzate in ricerche di mercato e sondaggi, per giungere alla messa a punto di un rapporto finale da presentare pubblicamente nelle dovute sedi ministeriali. ■



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202407>



LEGGI
LA
SENTENZA



RISCHIO RADIOLOGICO:

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE RIBADISCE LA DISTINZIONE TRA PERSONALE DI RADIOLOGIA E ALTRO PERSONALE

La decisione della Corte, assunta l'8 marzo scorso e depositata il 12 aprile, interviene in merito alla sentenza della Corte d'appello Trieste n. 125/2018 depositata il 15/10/2018, ribadisce la distinzione tra la posizione del **personale di radiologia** – per il quale sussiste una presunzione assoluta di **rischio radiologico** – dalla posizione del restante personale, per il quale invece il riconoscimento dell'indennità postula l'accertamento della sussistenza di un rischio effettivo. ■

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202408>



Gabriele
Gasparini

VENETO: LE LINEE GENERALI DI INDIRIZZO

Come previsto dal comma 1 dell'Art. 7 del CCNL Area Sanità 2019-21 siglato il 23 gennaio u.s., la Regione del Veneto il 29 febbraio, entro il termine previsto di 90 giorni, dopo un proficuo confronto con le OO.SS., ha determinato le linee generali di indirizzo sulle materie oggetto di confronto Regionale. Determinazione che, pur rispettando l'autonomia contrattuale di Aziende ed Enti, rappresenta un importante punto da cui partire per contribuire alla salvaguardia del SSN/SSR. Salvaguardia che ha necessità di scelte chiare e incisive ma anche puntuali e tempestive.

Le materie oggetto delle linee generali di indirizzo riguardano importanti questioni, materie vive e articolate protagoniste della prossima Contrattazione Integrativa Aziendale necessaria per far atterrare quanto declinato da leggi e contratti nella realtà e per essere trasformate in opportunità per Aziende, Professionisti ma soprattutto Pazienti.

Le materie riguardano questioni come le modalità di incremento dei fondi, le prestazioni aggiuntive, la valutazione dei Dirigenti, i criteri di regolamentazione Aziendale della L.P., le tariffe della L.P. e l'individuazione delle discipline con limitata possibilità di esercizio della stessa, l'aspettativa, l'attività didattica e il tutoraggio, l'allocazione delle risorse per il finanziamento del trattamento accessorio, il PNRR, l'indennità per i dirigenti dei Pronto Soccorso e i criteri di programmazione dei servizi di emergenza fra cui guardie e pronta disponibilità.

Nelle trattative locali uno dei temi più importanti e impattanti sulla busta paga riguarda i fondi, entità economiche definite che possono modificarsi nella loro dimensione (cioè l'entità riconosciuta ai professionisti) solo attraverso precisi meccanismi. Un tema importante che le linee generali di indirizzo affrontano come primo punto attraverso la definizione delle modalità di incremento dei tre fondi descritti negli Artt. 72, 73 e 74 del CCNL 19-21.

Il fondo degli incarichi (Art. 72) può aumentare per un

incremento della dotazione organica ma anche a invarianza di dotazione organica per la costituzione di nuovi servizi attraverso nuove UOC o UOSD, previste dalla programmazione Regionale. Tale incremento si accompagna a un corrispondente aumento dei fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro (Art. 73) e per la retribuzione del risultato (Art. 74) in modo da far fronte alle esigenze delle suddette UO come indennità, pronte disponibilità, guardie e trattamento di risultato.

Altro punto caldo e non secondario per il funzionamento del sistema, riguarda la LPA. L'Art. 89 del nuovo CCNL ribadisce quanto declinato nell'Art. 115 del precedente contratto, consentendo alle Aziende di poter richiedere ai dirigenti (medici, veterinari e sanitari) ulteriori prestazioni a integrazione dell'attività istituzionale per riduzione delle liste d'attesa, per supplire alla carenza di personale o per il raggiungimento di obiettivi prestazionali eccedenti (Art. 27).

La legge 213 del 30 dicembre 23 (legge di Bilancio 2024) estende la possibilità di retribuire le prestazioni aggiuntive fino a 100 euro ora per il personale medico per il triennio 2024-26. Nelle linee generali di indirizzo la Regione del Veneto, pur sottolineando l'eccezionalità e la temporaneità dell'istituto, ricorda che l'Art. 89 del CCNL prevede l'incremento della remunerazione delle prestazioni aggiuntive da 60 a 80 euro ora ma ribadisce la possibilità dell'elevazione della cifra a 100 euro (quindi al massimo della tariffa prevista per legge) per il triennio 2024-26 (ovviamente rispettando i limiti di spesa che devono essere sostenibili in base alle dotazioni esistenti). Viene inoltre ribadita la possibilità di prestare servizio in guardia attiva notturna in LPA (Art. 89) con una remunerazione lorda pari a 640 euro per 12 ore di servizio attivo (elevata quindi rispetto al precedente CCNL da 40 euro lordi ora a 53,3 periodico euro ora).

L'incremento della tariffa L.P.A. a 100 euro ora dovrebbe determinare la decisione di molti Colleghi di impegnarsi

LE PAGINE SNR

| AZIENDA | LIMITE STORICO LPA | NUOVO LIMITE 2024 LPA DA CCNL 19/21 | PROPOSTA LIMITE AZIENDALE PER ANNI 2024-2025-2026* | DI CUI RIPARTIZIONE RISORSE ART. 1 C.220 L.213 DEL 30/12/2023 |
|------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|---|
| | A | B | C | D |
| 501 - Dolomiti | € 901.927,76 | € 2.126.325,21 | € 3.347.180,37 | € 1.220.855,16 |
| 502 - Marca Trevigiana | € 3.513.288,81 | € 3.010.628,13 | € 4.579.056,98 | € 1.568.428,85 |
| 503 - Serenissima | € 2.893.085,71 | € 2.860.626,90 | € 3.985.634,81 | € 1.125.007,91 |
| 504 - Veneto Orientale | € 1.328.402,75 | € 2.333.528,58 | € 2.821.870,64 | € 488.342,06 |
| 505 - Polesana | € 978.866,56 | € 125.235,50 | € 2.112.362,46 | € 1.987.126,96 |
| 506 - Euganea | € 2.375.882,75 | € 1.366.621,66 | € 3.473.855,36 | € 2.107.233,70 |
| 507 - Pedemontana | € 1.224.284,23 | € 299.012,42 | € 2.265.466,05 | € 1.966.453,63 |
| 508 - Berica | € 1.097.343,79 | € 1.384.461,80 | € 3.318.479,20 | € 1.934.017,40 |
| 509 - Scaligera | € 2.213.438,97 | € 1.154.181,53 | € 3.220.853,01 | € 2.066.671,48 |
| 901 - AOU di Padova | € 1.925.212,00 | € 1.956.212,15 | € 2.920.614,62 | € 964.402,47 |
| 912 - AOU di Verona | € 1.555.767,16 | € 2.039.781,35 | € 2.683.634,18 | € 643.852,83 |
| 952 - IOV | € 373.887,15 | € 401.926,05 | € 789.533,61 | € 387.607,56 |
| 999 - Regione | € 20.381.387,64 | € 19.058.541,28 | € 35.518.541,28 | € 16.460.000,00 |

manca il rinnovo dei contratti da parte degli attuali liberi professionisti in forza nelle UO, professionisti che potrebbero rivolgersi alla sanità privata.

Con questa determinazione la Regione ha previsto che i 60 euro ora per i liberi professionisti siano elevati a 80 per anestesisti rianimatori e medici del pronto soccorso, soluzione che auspichiamo possa essere estesa anche ai medici radiologi. Il documento declina la disciplina della verifica e della valutazione dei dirigenti mettendo ordine nelle cose da fare e richiamando il capo VIII del CCNL 19.12.19 e quanto riportato nel nuovo contratto (Art. 22) circa le tempistiche delle valutazioni e la necessità di far sottoscrivere sempre ai di-

rigenti il contratto individuale di incarico. Per quanto riguarda la libera professione intramuraria il documento richiama le Aziende sulla necessità di inserire nei regolamenti aziendali i dettami presenti nelle vigenti disposizioni di legge, sia nazionali che regionali, in modo che sia assicurato ai dirigenti medici in rapporto esclusivo la possibilità di svolgere l'attività libero professionale adeguatamente. Il documento richiama il DPCM 27.3.2000 e le modalità di costituzione (obbligatoria) del fondo di perequazione alimentato con il 5% dei proventi della LP al netto delle quote a favore delle Aziende, fondo da destinare ai dirigenti medici e veterinari con limitata possibilità di esercizio della LP intramuraria. Declina inoltre le tempistiche di distribuzione delle quote del fondo (30 settembre dell'anno successivo) e tutte le altre modalità che dovranno essere considerate in sede di contrattazione integrativa. Vorrei sottolineare come sia corretto parlare di limitata possibilità di svolgere la libera professione intramuraria e non di impossibilità e in più ricordo che queste attività portano risorse economiche fresche alle Aziende, contribuiscono alla riduzione delle liste d'attesa e rappresentano un corposo introito per il fisco vista la loro tassazione all'aliquota massima dell'IRPEF.

