

Nicoletta Gandolfo, Presidente del Comitato Scientifico

C'è nell'aria qualcosa di nuovo



Dopo 26 anni torna a Genova il 48° congresso della Società Italiana di Radiologia Medica ed Interventistica al Padiglione Blu della Fiera del Mare su una superficie complessiva di ventimila metri quadrati, sviluppata su tre piani: due completamente modulabili sia ad uso espositivo che didattico ed uno intermedio dotato di sale attrezzate già esistenti. L'intero piano terreno è riservato alla realizzazione della mostra tecnica-espositiva, che vede la partecipazione di 75 Aziende di settore e 6 case editrici scientifiche con realizzazione di stands espositivi, simposi e workshops svolti al di fuori dal percorso E.C.M.,

a dimostrare la continua evoluzione delle tecnologie e dei materiali utilizzabili nell'attività clinica radiologica, diagnostica ed interventistica. Sono inoltre presenti: l'area di accreditamento per la registrazione dei partecipanti, il centro slides, l'ufficio stampa, i laboratori BLS, i punti ristoro e l'Auditorium riservato a Corsi Monotematici e agli appuntamenti istituzionali societari. Il piano intermedio (ammezzato) e il primo piano sono totalmente destinati all'attività didattica con una capacità totale delle aule congressuali di 3080 posti, sostanzialmente sovrapponibile al precedente Congresso SIRM di Napoli del 2016. Il tema conduttore del Convegno è "La Radiologia: tra innovazione tecnologica ed evidenza clinica...un mare di opportunità" all'insegna della promozione dello sviluppo, della ricerca, dell'applicazione clinica dell'innovazione tecnologica; un "mare di opportunità" oggi disponibili per il Radiologo Clinico, che, se conosciute ed utilizzate in maniera appropriata e razionale, possono rendere sostenibile il sistema. Grandissima attenzione è stata rivolta dal Comitato Scientifico ai giovani Radiologi, che rappresentano la continuità ed il futuro della nostra Società, privilegiando nella scelta dei Relatori, "nuovi volti della radiologia" proposti dalle singole Università o Sezioni di Studio.

> Segue a pag. 2

Roberto Grassi, Presidente incoming

Come il SSN può risparmiare miliardi di euro. Il medico "impaziente": dalla semeiotica medica alla semeiotica radiologica



Nei secoli scorsi, i medici, dedicavano molto tempo al colloquio con il paziente ed alla raccolta dell'anamnesi. La "visita dal medico" seguiva un rituale specifico, quasi carismatico. Tutto si basava sull'esperienza personale del singolo professionista e, non disponendo di mezzi diagnostici e cure efficaci, egli usava tutti e cinque i sensi per rac-

cogliere informazioni. Molta attenzione veniva posta alla ricerca della progressione temporale dei sintomi e della malattia, per poter giungere ad una diagnosi più accurata ed ad una prognosi attendibile.

La rivoluzione scientifica della medicina del III millennio, grazie anche alle scoperte delle basi genetiche di molte malattie, hanno fornito ai medici potenti strumenti diagnostici e sofisticate terapie che ci ha condotto a quella che oggi usiamo definire medicina di "precisione" o "personalizzata". È così emersa una nuova dimensione temporale del rapporto di cura: il medico è divenuto impaziente, riduce al minimo indispensabile il confronto con il malato, sembra essere più superficiale nel condurre l'esame fisico e basa la sua diagnosi principalmente sui dati di laboratorio e su indagini strumentali.

> Segue a pag. 2

Il ruolo degli Ordini e della Società Scientifica nel Sistema Sanitario

A cura di Filippo Mangiapane

Numerosi Presidenti di Ordine e La SIRM si confrontano su un tema di stringente attualità. La questione medica ha una sua espressione specifica, peculiare ed emblematica nella configurazione della attività specialistica dei medici di Area Radiologica per il confluire di più fattori negli ultimi venti anni. Non per caso a Palermo nell'aprile 2012 gli Stati Generali della Radiologia posero il tema di un modo nuovo e diverso di intendere la professione per il medico specialista dell'Area Radiologica. Lo sviluppo tecnologico, il cambiamento socio economico, l'automazione professionale hanno creato nuovi modi, non sempre corretti,

di intendere la medicina ed in particolare la radiologia. Appare necessario fare giustizia di questi atteggiamenti riportando alla moderna visione clinica il ruolo del medico specialista di Area Radiologica: non può essere sostituita l'alleanza terapeutica fondante e caratterizzante la professione medica da un ruolo meramente interpretativo di immagini computerizzate. I tentativi continuamente perpetrati e peraltro respinti in Italia e presso la Commissione europea di forzare, fuorviare o mistificare norme chiarissime appaiono non condivisibili.