Il fatto che un 5% degli importi prodotti in LP confluisca in un fondo perequativo e sia distribuito a chi ha esercitato meno o non ha esercitato la LP intramuraria, per molti di noi è opinabile ma ricordo che è previsto per legge. Le linee generali di indirizzo sviluppano in modo preciso le indicazioni relative all'assenza del personale sanitario (dirigenza e professioni sanitarie) relativamente alle aspettative per motivi di assistenza umanitaria, emergenza e cooperazione; Invitano inoltre le Aziende a incrementare il compenso

nell'espletamento di queste ore aggiuntive, vitali per il SSR ma soprattutto per certe fasce della popolazione. Ciò dovrebbe avvenire malgrado la situazione critica che si vive in molte UO e nonostante la pandemia sia oggi un triste ricordo. Il peso maggiore deriva dalla carenza di personale e dalle conseguenti condizioni di lavoro di chi resta. Carenza che non è uniforme nelle varie UO ma che in certe UO è drammatica. UO in cui il personale attualmente presente ha visto la fuga di molti Colleghi e in cui l'attività per il mantenimento dei livelli di assistenza non permette soste ed è svolta h24 e 7/7. Si può dire che, finalmente, dopo anni assistiamo a un reale tentativo di remunerare in modo più consoni il personale del SSN/SSR nelle ore aggiuntive valorizzando il suo impegno professionale. Necessita rilevare che una maggiore attenzione deve essere rivolta a chi lavora nell'emergenza/urgenza (realtà in cui la Radiologia è dentro fino al collo) e a chi lavora la notte e i giorni festivi. Uno dei punti che dovrebbero essere discussi in modo più approfondito è quello delle remunerazioni delle ore notturne in LPA, ore vissute in gran parte attivamente. Non sembra giustificata la scelta di remunerare in LPA l'orario aggiuntivo diurno fino a 100 euro lordi ora mentre l'orario notturno è valorizzato meno, 53,3 periodico euro lordi ora. La scelta di elevare a 100 euro la remunerazione diurna in LPA abbinata all'abbassamento della remunerazione oraria dei consulenti liberi professionisti (BUR Veneto) inverte la realtà esistente fino a ieri, quando i dipendenti erano remunerati in genere 60 euro ora in LPA e i liberi professionisti in genere 100 euro ora. Questo potrebbe determinare: la riduzione delle dimissioni dei dipendenti; l'incremento dei nuovi assunti; la riduzione dei medici radiologi che accettano la pensione anticipata e rientrano come liberi professionisti e un possibile

Per quanto riguarda la libera professione intramuraria il documento richiama le Aziende sulla necessità di inserire nei regolamenti aziendali i dettami presenti nelle vigenti disposizioni di legge, sia nazionali che regionali, in modo che sia assicurato ai dirigenti medici in rapporto esclusivo la possibilità di svolgere l'attività libero professionale adeguatamente. Il documento richiama il DPCM 27.3.2000 e le modalità di costituzione (obbligatoria) del fondo di perequazione alimentato con il 5% dei proventi della LP al netto delle quote a favore delle Aziende, fondo da destinare ai dirigenti medici e veterinari con limitata possibilità di esercizio della LP intramuraria. Declina inoltre le tempistiche di distribuzione delle quote del fondo (30 settembre dell'anno successivo) e tutte le altre modalità che dovranno essere considerate in sede di contrattazione integrativa. Vorrei sottolineare come sia corretto parlare di limitata possibilità di svolgere la libera professione intramuraria e non di impossibilità e in più ricordo che queste attività portano risorse economiche fresche alle Aziende, contribuiscono alla riduzione delle liste d'attesa e rappresentano un corposo introito per il fisco vista la loro tassazione all'aliquota massima dell'IRPEF.

Il fatto che un 5% degli importi prodotti in LP confluisca in un fondo perequativo e sia distribuito a chi ha esercitato meno o non ha esercitato la LP intramuraria, per molti di noi è opinabile ma ricordo che è previsto per legge. Le linee generali di indirizzo sviluppano in modo preciso le indicazioni relative all'assenza del personale sanitario (dirigenza e professioni sanitarie) relativamente alle aspettative per motivi di assistenza umanitaria, emergenza e cooperazione; Invitano inoltre le Aziende a incrementare il compenso

Invitano inoltre le Aziende a incrementare il compenso

LE PAGINE SNR

| ANNO 2023 | TOTALE RISORSE ARTICOLO 1, COMMA 435 L. 205/2017 ANNO 2023 | TOTALE RISORSE ARTICOLO 1, COMMA 435 L. 205/2017 | TOTALE RISORSE ARTICOLO 1, COMMA 435-BIS L. 205/2017 ANNO 2023 | TOTALE RISORSE ARTICOLO 1, COMMA 435-BIS L. 205/2017 | TOTALE RISORSE ANNO 2023 (AL NETTO ONERI RIFLESSI) | TOTALE RISORSE ANNO 2023 (AL LORDO ONERI RIFLESSI) |
|------------------------|--|--|--|--|---|---|
| 501 - Dolomiti | € 8.302,84 | € 53.836,93 | € 19.762,30 | € 62.260,78 | € 116.097,72 | € 159.053,87 |
| 502 - Marca Trevigiana | € 47.436,43 | € 292.383,95 | € 138.856,17 | € 666.578,96 | € 958.962,90 | € 1.313.779,18 |
| 503 - Serenissima | € 18.907,21 | € 122.597,32 | € 45.002,66 | € 141.780,10 | € 264.377,42 | € 362.197,06 |
| 504 - Veneto Orientale | € 18.208,54 | € 223.790,24 | € 44.472,70 | € 225.567,76 | € 449.358,00 | € 615.620,46 |
| 505 - Polesana | € 8.252,83 | € 53.512,67 | € 19.643,27 | € 61.885,79 | € 115.398,46 | € 158.095,88 |
| 506 - Euganea | € 49.535,14 | € 525.238,78 | € 120.625,47 | € 590.965,88 | € 1.116.204,66 | € 1.529.200,38 |
| 507 - Pedemontana | € 22.310,02 | € 190.271,46 | € 23.637,96 | € 74.470,98 | € 264.742,44 | € 362.697,14 |
| 508 - Berica | € 32.186,60 | € 204.880,88 | € 56.538,52 | € 208.664,93 | € 413.545,81 | € 566.557,77 |
| 509 - Scaligera | € 15.282,19 | € 99.092,10 | € 36.374,44 | € 114.597,02 | € 213.689,13 | € 292.754,10 |
| 901 - AOU di Padova | € 37.429,95 | € 557.321,02 | € 116.274,46 | € 649.111,75 | € 1.206.432,77 | € 1.652.812,89 |
| 912 - AOU di Verona | € 37.003,05 | € 487.744,08 | € 67.655,59 | € 318.552,14 | € 806.296,22 | € 1.104.625,82 |
| 952 - IOV | € 8.685,33 | € 143.998,53 | € 33.638,21 | € 197.519,36 | € 341.517,89 | € 467.879,51 |
| 999 - Regione | € 303.540,15 | € 2.954.667,97 | € 722.481,75 | € 3.311.955,44 | € 6.266.623,40 | € 8.585.274,06 |

Si riporta di seguito il riparto delle risorse tra le aziende relativo al periodo 2019 - 2026

| RISORSE ART. 1, C. 435 L. 205/2017 | ANNO 2019 E ANNO 2020 | ANNO 2021 | ANNO 2022 | ANNO 2023 | ANNO 2024 | ANNO 2025 | ANNO 2026 | TOTALE RISORSE ART. 1, C. 435 L. 205/2017 |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---|
| 501 - Dolomiti | € 35.156,26 | € 5.318,48 | € 5.059,34 | € 8.302,84 | € 11.161,49 | € 10.302,91 | € 5.151,46 | € 80.452,79 |
| 502 - Marca Trevigiana | € 168.144,62 | € 48.162,28 | € 28.640,62 | € 47.436,43 | € 108.243,07 | € 106.588,86 | € 56.011,46 | € 563.277,34 |
| 503 - Serenissima | € 80.057,75 | € 12.111,23 | € 11.521,12 | € 18.907,21 | € 25.416,91 | € 23.461,77 | € 11.730,88 | € 183.206,88 |
| 504 - Veneto Orientale | € 172.306,93 | € 22.133,56 | € 11.141,22 | € 18.208,54 | € 45.209,29 | € 40.576,84 | € 19.818,16 | € 329.394,53 |
| 505 - Polesana | € 34.944,52 | € 5.286,45 | € 5.028,87 | € 8.252,83 | € 11.094,26 | € 10.240,86 | € 5.120,43 | € 79.968,22 |
| 506 - Euganea | € 388.023,76 | € 57.481,40 | € 30.198,48 | € 49.535,14 | € 120.247,20 | € 110.639,43 | € 55.173,94 | € 811.299,34 |
| 507 - Pedemontana | € 130.045,72 | € 24.375,89 | € 13.539,83 | € 22.310,02 | € 52.639,18 | € 49.970,65 | € 25.547,55 | € 318.428,84 |
| 508 - Berica | € 120.361,14 | € 32.891,31 | € 19.441,83 | € 32.186,60 | € 73.658,16 | € 72.303,11 | € 37.907,05 | € 388.749,21 |
| 509 - Scaligera | € 64.708,52 | € 9.789,18 | € 9.312,21 | € 15.282,19 | € 20.543,80 | € 18.963,51 | € 9.481,76 | € 148.081,17 |
| 901 - AOU di Padova | € 448.181,85 | € 48.678,42 | € 23.030,80 | € 37.429,95 | € 96.125,38 | € 83.116,53 | € 39.271,91 | € 775.834,83 |
| 912 - AOU di Verona | € 381.999,68 | € 46.056,80 | € 22.684,55 | € 37.003,05 | € 92.954,89 | € 82.359,80 | € 39.777,15 | € 702.835,92 |
| 952 - IOV | € 118.174,51 | € 11.775,17 | € 5.363,52 | € 8.685,33 | € 22.786,66 | € 19.242,16 | € 8.891,47 | € 194.918,82 |
| 999 - Regione | € 2.142.105,26 | € 324.060,15 | € 184.962,41 | € 303.540,15 | € 680.080,29 | € 627.766,42 | € 313.883,21 | € 4.576.397,89 |