> Segue a pag. 3



Rossana Ugenti



Roberta Chersevani



Maria Maddalena Giobbe

Lettura Oliva - I giovani Radiologi e l'Europa

A cura di Lorenzo Derchi

Parlare del rapporto tra i giovani radiologi e l'Europa vuol dire affrontare un tema vasto e con molte possibili sfaccettature. Credo si possa, comunque, cercare di raggruppare i principali punti dell'argomento sotto due punti di vista: cosa fa l'Europa (e la Società Europea di Radiologia - ESR) per i giovani radiologi, e cosa fanno gli stessi verso e per l'Europa (e la ESR). La ESR ha numerose iniziative specifiche per i giovani radiologi, mirate soprattutto a sviluppare armonizzazione tra tutti i diversi stati del processo formativo dello specializzando. In primo luogo l'European Training Curriculum. È il documento che raggruppa gli obiettivi formativi a cui deve mirare lo specializzando per una formazione completa; suggerisce un periodo formativo di 5 anni organizzato su due livelli: di base (anni 1 - 3) e avanzato (anni 4 e 5). È un documento "vivo", in aggiornamento continuo (ha già avuto tre edizioni), organizzato secondo il modello: conoscenza, capacità, competenze e attitudini. È stato preparato con il contributo delle varie Società Europee di Sottospecialità ed ha avuto l'approvazione della UEMS e delle Società Nazionali di



Lorenzo Derchi

Radiologia. Fornisce, in sintesi, la lista di "cosa" è necessario sapere per esercitare la professione di radiologo. Al curriculum per specializzandi si unisce anche un curriculum di livello superiore, con l'indicazione degli obiettivi da raggiungere per ottenere la "superspecializzazione" nelle varie sottospecialità della Radiologia.

> Segue a pag. 3



ASSEMBLEA GENERALE SIRM

Auditorium - 9 novembre ore 18.45

Conferimento medaglie d'oro del Congresso

TUTTI A BORDO!

pag. 6



> Segue dalla prima

C'è nell'aria qualcosa di nuovo

Per la prima volta sono stati appositamente realizzati 5 Corsi di Aggiornamento, due dei quali totalmente in lingua inglese poiché prevedono l'ospitalità di Relatori stranieri, totalmente ideati e organizzati da giovani radiologi under 35 anni, individuati per il loro impegno in ambito internazionale, a testimonianza di una disciplina (e di una Società) attenta al proprio patrimonio umano e intellettuale, ai rapporti con le altre Società nazionali ed internazionali, al mantenimento e accrescimento del proprio futuro, consapevole dei mutamenti e delle esigenze dell'epoca contemporanea.

Il programma scientifico prevede una offerta formativa vastissima, assolutamente in linea e talvolta anche lievemente superiore a quella dei precedenti Congressi Nazionali.

Sono infatti disponibili 2 Corsi Monotematici, 43 Tavole Rotonde, 45 Corsi di Aggiornamento, 50 Lezioni di Aggiornamento 14 incontri di Casistica Ragionata, 5 Corsi Pratici, 32 Laboratori, 5 Corsi di Aggiornamento interamente dedicati ai giovani, 4 Letture Magistrali, oltre 500 Comunicazioni Orali e Poster Scientifici in formato elettronico per un totale di oltre 300 ore di attività congressuale e formazione continua.

Due temi di grande interesse radiologico caratterizzeranno i Corsi Monotematici: da una parte il vasto e complesso capitolo della "gestione radiologica diagnostica e terapeutica delle urgenze" toraco-cardio-vascolari, addomino-pelviche e neuroradiologiche; dall'altra quello del "Dolore muscoloscheletrico: dalla diagnosi alla terapia".

Anche in questa edizione saranno disponibili i corsi ECM FAD, collegati ad ogni Corso Monotematico, che con un costo aggiuntivo daranno diritto ad ulteriori crediti ECM.



Nicoletta Gandolfo

Infatti l'iscrizione, immediatamente dopo il Congresso da parte del Socio, consentirà l'accesso al questionario di valutazione ECM sul sito SIRM e di ricevere la versione cartacea del corrispettivo Volume Monografico del Corso. I Corsi di Aggiornamento, la Tavole Rotonde e le Lezioni di Aggiornamento trattano sia temi di interesse clinico che tecnologico, ma anche problematiche attualmente emergenti di tipo gestionale-organizzativo, in risposta alle più recenti normative in merito alla radioprotezione, al rischio clinico, alle responsabilità professionali.

Durante il Congresso vi sono spazi formativi dedicati anche al confronto con altre Società Scientifiche: SIUMB, SIC, AIFM, FIDSMAR, in considerazione dei rapporti sempre di più stretta collaborazione interdisciplinare e delle nuove prospettive dell'imaging integrato nei percorsi di diagnosi e assistenziali. Corsi di Aggiornamento e Tavole Rotonde

ospitano la partecipazione anche di 82 Medici di altre discipline e 12 Medici Radiologi stranieri, provenienti da Francia, Spagna, Brasile, Argentina, Colombia, Cina, Giappone Corea, in rappresentanza delle rispettive società scientifiche con le quali la SIRM in questi anni ha sviluppato progetti di collaborazione scientifica nell'ambito della formazione e ricerca, affronteranno insieme ai Radiologi italiani numerosi argomenti proposti dalle sezioni di studio nei più svariati ambiti di interesse.

La Casistica Ragionata si svolge nell'Aula Interattiva dedicata dove vengono discussi casi clinici strettamente interconnessi a formare un preciso percorso didattico. I casi sono presentati, con il coinvolgimento delle scuole di Specialità delle sedi universitarie nazionali, in modo interattivo, attraverso domande a scelta multipla ed i partecipanti possono votare attraverso l'App della SIRM.

I Corsi Pratici si svolgono invece nell'Aula Multimediale, appositamente realizzata, finalizzata alla conoscenza ed utilizzo dei diversi software disponibili oggi sulle consolle delle apparecchiature principalmente utilizzate nelle diagnostiche TC ed RM ed MX con tomosintesi.

Sono disponibili 67 workstation, sulle quali, attraverso l'utilizzo di casi selezionati, è possibile l'elaborazione delle immagini ottenute e l'effettuazione di tutta l'attività di post-processing comunemente utilizzata a completamento del referto e delle informazioni diagnostiche necessarie ad una corretta risposta al quesito clinico nelle più svariate patologie. Per ogni Workstation sono inoltre presenti 3 tutor in modo tale da consentire una partecipazione attiva all'analisi, refertazione e post-processing degli esami clinici esaminati. Non mancano, in ultimo, sia i Laboratori tradizionali (in totale 32 SIRM-LAB della durata di 90 minuti ciascuno per 2 edizioni), per un totale di 96 ore su numerosi argomenti proposti dalle sezioni di studio e comitato scientifico, sia i Laboratori BLS, dedicati all'emergenza in radiologia per reazioni avverse, nell'ottica di fornire al Medico Radiologo conoscenze elementari di primo soccorso ed una corretta gestione del paziente, in collaborazione con Medici Anestesisti appositamente invitati a partecipare (per questi ultimi verranno proposte 10 edizioni da 90 minuti nell'arco di tutto il Convegno).

Grande spazio didattico è stato riservato in questo Congresso alla Radiologia Interventistica, intesa nella sua globalità, sia come possibilità di trattamento terapeutico, sia come possibilità di conclusione di un processo diagnostico; infatti oltre alle numerosissime lezioni frontali trattate nelle diverse tipologie di corsi e offerte formative, spaziando a 360° su tutti i distretti di interesse, è comunque anche allestito nell'area espositiva un Learning Center dedicato alla Radiologia Interventistica ove è possibile approfondire la conoscenza di svariate procedure terapeutiche guidate dall'imaging e dei materiali utilizzati, anche al di fuori del percorso ECM.

Sperando di rendere ancora una volta il Congresso Nazionale, che rappresenta la massima espressione di formazione e aggiornamento della Società Italiana di Radiologia Medica ed Interventistica, un vero momento d'informazione, condivisione e interattività per tutti i Soci...auguro a tutti un buon lavoro e un piacevole soggiorno.

Ben arrivati a Genova!

Come il SSN può risparmiare miliardi di euro. Il medico "impaziente": dalla semeiotica medica alla semeiotica radiologica