| RISORSE ART. 1, C. 435-BIS L. 205/2017 | ANNO 2019 | ANNO 2020 | ANNO 2021 | ANNO 2022 | ANNO 2023 | ANNO 2024 | ANNO 2025 | ANNO 2026 | TOTALE RISORSE ART. 1, C. 435-BIS L. 205/2017 |
|---|-----------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---|
| 501 - Dolomiti | | € 14.062,51 | € 14.269,82 | € 14.166,16 | € 19.762,30 | € 19.762,30 | € 19.762,30 | € 19.762,30 | € 121.547,69 |
| 502 - Marca Trevigiana | | € 173.585,16 | € 177.192,12 | € 176.945,50 | € 138.856,17 | € 139.209,32 | € 139.559,10 | € 140.183,92 | € 1.085.531,29 |
| 503 - Serenissima | | € 32.023,10 | € 32.495,19 | € 32.259,14 | € 45.002,66 | € 45.002,66 | € 45.002,66 | € 45.002,66 | € 276.788,09 |
| 504 - Veneto Orientale | | € 60.226,66 | € 60.807,48 | € 60.060,92 | € 44.472,70 | € 44.369,23 | € 44.266,75 | € 44.261,99 | € 358.465,71 |
| 505 - Polesana | | € 13.977,81 | € 14.183,87 | € 14.080,84 | € 19.643,27 | € 19.643,27 | € 19.643,27 | € 19.643,27 | € 120.815,61 |
| 506 - Euganea | | € 155.359,40 | € 157.926,62 | € 157.054,39 | € 120.625,47 | € 120.718,78 | € 120.811,20 | € 121.152,05 | € 953.647,91 |
| 507 - Pedemontana | | € 16.820,36 | € 17.068,32 | € 16.944,34 | € 23.637,96 | € 23.637,96 | € 23.637,96 | € 22.427,56 | € 144.174,45 |
| 508 - Berica | | € 46.617,27 | € 51.070,48 | € 54.438,66 | € 56.538,52 | € 57.807,60 | € 59.064,56 | € 60.383,49 | € 385.920,59 |
| 509 - Scaligera | | € 25.883,41 | € 26.264,98 | € 26.074,20 | € 36.374,44 | € 36.374,44 | € 36.374,44 | € 36.374,44 | € 223.720,34 |
| 901 - AOU di Padova | | € 180.226,81 | € 178.921,88 | € 173.688,60 | € 116.274,46 | € 114.939,37 | € 113.617,04 | € 112.597,54 | € 990.265,70 |
| 912 - AOU di Verona | | € 82.188,35 | € 84.242,03 | € 84.466,17 | € 67.655,59 | € 67.939,35 | € 68.220,40 | € 68.630,51 | € 523.342,40 |
| 952 - IOV | | € 55.871,27 | € 55.030,90 | € 52.978,98 | € 33.638,21 | € 33.077,46 | € 32.522,06 | € 32.062,03 | € 295.180,90 |
| 999 - Regione | | € 856.842,11 | € 869.473,69 | € 863.157,89 | € 722.481,75 | € 722.481,75 | € 722.481,75 | € 722.481,75 | € 5.479.400,69 |

spettante ai dirigenti sanitari che svolgono attività didattica. Il compenso attuale è pari a euro 25,82 ora (Art. 45 CCNL 19/21) elevabile in sede di contrattazione Aziendale a carico del Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro. L'attività di tutoraggio nell'ambito della formazione specialistica (D. Lgs. 369/99 e Art. 59 CCNL 19-21) potrà essere retribuita in base alla contrattazione integrativa Aziendale con risorse a carico del Fondo di risultato come quota aggiuntiva ma anche come valorizzazione degli incarichi per i medici che svolgono continuativamente tali attività.

Il documento stabilisce che le Aziende, in base alla legge 234/21 (e all'Art. 75 CCNL 19-21), debbano incrementare i Fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro e per la retribuzione di risultato nell'intera misura massima prevista e pari a 184,46 euro per il numero di Dirigenti in ruolo sanitario presenti in servizio al 31/12/2018. La legge stabilisce che almeno il 50% di questa quota debba confluire nel fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro. Stabilisce inoltre le modalità di attuazione dell'Art. 1 comma 435 (Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro) della legge di Bilancio 2018 (205/17) e successivo comma 435bis (Fondo per la retribuzione degli incarichi) del DL 162/19/L 8/20.

Le linee generali di indirizzo riportano quanto deciso da Regione Veneto e OOSS circa la distribuzione dei fondi derivati dall'applicazione dei commi 435 e 435bis, distribuzione differenziata da Azienda ad Azienda in base al personale in servizio, alla suddivisione con criterio perequativo, al completamento della contrattazione integrativa aziendale e all'ammontare percentuale dei residui dei fondi per la retribuzione degli incarichi e delle condizioni di lavoro. Ribadisce inoltre come tutti gli articoli del nuovo CCNL (Artt. 72, 73 e 74) riportino che i Fondi debbano essere integralmente utilizzati tenendo conto che eventuali risorse eccedenti potranno essere utilizzate per elevare il valore orario dell'attività didattica, delle indennità per il lavoro notturno e dell'indennità di pronta disponibilità.

Altra questione affrontata riguarda i certificati medici di infortunio e di malattia professionale (L. 145/18). Un numero elevato di certificati (l'INAIL ha comunicato che nel 2022 sono stati 56.789) per i quali l'INAIL trasferisce dal 2019 25.000.000 di euro al Fondo Sanitario Nazionale. L'importo annuo che ne deriva per la Regione del Veneto verrà suddiviso per dirigenti medici e per le Aziende da cui i certificati sono stati emessi.

Altro punto di estrema importanza riguarda la riorganizzazione derivata dall'investimento dei fondi del PNRR. Determinazione volta a qualificare l'assistenza territoriale e contemporaneamente il SSN, consentendo lo spostamento di parte delle cure dall'Ospedale al Territorio. Questo dovrebbe migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza del sistema attraverso servizi

integrati, presa in carico multidimensionale e riduzione delle liste d'attesa. Si dovrebbe associare una tendenza al ridimensionamento delle attività negli Ospedali riducendo il loro sovraccarico con riduzione del sovraffollamento dei servizi inerenti l'emergenza - urgenza con beneficio agli standard qualitativi delle cure e miglioramento della gestione economico-finanziaria. Questa potrebbe essere un'opportunità per i Radiologi ospedalieri che operano per i Pronto Soccorso. Radiologi che possono testimoniare come negli anni sia avvenuto un incremento significativo delle richieste da parte dei Colleghi del Pronto Soccorso di esami che poco avevano a che fare con l'urgenza o diventavano tali per le attese nelle così dette liste di galleggiamento. Esami che possono sottrarre tempo e giusta attenzione ai casi veramente gravi e propriamente presenti nei Pronto Soccorso.

Il documento affronta l'emanazione delle linee generali di indirizzo da parte della Regione del Veneto per lo svolgimento della contrattazione integrativa e la ripartizione fra le Aziende della regione delle risorse stabilite dall'Art 1 comma 293 L. 234/21. Alla Regione del Veneto per l'anno 2022 è stato assegnato un importo percentuale delle risorse pari al 7,167% del fondo nazionale, in base al monte salari di medici, veterinari e odontoiatri. Questi importi confluiranno nel Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro e genereranno un'indennità di 12 euro per ogni turno di lavoro svolto dai dirigenti medici operanti nei Pronto Soccorso. Questa indennità non interesserà i dirigenti medici che hanno prestato attività lavorativa per e nel pronto soccorso come consulenti. Volevo solo ricordare che un numero molto elevato di Pazienti che si recano in pronto soccorso sono sottoposti a un'indagine di diagnostica per immagini e che il Radiologo che referta ed esegue esami (e il TSRM) in un turno di pronto soccorso deve saper lavorare su quasi tutte le metodiche, cosa non semplice. L'impegno diagnostico e terapeutico per la Radiologia è in continua crescita dal punto di vista quantitativo ma anche qualitativo, basti pensare alle richieste montanti di Risonanza Magnetica o di TC coronariche. Bene che i Colleghi del Pronto Soccorso abbiano questa indennità, sono in prima linea e sono sottoposti a reali difficoltà ma non sono gli unici che lavorano in emergenza urgenza.

Il documento termina ribadendo quanto il nuovo CCNL determina su guardie e pronta disponibilità e proponendo un gruppo di lavoro che entro sei mesi definisca delle proposte per apportare delle modifiche alla DGR 245/2017.

Un documento corredato da ampie tabelle, in parte allegate, che quantificano in modo leggibile e trasparente le risorse economiche in termini temporali con suddivisioni precise per Azienda. Documento che ha visto la partecipazione attiva e l'approvazione tempestiva da parte delle OO.SS. ■

Siamo nell'infosfera, veniteci a trovare

Quello spazio onlife, né pubblico né privato, ma 'commons', in cui viviamo più o meno consapevolmente.

E il sindacato che rappresenta una professione più di altre in continua evoluzione, occupa questo spazio a modo suo, coniugando sviluppo tecnologico e rispetto della persona.

Da Pasqua SNR è sbarcato sui social. Ha già conquistato il suo pubblico, dentro e fuori la comunità professionale, senza urlare.

Anche nell'infosfera ci piacciono i rapporti umani. Veniteci a cliccare...

CLICCA SULLE ICONE



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202410>

Ferrara, radiologi italiani a convegno: **IA** PER RECUPERARE TEMPO PER IL PAZIENTE

Un seminario dedicato al tema dell'Intelligenza artificiale e al suo ruolo fondamentale per lo sviluppo ed il progresso in sanità, con particolare riferimento alle discipline di Area Radiologica. È quello dei radiologi italiani che si è tenuto venerdì 10 e sabato 11 maggio, nelle sale dell'Imbarcadero del Castello Estense di Ferrara.

“Obiettivo dei due giorni di confronto ferraresi l'approfondimento delle prospettive future della IA, con una particolare attenzione all'analisi delle opportunità e dei rischi che competono alla pianificazione organizzativa di questa ineludibile evoluzione.