Roberto Grassi

Non vi è però dubbio che i medici oggi siano più efficienti nel trattare le malattie. Questa nuova modalità di rapportarsi al paziente è frutto di consistenti ricerche sperimentali, trials clinici ed un ventaglio formidabile di farmaci e tecnologie di intervento. Ma più queste avanzano e più il medico tende a prendere le distanze dal malato paziente che ha di fronte, dedicandogli sempre meno tempo. Risparmiare tempo su un singolo paziente consente di approcciarne un numero maggiore. Ma, parallelamente, il medico diviene meno capace di "trattare" coloro, che chiedono comunque di qualcuno che si prenda attenzione e cura della loro condizione. Questo rende insoddisfatte un gran numero di persone, anche non malate, ma che di fronte ad una medicina frettolosa, tecnologica e spesso difensiva, non trovano risposte ai loro bisogni, espressi e non. Anche i medici radiologi stanno vivendo questa identica evoluzione. Alcuni di essi, gradualmente, si sono allontanati dal paziente, chi per ottimizzare il proprio tempo ed ottenere maggiori soddisfazioni economiche, chi perché costretto dal proprio direttore generale a massimizzare l'attività della propria struttura. Radiologi che, comprimendo la loro attività alla sola refertazione delle immagini, assimilano di fatto il "referto", atto che ha implicitamente in sé la responsabilità professionale, ad un "risultato", atto che non ha nessuna valenza clinica medica, e la cui firma, anche di professionalità non mediche, alla base del documento, attesta solo la regolarità della procedura e dei controlli di qualità, come nelle risposte di un laboratorio di analisi. Certamente il tempo che il medico radiologo decide di dedicare al proprio paziente resta una scelta personale ed insindacabile: non è immaginabile pensare di quantificare un minimo od un massimo di tempo per una visita. Oggi tuttavia si impone la necessità di riconsiderare e recuperare il rapporto con il malato. La sola interpretazione dei dati di laboratorio e strumentali certamente può consentire di giungere ad una diagnosi della malattia ma non ad una "cura" del paziente. I medici radiologi devono porre maggiore attenzione alla "proposta" di indagini di diagnostica per immagini suggerita dal medico di famiglia o dallo specialista, il cosiddetto in termini anglosassoni "referrer". I medici radiologi, i "practitioner", devono tornare a dedicare maggior parte del loro tempo, specie per le indagini di grandi apparecchiature, come TC ed RM, a raccogliere l'anamnesi, per intendere pienamente il motivo per cui il paziente si sottopone all'inda-

gine e per giustificarla correttamente.

Proprio per la mancata attenzione alle reali esigenze del paziente vengono condotti inappropriatamente un gran numero di esami strumentali. Da un censimento condotto dalla SIRM il numero totale di indagini di diagnostica per immagini condotte in Italia risulta essere superiore a 100 milioni di esami/anno. È certamente un numero eccessivo, che può essere ricondotto a molto meno. Un esame TC di fine secolo scorso durava, tempo macchina, circa 30 minuti ed era composto di 50-100 immagini da interpretare: oggi lo stesso esame dura, tempo macchina, una manciata di secondi ed è composto di diverse migliaia di immagini. Ma viene approcciato con gli stessi presupposti di trent'anni fa con una richiesta in perenne incremento. È certamente più semplice condurre un esame qualunque sia la sua appropriatezza, piuttosto che spiegare (giustificare) al paziente ed al suo prescrivente ("referrer") la sua non esecuzione o convertirlo in un esame meno complesso. È proprio la mancanza di tempo, dovuta al maggior carico per interpretare esami inappropriati, che può indurre molti radiologi al lasciar eseguire indagini senza una corretta indicazione. Ma una maggiore attenzione alla anamnesi ed alla giustificazione conduce a tre risultati virtuosi:

- il primo, si risparmierebbero oltre 1-2 miliardi di euro ogni anno
 - il secondo, i medici radiologi avrebbero più tempo, per colloquiare con il malato
 - il terzo, si ridurrebbe la dose di radiazioni, ionizzanti e non, somministrate alla popolazione
- Per conseguire questi risultati è necessario far intendere ai medici radiologi ed ai direttori generali che condurre un maggior numero di esami gratuiti a carico del SSN porta solo ad uno sperpero del denaro pubblico senza un positivo "outcome" dei pazienti. Ma soprattutto i pazienti percepirebbero di aver finalmente ritrovato un medico che, integrato il vecchio stetoscopio con l'imaging, si prenda cura dei loro bisogni, così come in passato.

SIRMOGGI

SIRMOGGI
Foglio d'informazione interna
del 48° Congresso Nazionale SIRM

PRESIDENTE
Professor Giacomo Garlaschi

GRUPPO DI COMPILAZIONE
Daniela Berritto
Carlo Liguori
Andrea Magistrelli

Coordinati da
Corrado Bibbolino
Palmino Sacco

SEGRETERIA
Antonella Bellacqua

IMPAGINAZIONE
Sabrina Controne
Lavinia Romagnoli

STAMPA
Erredi Grafiche Editoriali
Via Trensasco, 11 - 16138
Genova

FOTOGRAFIA
Pippo ByCapri

*Bollettino d'informazione interna ad uso
del 48° Congresso Nazionale SIRM*

> Segue dalla prima

Lettura dedicata al Prof. Luigi Oliva - I giovani Radiologi e l'Europa

A cura di Lorenzo Derchi

In secondo luogo, sono da segnalare le attività della Scuola Europea di Radiologia (ESOR).