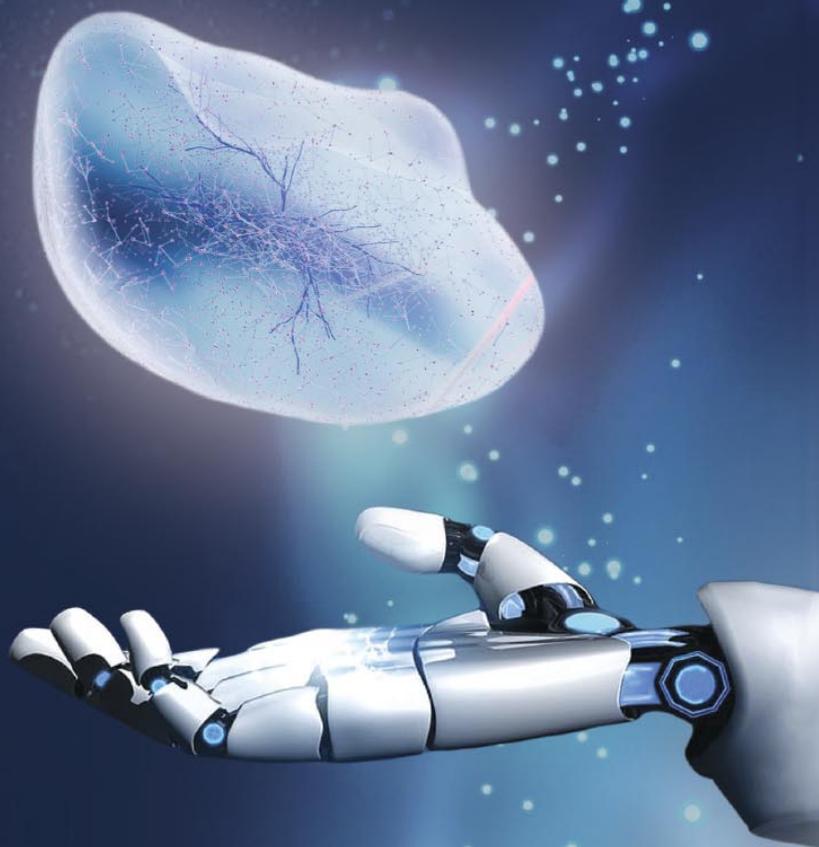
L'impiego di una tecnologia sempre più sofisticata, deve rispondere a precise regole mantenendo la centralità del professionista medico.

Al Seminario, organizzato dalla Fondazione Area Radiologica SNR, hanno partecipato politici, direttori generali di aziende sanitarie, economisti, esperti di cybersecurity, giuristi, in serrato confronto con i radiologi esponenti del Sindacato SNR, capaci di saper approfondire i temi di carattere professionale socio sanitario nei quali più sensibile è la difesa della professione dagli attacchi di coloro che vogliono impossessarsi senza averne titolo e conoscenza delle prerogative.

Se da un lato ci si interroga se la gestione delle immagini in telemedicina sia ancora abbastanza evoluta da garantire il risultato diagnostico, dall'altro si aprono scenari sul futuro dell'IA, definito un sistema che deve agire come vogliamo che agisca, ma sul quale non abbiamo controllo totale. E questo apre ai **temi etici del governo della tecnologia** che – come viene ribadito anche nelle recenti osservazioni Fnomceo al ddl IA – **in nessun caso può sostituire la responsabilità decisionale del medico che la utilizza.**

Nessuna preclusione mentale emerge dai rappresentanti di una professione che più di altre è in continua evoluzione, di pari passo con un tumultuoso progresso tecnologico:

l'Intelligenza Artificiale è senza dubbio alcuno strumento di ausilio accanto all'insostituibile figura del medico radiologo, che ancora una volta si evolve traendo il massimo vantaggio dalle nuove tecnologie. E, **come da più parti ricordato, le nuove opportunità offerte da un uso consapevole di sistemi IA attuali e futuri devono servire a recuperare tempo per il paziente, per il rapporto umano ancora parte essenziale di un percorso di cura. Affiancamento dunque dei dispositivi tecnologici al medico e alle sue responsabilità decisionale, mai sostituzione.**



In estrema sintesi questo il messaggio che esce dal Castello estense di Ferrara, che prelude al position paper dei radiologi sul delicato e affascinante tema dell'IA che va governato con accuratezza.

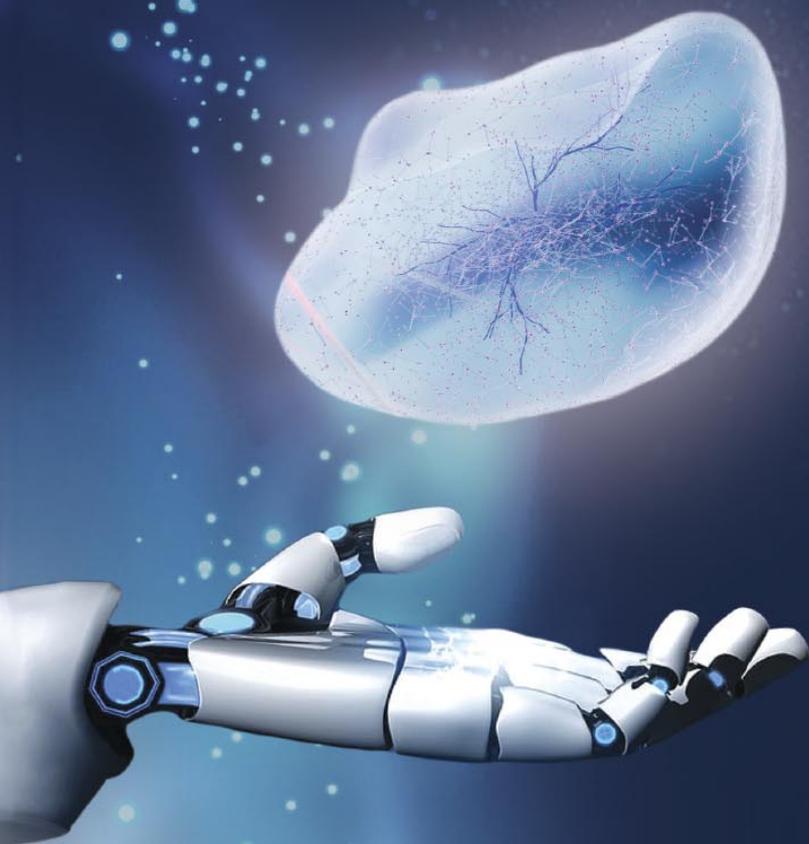
"Bisogna ricordare che la radiologia è anche diagnostica a tutti gli effetti, le immagini hanno sempre un contenuto biografico. Si deve puntare ad una sempre maggiore efficacia, non limitarsi alla sola efficienza. Fare bene ciò che è necessario, dunque, e non pensare solo a poter fare di più" sottolinea Corrado Bibbolino, Direttore Scientifico Fondazione Area Radiologica. E certamente la capacità di analisi e di stimolare il confronto della Fondazione Area Radiologica, di saper coniugare sviluppo tecnologico e rispetto della persona, "il fondersi della cultura scientifica con quella umanista, portano a contare un po' di più nella società" – ha terminato il Segretario del Sindacato SNR Giulio Argalia concludendo sabato il seminario ma non il dibattito interno alla comunità radiologica, che proseguirà con l'elaborazione di proposte anche legislative. ■ *La Redazione*



Il Prof. Mario Baldassarri



Il Prof. Adriano Fabris



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202411>



Francesco
Lucà

La pensione

UN DUBBIO AMLETICO CHE CAMBIA OGNI ANNO

La legge di Bilancio 2024, 30 dicembre 2023 n. 213, ha modificato pesantemente il sistema di uscita dal lavoro dei dipendenti pubblici al momento della quiescenza. Soprattutto se si guardano le norme che modificano in senso retroattivo precedenti diritti acquisiti. Da questo punto di vista sorgono molti dubbi sulla costituzionalità di un provvedimento che oltre a modificare precedenti requisiti, crea differenze all'interno del pubblico impiego.

Tutto questo dimostra, purtroppo, che nulla è scontato quando un dipendente pubblico fa valutazioni anticipate su quando potrà andare in pensione e su quanto sarà consistente l'assegno pensionistico.

L'art. 1 comma 157 agisce in modo retroattivo sui rendimenti delle pensioni future di alcune categorie nel pubblico. La cancellazione dei diritti acquisiti comporta l'apertura di un contenzioso infinito. Il sistema previdenziale, troppe volte modificato dallo Stato per fare cassa sulla pelle dei propri dipendenti, viene qui scardinato modificando le regole.

Eppure eravamo partiti bene con la pubblicazione in G.U. del 17 ottobre 2023 del Decreto del Ministero dell'Economia del 18 luglio 2023, in ordine alla variazione dei requisiti anagrafici per l'accesso ai trattamenti pensionistici nel biennio 2025-2026, sulla base della speranza di vita, come certificata dall'Istat. Per il biennio 2025-2026 non ci sono variazioni, e quindi l'età per la pensione di vecchiaia rimane fissata a 67 anni, sia per gli uomini sia per le donne. Infatti la normativa prevede che l'età per il pensionamento venga rivista ogni biennio in base alla variazione della speranza di vita calcolata dall'ISTAT. Questa volta i calcoli hanno dimostrato che la speranza di vita non è aumentata, ma anzi diminuita di un mese. Le variazioni negative non comportano modifiche e

quindi i requisiti per la pensione di vecchiaia, sia per il sistema misto sia per il contributivo, restano i 67 anni di età con almeno 20 anni di contributi versati. Non cambiano neppure i requisiti richiesti a chi svolge attività *usuranti* (66 anni e 7 mesi) ma per loro sono richiesti almeno 30 anni di contribuzione invece che 20. I medici che hanno lasciato il lavoro una volta compiuti i 67 anni di età, avranno diritto a ricevere la pensione calcolata con i coefficienti retributivi del passato, più convenienti. Il taglio sulla quota di pensione calcolata con il sistema retributivo (contributi versati sino al 31 dicembre 1995)



è stato eliminato sui trattamenti di vecchiaia e mantenuto soltanto su quelli anticipati, però i medici hanno la possibilità di ridurlo progressivamente fino ad azzerarlo, se rimangono in servizio fino a 3 anni dopo il raggiungimento dei requisiti per il trattamento anticipato. Per la pensione di vecchiaia non è prevista l'applicazione di alcuna finestra di slittamento, la pensione decorre, di regola, il primo giorno del mese successivo alla maturazione dei requisiti.