Questa mira a fornire conoscenze su “come” prepararsi, ed ha per scopi di supportare l'implementazione del curriculum, di stimolare interesse per una superspecializzazione e di coordinare le attività didattiche della Società. Ha corsi mirati a specializzandi, di primo e di secondo livello, e corsi su argomenti specifici dedicati a giovani già specialisti. Ha inoltre programmi di scholarship (tre mesi) e di fellowship (12 mesi), con frequenza presso centri di eccellenza, per stimolare (i primi) e sviluppare compiutamente (i secondi) competenze superspecialistiche. Terzo punto è il Diploma Europeo di Radiologia (EDiR). Il suo scopo è “standardizzare il risultato” dei programmi di insegnamento certificando un livello di conoscenze ritenuto adeguato dalla Società per esercitare la radiologia. È dedicato a neospecialisti, non sostituisce i diplomi nazionali e non ha, nella maggior parte dei paesi europei, valore legale. È peraltro un'ottima aggiunta al Curriculum Vitae di ciascun giovane radiologo: i tuoi pari (radiologi) riconoscono che le tue capacità sono nello standard di tutti gli altri radiologi europei. Il Diploma è gestito dall'European Board of Radiology (EBR). Oltre 2000 candidati si sono presentati all'EDiR dal 2011, anno d'inizio. L'esame si basa su quesiti a risposte multiple, analisi di casi

brevi e valutazione di una serie di casi complessi di cui è necessario stendere referto e indicare l'iter diagnostico/terapeutico. Non è un esame semplice: il pass rate è del 70%. Il quarto punto si riferisce a “come continuare” a studiare. A questo proposito la ESR ha una piattaforma di e.learning al cui interno sono contenute le registrazioni delle sessioni di aggiornamento delle varie edizioni del Congresso Europeo di Radiologia (ECR), moduli specificatamente prodotti in collaborazione con le Società Europee di sottospecialità, lezioni registrate dei corsi ESOR, i poster presentati negli anni ad ECR, e EURORAD, il database di case report didattici della Società. Sono anche presenti test di autovalutazione. Il sistema viene aggiornato continuamente. Goal finale è sviluppare test di autovalutazione su tutti gli argomenti del Training Curriculum, dai livelli iniziali alle competenze superspecialistiche. I giovani radiologi hanno anche sessioni dedicate al congresso ECR, e possono usufruire di supporto all'iscrizione (e al soggiorno a Vienna) mediante il programma Invest in the Youth. Quest'ultimo, specificatamente, è dedicato a iscritti delle scuole di specialità e a giovani con meno di 35 anni che abbiano inviato un abstract al Congresso e siano soci ESR. Negli ultimi 16 anni, ben 8000 giovani radiologi hanno partecipato all'iniziativa. Cosa fanno i giovani radiologi in Europa? La prima risposta è che “si muovono” (o per lo meno hanno cominciato a



Luigi Oliva

farlo). Un survey di 26 scuole di Specializzazione in Italia mostra che 21 di esse hanno programmi di scambio per mandare specializzandi per un periodo di tempo in strutture europee. Questo è facilitato dalla normativa delle Scuole di Specializzazione Italiane che garantiscono la possibilità di frequenza per 18 mesi in strutture di eccellenza al di fuori della rete formativa. Inoltre, ci sono specializzandi provenienti da 18 diverse scuole sono andati a lavorare in Europa (per ragioni diverse, scientifiche, professionali, familiari). Esiste pertanto un orizzonte europeo, sia didattico che professionale, aperto davanti ai giovani

radiologi, e molti ne usufruiscono. Cosa devono fare i giovani radiologi italiani in e per l'Europa? Credo che si debbano soprattutto preparare a sostituire coloro attualmente impegnati nella ESR e nelle Società Europee di Sottospecialità. Non esistono “ricette facili”, ma se analizziamo la storia di ciascun vediamo che tutti, o la gran parte, hanno iniziato la “carriera” nelle Società Europee di Sottospecialità. Ci sono ben 15 Società europee che coprono tutti i possibili interessi professionali di un giovane radiologo. Ma è necessario “investire” lavoro, studio, tempo, denaro in aggiornamento professionale. È necessario essere presenti ai congressi, inviare e presentare comunicazioni, partecipare alle attività collaterali, socializzare, socializzare, socializzare. Fare conoscenze, all'inizio, e amicizie, in seguito; condividere esperienze, all'inizio, e collaborare in ricerche e lavori scientifici partendo proprio da questa condivisione. Come detto in precedenza, è un investimento come quello fatto all'inizio degli studi di Medicina e al momento della scelta della Specialità. È fatica e impegno, ricompensati però dalla soddisfazione di veder riconosciute le proprie capacità e dall'imparare sempre più a fare un buon lavoro per i nostri pazienti.

■ LM • 9 NOVEMBRE • AUDITORIUM • ORE 18.45

“LETTURA DEDICATA AL PROF. LUIGI OLIVA
I GIOVANI RADIOLOGI E L'EUROPA”

Il ruolo degli Ordini e della Società Scientifica nel Sistema Sanitario

A cura di Filippo Mangiapane

Il nuovo ruolo di sussidiarietà assegnato agli Ordini professionali impone che vengano promosse le interazioni e controllate le spinte corporative sviluppando una relazione istituzionale forte di FNOMCeO con legislatori e soggetti interessati, al fine di difendere la sicurezza e la qualità delle cure.

Tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche dell'Area Radiologica devono essere condotte solo in presenza del medico specialista e sotto la sua diretta responsabilità. La sua assenza ne pregiudica l'accuratezza, la qualità e il controllo della giustificazione. La teleradiologia che priva

il paziente del contatto diretto con il suo medico specialista è limitata alle sole prestazioni eseguite in regime d'urgenza e secondo i protocolli aziendali.

Questi alcuni passaggi del documento “Il nuovo Medico Radiologo” approvato dal Comitato Centrale della FNOMCEO il 19/10/2018. Ai Medici Radiologi tutti prenderne coscienza improntando ad esso il proprio lavoro.



Eugenio Corcioni



Filippo Mangiapane



Raimondo Ibba



Guido Regis

Ai Medici Radiologi impegnati negli Ordini Provinciali, alla SIRM, al SNR il compito di sorvegliare e difendere attraverso l'attuazione i cittadini ed in particolare i malati.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA Q • ORE 16.30 “

IL RUOLO DEGLI ORDINI E DELLA
SOCIETÀ SCIENTIFICA NEL SISTEMA
SANITARIO”

Il cancro dell'ovaio: un nuovo punto di vista

A cura di Luca Volterrani



Luca Volterrani

Il cancro dell'ovaio è una patologia con un'incidenza, in Italia, di circa 17/100000 per anno, in crescita progressiva; nonostante le terapie non si è avuto, fino al primo decennio del secolo, un significativo miglioramento della sopravvivenza. Negli ultimi anni si sono definiti profili molecolari che hanno consentito di dividere i carcinomi sierosi dell'ovaio in basso e alto

grado ed è stata anche definita l'origine che, in molti casi, sembra essere la tuba con successivo impianto nell'ovaio; inoltre molti sforzi sono stati orientati alla valutazione di schemi terapeutici che potessero migliorare la sopravvivenza, sia in termini di approccio chirurgico sia chemioterapico sia immunoterapico. All'inizio del 2018 è stato pubblicato lo studio randomizzato olandese che ha confrontato chirurgia vs chirurgia con chemioipertermia (HIPEC) che ha dimostrato un miglioramento della sopravvivenza nel braccio trattato con HIPEC senza un incremento delle complicanze; inoltre sono sempre più numerosi gli studi che affermano una superiorità della terapia neoadiuvante, rispetto alla chirurgia di prima istanza, con miglioramento della overall survival associata anche ad una riduzione delle complicanze post-operatorie.

Anche nella ripresa di malattia, molto frequente nel cancro dell'ovaio, sembra che un atteggiamento aggressivo, soprattutto chirurgico, possa consentire un netto miglioramento della sopravvivenza; alcuni studi affermano la possibilità di

una sopravvivenza a 5 anni in oltre il 50 % dei casi trattati con debulking e HIPEC; inoltre si stanno sperimentando immunoterapie, ad esempio i PARP inibitori, che sembrerebbero consentire un miglioramento della sopravvivenza nella ripresa di malattia nei casi platino resistenti. Nel complesso si sta osservando un netto incremento della ricerca nel cancro dell'ovaio con risultati promettenti in molti casi ma... alla base di tutto sta il miglioramento della diagnostica per immagini che DEVE restare al passo coi tempi e affinare sempre di più i suoi risultati per dare le risposte che sono assolutamente necessarie ai fini di un corretto inquadramento, di una valutazione del burden neoplastico per decidere il trattamento più idoneo nel singolo caso, del follow up e della ripresa di malattia, oltre che nel controllo delle terapie. Il compito del Radiologo diventa sempre più arduo, sia per l'acquisizione ed il mantenimento nel tempo delle necessarie conoscenze, sia per il corretto uso, soprattutto dal punto di vista metodologico, delle numerose tecniche d'indagine che possono essere utilizza-

te nella patologia ovarica. La Tavola Rotonda si propone lo scopo di una puntualizzazione delle conoscenze attuali e di proporre una via da seguire di fonte al cancro dell'ovaio; l'ampiezza temporale della TR è giustificata dalla necessità dell'integrazione dei vari specialisti, Patologo, Radiologo, Chirurgo oncologo, Oncologo, che devono lavorare in team e parlarsi per risolvere, in consenso, i problemi che di volta in volta vengono alla luce, al fine di migliorare, sempre di più, la terapia di una patologia complessa come il cancro dell'ovaio.