Nel 2024, a prescindere dall'età anagrafica, potranno andare in pensione i lavoratori (uomini) che avranno conseguito 42 anni e 10 mesi di contributi, e le lavoratrici (donne) che abbiano maturato 41 anni e 10 mesi di contributi, però, a partire dal 2025, anche i 42 anni e 10 mesi del requisito di base aumenteranno, per effetto dell'anticipazione degli adeguamenti alla speranza di vita, disposta dal comma 521 della legge di bilancio. Per i medici ospedalieri la data di effettivo pensionamento anticipato nei prossimi anni andrà a variare così: 43 anni e 1 mese di servizio nel 2024; 43 anni e 2 mesi nel 2025; 43 anni e 3 mesi nel 2026; 43 anni e 5 mesi nel 2027; 43 anni e 7 mesi dal 2028 in poi. Infatti la Legge di Bilancio inserisce un meccanismo di differimento della decorrenza del primo assegno di pensione pari a tre mesi dalla maturazione dei requisiti pensionistici per tutti coloro che acquisiscano il diritto alla pensione dal 1° gennaio 2024. Un medico che nel 2024 raggiunge i requisiti per il pensionamento, ma decide di aspettare a ritirarsi per non perdere quote di pensione e lavora altri 3 anni, arrivando nel 2027 a 45 anni e 10 mesi di contribuzione, come prevede la Legge di Bilancio, si troverà a dover attendere anche ulteriori 7 mesi di finestra per la corresponsione dell'assegno.

Spieghiamo meglio questo concetto. Per il personale ospedaliero, medici e infermieri, che andrà in pensione dal 2024 i coefficienti negativi previsti per il restante pubblico impiego sono "addolciti", ovvero per ogni mese in più di lavoro in ospedale, il taglio sarà ridotto di un trentaseiesimo.

Questo significa che lavorando per altri tre anni il taglio delle pensioni si azzererebbe. Ma per far "tornare" i conti della modifica, vengono riviste le finestre per l'uscita anticipata di medici. Chi matura i requisiti entro il prossimo anno, potrà ricevere la pensione dopo tre mesi di finestra. Chi li matura nel 2025 dovrà attendere quattro mesi, mentre il comma 162 della Legge di Bilancio aumenta per il futuro questo differimento. Prevede infatti che, per i soggetti la cui pensione è liquidata a

carico di alcune Casse ex Inpdap, tra cui appunto la Cassa Pensioni Sanitari, il trattamento pensionistico anticipato decorre dopo che siano trascorsi cinque mesi nel 2026, sette nel 2027 e nove nel 2028. Anche per questo nell'emendamento è stato specificato che i dirigenti medici e sanitari e gli infermieri potranno fare domanda per il trattenimento in servizio anche oltre i 40 anni di servizio, ma non oltre i 70 anni d'età.

In questa confusione si è inserito il decreto "Milleproroghe". *"Anche al fine di far fronte alle esigenze di formazione e tutoraggio del personale assunto e dei medici con contratto di formazione specialistica, nonché di fronteggiare la grave carenza di personale, si legge nel testo, fino al 31 dicembre 2025, possono trattenere in servizio, su istanza degli interessati, i dirigenti medici e sanitari dipendenti del S.S.N., in deroga ai limiti previsti dall'articolo 15-novies del D. Lgs. 502/92, fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque entro la predetta data. I dirigenti medici e sanitari dipendenti del S.S.N. e i docenti universitari che svolgono attività assistenziali, trattenuti in servizio ai sensi del presente comma, non possono mantenere o assumere incarichi dirigenziali apicali di struttura complessa o dipartimentale."*

Ora punto di domanda: ma chi rimarrà in servizio perdendo una quota economica legata all'incarico superiore e con una conseguente penalizzazione sulla pensione? ■



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202412>



Avv.
Michela Erika
Rossano

LEGGE GELLI: DECRETI ATTUATIVI. Una prima panoramica del **DM 232/2023**

Il 16 marzo 2024 è entrato in vigore il D.M. n. 232/2023 che, dopo sette anni dall'approvazione della Legge Gelli-Bianco, ha dato attuazione all'art. 10, comma 6 della L. 24/2017. Il Decreto disciplina i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi delle "analoghe misure", le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo riserva sinistri.

Passando ad una panoramica preliminare del Regolamento, innanzitutto, si evidenzia che – a chiarimento dei commi 1, 2 e 3 dell'art. 10 della L. 24/2017 - l'articolo 3 del DM ribadisce che le strutture pubbliche e private, mediante assicurazione ovvero in autoritenzione, dovranno prendersi carico della copertura delle responsabilità degli esercenti di cui si avvalgono.

L'esercente l'attività libero professionale che adempie un'obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente (fatturazione diretta al paziente), invece, verrà tenuto indenne dalla propria garanzia assicurativa che dovrà stipulare. Tra le novità previste dal Regolamento si annovera il meccanismo, ripreso dalla RCA, del c.d. bonus malus. Il comma 7 dell'art. 3 del DM stabilisce espressamente che "è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo in relazione al verificarsi o meno di sinistro nel corso della durata contrattuale". Fatta chiarezza sull'oggetto della garanzia, l'art. 4 del DM fissa i massimali minimi di garanzia delle polizze, individuando diverse classi di rischio.

In particolare, per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto il massimale

non può essere inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro ed il massimale per ciascun anno non può essere inferiore al triplo del massimale per sinistro, mentre per le strutture che svolgono le predette attività il massimale non può essere inferiore a € 5.000.000,00 per sinistro e il massimale per ciascun anno non può essere inferiore al triplo del massimale per sinistro. Stessa sorte per i professionisti. Per gli esercenti la professione sanitaria che ESERCITANO LA LIBERA PROFESSIONE con fatturazione diretta al paziente e non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto infatti il massimale non può essere inferiore a € 1.000.000,00 per sinistro e il massimale per ciascun anno non può essere inferiore al triplo del massimale per sinistro; mentre, per predetti professionisti che svolgono dette attività il massimale non può essere inferiore a 2.000.000,00 per sinistro e il massimale per ciascun anno non può essere inferiore al triplo del massimale per sinistro.

Per gli esercenti la professione sanitaria operanti, a qualsiasi titolo, nelle strutture, i massimali per ciascun sinistro e per ciascun anno corrispondono agli importi previsti per l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa. Detti limiti non si applicano nei confronti di chi esercita la libera professione con obbligazione contrattuale diretta assunta con il paziente.

In merito alla efficacia temporale, il DM prevede all'art. 5 che la garanzia assicurativa è prestata nella forma "claims made", operando per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo. In caso di rinnovo, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima polizza ed in caso di cessazione definitiva dell'attività è previsto un periodo di

ultrattività per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza. Quanto al diritto di recesso, il DM prevede inoltre che l'assicuratore può recedere dal contratto prima della scadenza solo nel caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva. Si ricorda, tra l'altro, come sia fatto obbligo alle strutture sanitarie di ottemperare ai doveri di pubblicità e trasparenza. In particolare, in merito alle analoghe misure, il Decreto prevede che la scelta di operare mediante assunzione diretta del rischio deve risultare da apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie che ne evidenzia, altresì, le modalità di funzionamento, eventualmente unitario, anche per la gestione dei processi di acquisto dei servizi assicurativi e le motivazioni sottese.

Passando al profilo del DM con risvolti procedurali, il Decreto contempla la previsione di n. 4 eccezioni opponibili dall'assicuratore al danneggiato che, come previsto dall'art. 12 della L. 24/2017, ha un'azione diretta nei confronti dell'impresa. Risultano infatti opponibili al danneggiato le seguenti eccezioni di polizza: l'attività non è oggetto della copertura assicurativa, la richiesta di risarcimento è presentata fuori dai periodi di efficacia temporale previsti dalla polizza, il contratto prevede una quota di franchigia/SIR (per le polizze delle strutture), il premio assicurativo non risulta pagato. Sul punto risulta, sin d'ora, opportuno osservare come, in forza di quanto stabilito dall'art. 12, comma 1 L. 24/2017, l'azione diretta sia prevista a corredo delle polizze obbligatorie delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private (comma 1 art. 10) nonché a quelle stipulate dall'esercente la professione sanitaria (comma 2 art. 10).

Ragionando al contrario, ciò comporta che l'azione diretta non sia prevista né in relazione alle garanzie assicurative "procurate" dalla struttura a favore degli esercenti la professione sanitaria né in relazione alle polizze stipulate al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 L. 24/2017. Nell'ipotesi in cui la struttura operi mediante assunzione diretta del rischio, questa deve costituire un fondo specifico per la copertura dei rischi. In aggiunta, la struttura deve costituire un fondo di messa a riserva per il risarcimento dei sinistri. La congruità degli importi accantonati nei due fondi è certificata da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale. Agli artt. 14 e 15 del DM è prevista la possibilità che la struttura possa essere in autoritenzione parziale ovvero che l'assicurazione subentri al regime di autoritenzione.

Di particolare interesse è la previsione dell'art. 16, in merito alle funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri. La struttura infatti deve istituire al proprio interno la funzione di valutazione dei sinistri in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Tale funzione dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio relativamente ai fondi di cui abbiamo appena parlato.

Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire, sono:

- a) medicina legale;
- b) perito («loss adjuster»);
- c) avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;
- d) gestione del rischio («risk management»).