Non dimentichiamo che il ruolo del Radiologo è centrale in tutte le fasi del percorso del cancro ovarico, dalla diagnosi iniziale alla ripresa di malattia ma che per svolgere correttamente questo ruolo e per non essere “invisibile” è necessario che affini le conoscenze globali sulla patologia, che vanno dalla patogenesi, alla anatomia patologica, alle tecniche chirurgiche ed alla terapia medica; solo in questo caso il Radiologo potrà diventare la conditio sine qua non per qualunque scelta terapeutica nel cancro dell'ovaio.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA L • ORE 10.15

“IL CANCRO DELL'OVAIO: UN NUOVO PUNTO DI
VISTA”

La comunicazione del referto al paziente oncologico. Comunicare in senologia

A cura di Chiara Zuiani

L'evoluzione della moderna medicina in cui il Paziente/Utente è sempre più attivo, consapevole e "al centro del sistema" ha diverse ricadute anche nell'ambito della nostra disciplina.

Una tra tutte sicuramente quella che il Paziente/Utente dev'essere informato della diagnosi, in particolare quando si tratti di patologie importanti quali quelle oncologiche, e non solo dal referto scritto ma anche, eventualmente, da parte del Medico che ha effettuato la diagnosi.

Nell'ambito senologico, in particolare con la diffusione della mammografia come diagnosi precoce della patologia neoplastica della mammella,

la necessità di comunicare direttamente la diagnosi (o la necessità di ulteriori approfondimenti per un sospetto diagnostico) è codificata da tempo. Tale attività di comunicazione richiede sicuramente innanzitutto delle competenze che per un Medico Radiologo possono non essere scontate, in particolare nel passato non sicuramente abitualmente praticate, ma anche la disponibilità di spazi temporali e fisici. Da un lato un tempo, anche se contenuto, da poter "dedicare" al Paziente e dall'altro degli spazi che garantiscano la necessaria riservatezza, cose non sempre scontate e che il Medico Radiologo che fa questa attività deve ottenere. Per quanto riguarda l'a-

spetto delle competenze è certo che la capacità di comunicare (in particolare notizie non buone) si avvale di attitudini personali ma anche si impara ed in particolare dev'essere insegnata. Infatti nei recenti ordinamenti delle Scuole di Specializzazione è previsto esplicitamente questo aspetto. La comunicazione con il Paziente rappresenta sicuramente un compito "in più" per il Medico Radiologo, a volte gravoso, ma è anche un'opportunità. Innanzitutto per la costruzione di un autentico rapporto Medico/Paziente, con ricadute positive sulle motivazioni professionali e anche sulla eventualità di contenziosi medico legali che, è dimostrato, è inversamente proporzionale



Chiara Zuiani

al rapporto ed al grado di fiducia che il Paziente ha verso il Medico.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA D • ORE 16.30

"LA COMUNICAZIONE DEL REFERTO AL PAZIENTE ONCOLOGICO"

Allergia al mezzo di contrasto: il documento SIRM-SIAAIC

A cura di Laura Romanini

Recentemente la SIRM ha redatto un documento con la Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC) per definire i criteri per la gestione dei pazienti da sottoporre a esame con mezzo di contrasto (mdc) al fine di fornire uno strumento utile e pratico per fare fronte al problema annoso delle allergie.