Infine, il Decreto richiama l'importanza dell'attività di gestione del rischio clinico che le strutture, anche ai sensi della legge 24/2017, sono chiamate ad ottemperare. La struttura ha il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi in un'ottica attuale e prospettica, anche al fine, nel caso di ricorso all'assicurazione, di fornire all'assicuratore le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio, attraverso un processo di analisi che include una valutazione sia delle prestazioni sanitarie offerte sia dell'utenza che ne usufruisce. Con una disposizione finale, che ha aperto un importante dibattito tra gli operatori del diritto, il Regolamento specifica che le imprese assicurative dovranno adeguare i contratti di assicurazione in conformità ai nuovi requisiti minimi previsti entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto. Stesso termine per le strutture sanitarie che dovranno adeguarsi alle misure organizzative e finanziarie previste per le cd. "misure analoghe". Per sintetizzare, l'articolo 18 del DM parlando di "adeguamento" dei contratti porta a ritenere che i contratti di nuova stipula dovrebbero nascere già aderenti al regolamento.

In conclusione, con l'entrata in vigore del DM 232/2023 che, necessariamente, imporrà nuove scelte e comporterà alcuni importanti cambiamenti, si inserisce un fondamentale tassello mancante alla piena attuazione della L. 24/2017 nel disegno predisposto dalla riforma, connotato da un duplice scopo: sicurezza delle cure e dei pazienti e serenità di lavoro per i professionisti. ■



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

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202413>

**VEDI LA
TIMETABLE
DEL CONGRESSO**



Associazione Italiana
Radioterapia e Oncologia clinica



Associazione Italiana
Radioterapia e Oncologia clinica
Giovani



Società Italiana di Radiobiologia

AIRO 2024

curare per guarire

**ISCRIVITI
AL
CONGRESSO**



Il sistema
di iscrizioni online
sarà operativo
fino al
31 Maggio 2024

Presidente
MARCO KREGLI

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

MILANO ALLIANZ MiCo 21-23 Giugno

**SCARICA IL
PROGRAMMA
DEL CONGRESSO**



CLICCA QUI
PER ULTERIORI
DETTAGLI



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202414>

| DATA | ORGANIZZATORE | TITOLO CORSO | ORARIO |
|------------|---|---|-------------|
| 01/03/2024 | Board AIRO | COSA SI DEVE SAPER SUL RISK MANAGEMENT | 14,30-17,00 |
| 29/03/2024 | NEUROONCOLOGICO | MALATTIA METASTATICA CEREBRALE: PRIMARY-TUMOR DRIVEN APPROACH IN EPOCA DI INTEGRAZIONE E SINERGIA CON I TRATTAMENTI SISTEMICI | 14,30-16,40 |
| 05/04/2024 | BRACHITERAPIA - IORT - INTERVENTISTICA | NEOPLASIE DI SEDI PECULIARI DEL DISTRETTO CERVICO-FACCIALE: IL RUOLO DELLA RADIOTERAPIA INTERVENTISTICA E L'IMPORTANZA DELLA MULTIDISCIPLINARIETÀ | 14,30-17,30 |
| 12/04/2024 | GASTROINTESTINALE | LA RADIOMICA NELLA MODERNA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA: NOZIONI BASE E APPLICAZIONI NELLE NEOPLASIE GASTROINTESTINALI | 14,30-18,10 |
| 19/04/2024 | AIRB | MICROBIOTA E RADIOTERAPIA | 14,30-17,30 |
| 03/05/2024 | TESTA-COLLO | DISFAGIA, MALNUTRIZIONE E SARCOPENIA NEL PAZIENTE CON NEOPLASIA DEL TESTA E COLLO | 14,30-17,30 |
| 10/05/2024 | POLMONE | SBRT NEL NODULO POLMONARE: SCENARI COMPELSSI E NUOVE FRONTIERE | 14,30-18,00 |
| 17/05/2024 | URO-ONCOLOGICO | LA MULTIDISCIPLINARIETÀ NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA RENALE | 14,30-16,30 |
| 24/05/2024 | GINECOLOGIA | NUOVI SCENARI IN GINECOLOGIA ONCOLOGICA: COME STA CAMBIANDO LA PRATICA CLINICA | 14,30-18,00 |
| 31/05/2024 | CURE PALLIATIVE | IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON MALATTIA AVANZATA | 14,30-17,40 |
| 07/06/2024 | MALATTIA OLIGOMETASTATICA | LA RADIOTERAPIA STEREOTASSICA NELLE LOCALIZZAZIONI OLIGOMETASTATICHE CRITICHE | 14,30-17,30 |
| 28/06/2024 | BRACHITERAPIA - IORT - INTERVENTISTICA | RADIOTERAPIA INTERVENTISTICA (BRACHITERAPIA E IORT) NELLA REIRRADIAZIONE DELLE RECIDIVE LOCALI DELLA MAMMELLA E DEL DISTRETTO ADDOMINO-PELVICO | 14,30-17,40 |
| 05/07/2024 | REIRRADIAZIONE | ORGANI A RISCHIO E CONTRAINTS NELLA REIRRADIAZIONE: FACCIAMO IL PUNTO | 14,30-17,15 |
| 13/09/2024 | TESTA-COLLO | CORSO DI FORMAZIONE SUL CONTORNAMENTO DELLE NEOPLASIE DELL'OROFARINGE | 14,30-17,30 |
| 20/09/2024 | GINECOLOGIA | IMPATTO DELLA FRAGILITÀ NELL'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE DELLE PAZIENTI CON NEOPLASIE GINECOLOGICHE: OPZIONI TERAPEUTICHE E GESTIONE DELLA TOSSICITÀ | 14,30-17,55 |
| 27/09/2024 | MAMMELLA | RADIOTERAPIA ADIUVANTE NELLE PAZIENTI SOTTOPOSTE A DE-ESCALATION DELLA CHIRURGIA ASCELLARE | 14,30-17,00 |
| 04/10/2024 | GASTROINTESTINALE | RADIOTERAPIA NEI TUMORI DELL'UPPER GI: IMPLEMENTAZIONE NELLA PRATICA CLINICA | 14,30-17,45 |
| 11/10/2024 | NEUROONCOLOGICO | PROSPETTIVE TERAPEUTICHE E CRITICITÀ DIAGNOSTICHE NEL GLIOBLASTOMA RECIDIVATO | 14,30-16,30 |
| 18/10/2024 | AIRB | BIOMARCATORI DI RISPOSTA E TOSSICITÀ NEL TRATTAMENTO RADIANTE | 14,30-17,30 |
| 25/10/2024 | MALATTIA OLIGOMETASTATICA | VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA CLINICA ALLA RADIOTERAPIA STEREOTASSICA | 14,30-17,30 |
| 08/11/2024 | URO-ONCOLOGICO | LA MULTIDISCIPLINARIETÀ NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA VESCICALE MUSCOLO-INFILTRANTE | 14,30-16,30 |
| 15/11/2024 | TRATTAMENTI ABLATIVI NON ONCOLOGICI | MULTIPROFESSIONAL MANAGEMENT OF PATIENTS UNDERGOING STEREOTACTIC ARRHYTHMIA RADIOABLATION (STAR) OF RE-ENTRANT TACHYCARDIA | 14,30-17,30 |
| 22/11/2024 | RADIOTERAPIA METABOLICA | AGGIORNAMENTI IN TEMA DI RADIOLIGAND THERAPY | 14,30-16,30 |
| 29/11/2024 | Board AIRO | IGRT | 14,30-17,05 |
| 06/12/2024 | POLMONE | SCLC: COME STA CAMBIANDO IL TRATTAMENTO. NOVITÀ E AGGIORNAMENTI DEL 2024 | 14,30-18,00 |
| 13/12/2024 | MAMMELLA | MODERNE TECNICHE DI TRATTAMENTO NELLE NEOPLASIE MAMMARIE: DAL BENEFICIO DOSIMETRICO AL BENEFICIO CLINICO | 14,30-17,00 |

Corsi ECM gratuiti e riservati ai Soci AIRO in regola con la quota associativa 2024

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202415>

COORDINATORI GRUPPI REGIONALI

| Gruppo Regionale | Coordinatore |
|------------------------------------|------------------------------|
| PIEMONTE - LIGURIA - VALLE D'AOSTA | Stefano Vagge |
| LOMBARDIA | Stefano Arcangeli |
| TRE VENEZIE | Alessandro Magli |
| EMILIA ROMAGNA - MARCHE | Francesca Cucciarelli |
| TOSCANA E UMBRIA | Marco Lupattelli |
| LAZIO - ABRUZZO - MOLISE | Francesco Deodato |
| CAMPANIA | Cesare Guida |
| APULO-CALABRO-LUCANO | Elvira Mazzei |
| SICILIA | Ivan Fazio |
| SARDEGNA | Giancarlo Mattiucci |



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

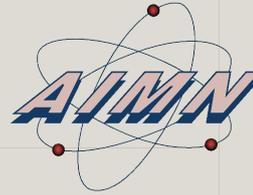
Responsabile Area Medica
MARCO MACCAURO

Responsabile Qualità
MARIA LUCIA CALCAGNI

Tesoriere
ANTONIO GARUFO

Didattica Universitaria
ALBERTO CUOCOLO

Strategie ComunicazioniWeb
LAURA EVANGELISTA



Associazione Italiana di
Medicina Nucleare
ed Imaging Molecolare

AIMN

XVI Congresso Nazionale

Presidente: Prof. Arturo Chiti

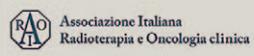
*La salute viaggia veloce:
Medicina Nucleare, il motore del benessere!*

MILANO | 20-23 | GIUGNO
• 2024 •

**SCARICA IL
PROGRAMMA
DEL CONGRESSO**



1° CONGRESSO CONGIUNTO
SOCIETÀ SCIENTIFICHE dell'AREA RADIOLOGICA



51° CONGRESSO NAZIONALE



34° CONGRESSO NAZIONALE



16° CONGRESSO NAZIONALE



MILANO
ALLIANZ MiCo
20-23 GIUGNO 2024



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202417>



Ornella
Testori

Verso una Medicina Nucleare di genere

Il 31-1-24 si è tenuto a Roma il convegno “LA SALUTE È !!!” a cura della Commissione Pari Opportunità e Inclusione (CPOI) dell’AIMN. Si è tenuto nel bel Centro Studi Cardello, che condividiamo con le altre associazioni di area radiologica. Hanno aperto i lavori la Presidente Maria Luisa De Rimini, e i componenti della CPOI Emilio Bombardieri, Antonio Garufo, Ornella Testori, focalizzando alcuni temi della giornata:

- le patologie della donna
- le malattie rare
- la posizione della medicina nucleare nella professione, nell’insegnamento e nella ricerca
- nuove terapie e capacità ricettive delle strutture di degenza per la terapia radiomolecolare.

Noi partiamo dal principio (morale e costituzionale) di “Salute come bene da garantire a tutti i cittadini in condizioni di uguaglianza”, e ascoltiamo con attenzione la voce dei cittadini-pazienti.

È equo saper dare cose uguali agli uguali, e cose diverse ai diversi; se dessimo cose uguali ai diversi compiremmo un’ingiustizia di secondo tipo.

Pare quindi opportuno che anche noi inforchiamo gli occhiali dell’ottica di genere, attraverso cui rivisitare le nostre procedure, per raggiungere quella medicina sartoriale (tailored) che sta nel nostro futuro.

In diagnostica sappiamo come il definire le posologie non tenga solo conto del peso corporeo e dell’età, ma anche della farmacocinetica, della bioistribuzione e della biodisponibilità, che nell’uomo e nella donna sono diverse, a partire dal drug-metabolising-system epatico. Ci sono inoltre differenze anatomiche e di composizione corporea (es: % di tessuto adiposo, funzione renale...) che influenzano distribuzione e metabolismo del radiofarmaco.

Pensiamo quindi alla rivisitazione della radiofarmacocinetica in ottica di genere: siamo tenuti dal D.Lgs. 101/2020, art 1, paragrafo 3 (giustificazione, ottimizzazione e limitazione delle dosi) a somministrare la più bassa posologia di radiofarmaco adeguata all’accuratezza diagnostica, e tale posologia può essere diversa nei 2 sessi.

In terapia dobbiamo inoltre dare grande attenzione alla radiosensibilità, che è diversa nei 2 sessi. È dimostrato che le radiazioni possono indurre danni al DNA in modo sesso o genere specifico, con diverse ricadute deterministiche e stocastiche.

Pensiamo quindi anche a come formalizzare una radiofarmacologia di genere e una dosimetria di genere. E in ciò ci saranno di supporto i nostri collaboratori: i radiofarmacisti e gli specialisti in fisica medica, cercando cooperazione tra l’epidemiologia, la radiosensibilità, la radiosuscettibilità e la radiobiologia.

È stato dimostrato che gli effetti delle radiazioni sono specifici per il sesso e che la radiosensibilità a lungo termine nelle donne è superiore a quella degli uomini.

La nostra Commissione per le Pari Opportunità, Inclusione e Riduzione delle Disuguaglianze (CPOI) mantiene viva l’attenzione sull’individuo “Paziente” non solo sui temi scientifici, ma anche per il supporto dei suoi diritti: è diritto del paziente ricevere attività diagnostiche e terapeutiche personalizzate e congrue col suo genere. ■



31

1

DA UN BIMESTRE ALL'ALTRO

LA PROF.SSA EVIS SALA NOMINATA HONORARY MEMBERSHIP DELLA SOCIETÀ GIAPPONESE DI RADIOLOGIA

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202418>



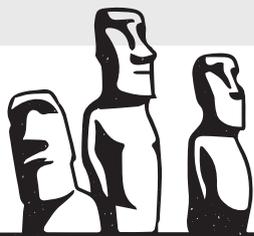
La **Prof.ssa Evis Sala**, attuale Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia Oncologica del Policlinico Gemelli e Professore Ordinario di Radiologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore Campus di Roma, è stata nominata **Honorary Membership della Società Giapponese di Radiologia**, durante il Congresso JRC 2024 che si è svolto dal 11 al 14 aprile u.s. a Yokohama, in Giappone. Ci congratuliamo con la Prof.ssa Sala, che la SIRM si onora di annoverare tra i suoi Soci, per questo prestigioso riconoscimento che rende ulteriore merito ad una fulgida carriera accademica internazionale e una importante attività di ricerca in campo oncologico con integrazione tra metodiche di imaging, IA e radiogenomica. ■

GIUSEPPE CAPODIECI NOMINATO COMMISSARIO STRAORDINARIO DELLA ASP DI AGRIGENTO

<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202419>

Giuseppe Capodiec nominato **Commissario straordinario della Asp di Agrigento**. Siamo certi che adempirà al prestigioso incarico che è chiamato a svolgere, con la sua consueta energia. Auguri di buon lavoro! ■





SULLE SPALLE DEI GIGANTI

ALESSANDRO VALLEBONA: pioniere della Radiologia, Inventore della Stratigrafia e "Nonno" della TAC



<http://dx.doi.org/10.26413/ilradiol.02202420>

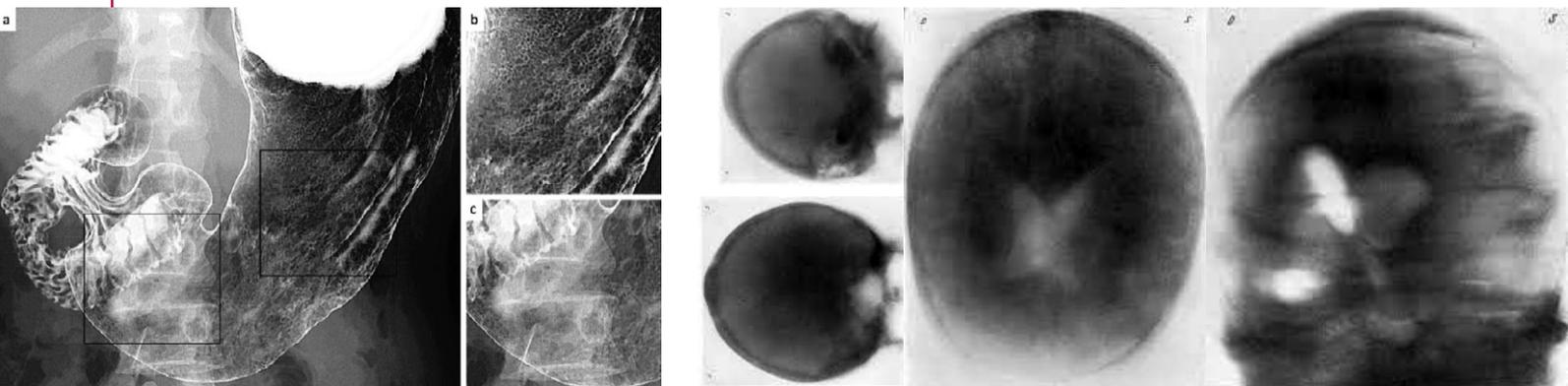


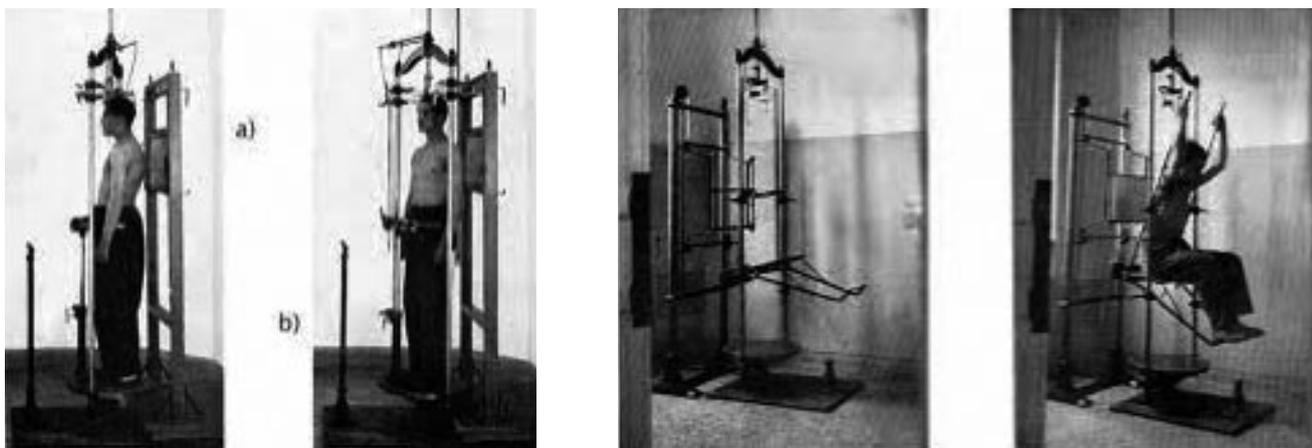
Duccio
Buccicardi

Alessandro Vallebona (1899-1987) è stato un pioniere della radiologia e l'inventore della stratigrafia, una tecnica rivoluzionaria che ha permesso di ottenere le prime immagini radiografiche tridimensionali di organi e tessuti. Autore di 370 pubblicazioni nei più disparati ambiti delle scienze radiologiche, la sua dedizione alla ricerca e il suo ingegno hanno contribuito a migliorare notevolmente la diagnostica per immagini.

Nato a Genova nel 1899, Vallebona si laureò in medicina presso l'ateneo cittadino nel 1923 e successivamente si specializzò in radiologia, sotto la guida di Vittorio Maragliano (del quale fu il successore), che dal 1913 ricopriva presso l'ateneo genovese una delle prime tre cattedre di radiologia in Italia, disciplina all'epoca ancora denominata "Elettroterapia Fisica". Attratto dalle possibilità diagnostiche offerte dalla radiologia, disciplina all'epoca in pieno fermento tecnologico, diede precoce segno della propria straordinaria inventiva proponendo già nel 1925, (a soli 26 anni!) la sua prima geniale scoperta: lo studio dello stomaco con la tecnica a doppio contrasto. Tale innovazione consentiva di visualizzare le pliche mucose e le areole gastriche con un dettaglio anatomico impensabile fino ad allora. Il suo metodo si diffuse rapidamente su scala mondiale e sarà successivamente applicato anche allo studio del colon.

Nel 1928 ideò una nuova metodica per l'ingrandimento diretto dell'immagine radiografica, anch'essa finalizzata ad implementare il dettaglio anatomico per migliorare lo studio della struttura ossea e del disegno polmonare, denominata microradiografia.





Il 26 Febbraio 1930 Vallebona presentò al Congresso Sanitario degli Ospedali Civili di Genova la sua invenzione più importante, esponendo una relazione dal titolo: "Una modalità di tecnica per la dissociazione radiografica delle ombre applicata allo studio del cranio".

Tale lavoro fu riproposto il 20-22 Maggio al IX Congresso Nazionale di Radiologia di Torino, durante il quale il Prof. Aristide Busi (co-fondatore della SIRM con Vittorio Maragliano nonché professore ordinario di radiologia e preside della facoltà di medicina dell'università di Roma) conferì al metodo proposto da Vallebona la sintetica ed efficacissima denominazione di "stratigrafia".

All'epoca erano due le tecniche con le quali Vallebona realizzava la stratigrafia. In un caso, mantenendo immobile il paziente, imprimeva un movimento di rotazione al sistema tubo-lastra su di un fulcro, il cui prolungamento ideale coincideva con l'asse dello strato. Sfruttando principi di geometria proiettiva, con la pendolazione del tubo radiogeno, venivano eliminati tutti i piani al di sopra e al di sotto dello strato d'interesse. La seconda tecnica prevedeva invece che il paziente, spinto dalla mano del radiologo debitamente protetto dalle radiazioni, ruotasse intorno all'asse medesimo, mantenendo fissi il tubo radiogeno e la lastra. La stratigrafia aveva alla base complessi elementi di ottica geometrica che furono al tempo evidenziati da Stefano Bistolfi, stretto collaboratore di Vallebona. Entrambe le tecniche suddette consentivano di selezionare un vero e proprio strato sottile all'interno del distretto corporeo esplorato, in cui la sfumatura dei particolari era minima ed inferiore al limite di nitidezza pratica, eliminando la sovrapposizione delle strutture anatomiche circostanti.

L'introduzione della stratigrafia rivoluzionò la radiologia e la medicina in generale. Per la prima volta, si potevano visualizzare con precisione gli organi interni, come il polmone e il cuore, senza la necessità di interventi invasivi. La stratigrafia permise una diagnosi precoce e più accurata di numerose malattie (tubercolosi, tumori e cardiopatie), migliorando sensibilmente la prognosi e le possibilità di cura dei pazienti.

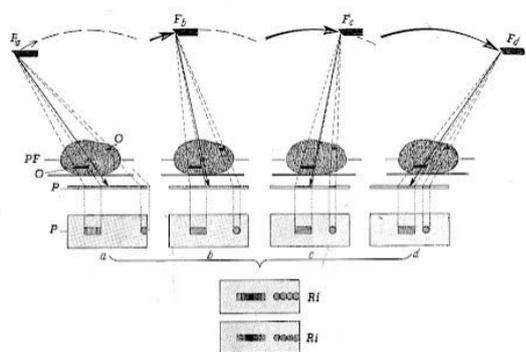
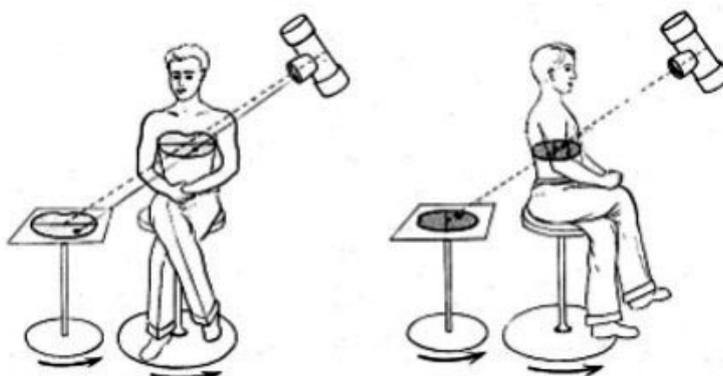


Fig. 92. - Principio della stratigrafia. I due punti dell'oggetto (O) al di fuori del piano passante per il fulcro (PF), durante il movimento progressivo (di senso opposto) della macchia focale (F a-d) e della pellicola, si proiettano ogni volta su un punto diverso della pellicola (a, b, c, d). Le due immagini in basso mostrano schematicamente il risultato (R1) di questo « spostamento ».



Il lavoro di Vallebona ottenne un rapido riconoscimento nazionale ed internazionale. Nel 1934 vinse il premio Bressa dell'Accademia Medica di Genova e nel 1937 il Premio Internazionale St. Vincent per le Scienze Mediche, assegnatogli dall'Accademia di Medicina di Torino. Successivamente fu insignito della Medaglia del Centro Antoine Béclère nel 1965 e della Roentgen-Plakette, assegnata nel 1970 dalla città natale di W.C. Roentgen, Remscheid-Lennep, in occasione del 75° anniversario della scoperta dei raggi X. Numerose facoltà di medicina italiane proposero Vallebona per l'assegnazione del Premio Nobel per la Fisiologia o la Medicina. La stratigrafia fu rapidamente adottata in tutto il mondo e contribuì a consolidare il ruolo di Vallebona come uno dei più importanti radiologi del suo tempo.

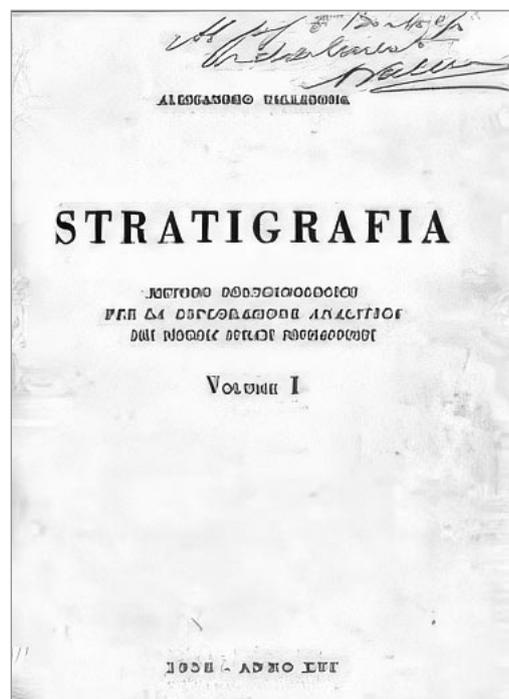
La nascita della stratigrafia ad opera di Vallebona fu seguita dopo pochissimi anni dalla pubblicazione di altre tecniche simili da parte di autori olandesi (Ziedses des Plantes, 1931; Bartelink, 1932) e tedeschi (Grossman e Chaoul, 1934), tutte fondate su tipi diversi di movimento dei tre elementi in gioco: tubo, paziente, lastra.

Vallebona continuò a perfezionare ed implementare la tecnica stratigrafica fino a giungere nel 1947 alla realizzazione di una nuova metodica: la "radiostratigrafia assiale con radiazioni perpendicolari all'asse", meglio nota come "stratigrafia assiale trasversa" (SAT), che ebbe una straordinaria applicazione nella radiologia polmonare, soprattutto per lo studio della TBC. Vallebona risolse il problema dello studio del corpo umano nella terza dimensione dello spazio e la nuova anatomia secondo piani trasversali rappresentò da quegli anni in poi un grande impegno culturale per i radiologi, che si stavano inconsapevolmente preparando ad affrontare le due rivoluzionarie metodiche diagnostiche sviluppate negli anni '70 da Hounsfield (Tomografia Assiale Computerizzata) e da Lauterbur e Mansfield (Tomografia a Risonanza Magnetica).

Oltre alla stratigrafia, Vallebona si dedicò ad altri campi della radiologia, sviluppando nuove tecniche per la diagnosi e il trattamento di diverse patologie. Tra i suoi vari contributi ricordiamo soprattutto l'utilizzo del radio per la cura dei tumori e il fondamentale apporto allo sviluppo della diagnostica per immagini del tubo digerente, della radiologia pediatrica e dentale. Fu inoltre uno dei pionieri del tele-consulto: in data 17 maggio 1963, per la prima volta nella storia della radiologia, quattro radiologi lontani centinaia di chilometri l'uno dall'altro furono collegati direttamente dalle reti televisive per esaminare congiuntamente e in tempo reale alcuni esami radiologici effettuati a Norimberga e a Parigi. Essi erano i Professori A. Vallebona (Genova), M.E. Chérigé (Parigi), A. Jacob (Norimberga) e S. Masy (Bruxelles).

Oggi la paternità delle prime tecniche rivolte alla terza dimensione in radiologia è universalmente riconosciuta ad Alessandro Vallebona. La sua scoperta della stratigrafia ha però subito un cambio di denominazione quando nel 1962 fu deciso che il termine tomografia fosse il più adatto a descrivere tutti i tipi di tecniche stratigrafiche. Di fronte a tale decisione Vallebona rispose: «Non nascondo il mio rincrescimento a sacrificare il nome di stratigrafia per due ragioni: 1) perché stratigrafia è la denominazione risultata e riconosciuta più esatta e precisa, 2) perché essa è stata proposta da un nostro grande Maestro. Aristide Busi» (A. Vallebona, Lettera al direttore, in *Radiologia medica*, XLVIII (1962), 9, p. 926).

Alessandro Vallebona è stato Professore Ordinario di Radiologia Medica presso l'Università di Genova dal 1950 al 1969, fu un visionario della radiologia e un inventore geniale. La sua scoperta della stratigrafia ha avuto un impatto rivoluzionario sulla diagnostica medica, migliorando la cura di innumerevoli pazienti in tutto il mondo. La sua dedizione alla ricerca e il suo impegno hanno contribuito a fare della radiologia una disciplina fondamentale per la medicina moderna. ■





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 fondazione@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.