Il documento, disponibile sul sito e inviato via mail personalmente ad ogni Socio, sulla base della Letteratura più recente e alla stregua delle Linee Guida Europee, fa definitivamente chiarezza sui fattori di rischio indicandone solo quattro: pregressa reazione allergica ad un MdC della medesima classe di quello da impiegare, asma bronchiale o orticaria non controllati dalla terapia, mastocitosi e pre-



Laura Romanini

gressa anafilassi idiopatica. È quindi chiaro, e più volte sottolineato, nonchè rivoluziona-

rio, il messaggio che allergie ad altre classi di farmaci (es. FANS o antibiotici) o ad alimenti, polveri o sostanze non sono fattori di rischio per reazione allergica al mezzo di contrasto. Il Documento consiglia il comportamento da tenere una volta identificati i pazienti a rischio sia per esami in elezione che in urgenza. Per ogni percorso è definito come ci si deve comportare, quando coinvolgere l'Allergologo, quando e se effettuare una premedicazione, normalmente non più consigliata e riservata solo in caso di pregressa reazione avversa grave a mdc non noto. Viene sottolineata l'importanza di segnalare sempre, come previsto dalla normativa vigente, la molecola di mdc utilizzata nei nostri esami e in caso di reazione avversa descriverla dettagliatamente inse-

rendo nel referto i sintomi, la terapia praticata, l'evoluzione dopo la terapia e consigliando una visita allergologica entro 6 mesi per poter caratterizzare correttamente l'evento (veramente allergico o non allergico) e, attraverso i test cutanei, riconoscere se possibile la molecola sicura per eventuali successivi esami. Ricordiamo che la reazione avversa non è prevedibile, che potrebbe essere potenzialmente fatale e dunque dobbiamo essere in grado di riconoscerla e gestirla nel modo corretto con i farmaci (antistaminici e Adrenalina) e le manovre (BLSD) adeguati per l'emergenza. Per questo anche quest'anno è stato organizzato un laboratorio sulla gestione dell'emergenza in radiologia in una formula nuova e molto interattiva attraverso l'utilizzo di un simulatore.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA D • ORE 10.30

"ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO: IL DOCUMENTO SIRM-SIAAIC"

Urgenze cardiovascolari nel Paziente Operato

A cura di Massimo Midiri

Il paziente operato è potenzialmente instabile e le complicanze post-operatorie possono modificare il normale decorso clinico.

La classificazione di Clavien-Dindo, universalmente accettata come scoring di gravità delle complicanze, differenzia tutte le complicanze in 4 gradi. I primi due gradi richiedono solo supporti terapeutici-farmacologici. Gli ultimi due prevedono procedure di radiologia o endoscopia interventistica o re-interventi chirurgici.

Tra le urgenze cardiovascolari che richiedono l'intervento del medico radiologo c'è l'emorragia post-operatoria. Da un punto di vista clinico la mancata ripresa di una pressione normale dopo un intervento chirurgico può evidenziare un

problema emorragico. In questi casi è fondamentale riconoscere precocemente la fonte del sanguinamento mediante un esame TC con mezzo di contrasto (mdc). La Trombosi Venosa Profonda (TVP) e l'embolia polmonare sono urgenze associate ad una mortalità molto elevata. L'esame ecodoppler degli arti inferiori è in genere in grado di evidenziare anche piccoli trombi a livello del cavo popliteo. L'embolia polmonare in questi casi è l'evento più drammatico. Una TC con mdc è in grado di confermare la presenza anche di piccoli emboli quali difetti di opacizzazione a carico delle diramazioni delle arterie polmonari. Altra temibile urgenza post-operatoria è lo Shock, condizione caratterizzata da un aumento



Massimo Midiri

della frequenza cardiaca, nel tentativo di aumentare la gittata. Si possono riconoscere quat-

tro tipologie di shock: ipovolemico (emorragia, sequestro in terzo spazio), shock distributivo (sepsi, anafilassi), shock cardiogeno (insufficienza cardiaca, infarto miocardio acuto, aritmie), shock ostruttivo (tamponamento cardiaco, pneumotorace iperteso).

Urgenze tipiche del paziente sottoposto a bypass aorto-coronarico sono l'occlusione, il malposizionamento, spasmo del graft, raccolte, infezioni, versamento pleurico e pericardico, stenosi ed occlusione ritardate, formazione di aneurismi e pseudoaneurismi.

Il radiologo svolge oggi un ruolo di primo piano nell'identificazione precoce delle urgenze cardiovascolari nel paziente operato.

■ CM • 9 NOVEMBRE • SALA B • ORE 11.30

"CARDIOVASCOLARI E TORACICHE - LE URGENZE NEL PAZIENTE OPERATO"

Ecografia in oftalmologia: l'occhio come non lo abbiamo mai visto

A cura di Daniela Berritto



Daniela Berritto

La tecnologia dei più recenti sistemi ecografici ha dato luce a trasduttori che sono arrivati a raggiungere frequenze fino a 70 MHz offrendo una risoluzione dell'ordine dei 30 micron. Con questi sistemi innovativi per la diagnostica per immagini si potrebbe aprire la strada a nuove possibilità mai viste prima: una risoluzione estremamente precisa che consentirebbe di analizzare anche la metà di un granello di sabbia. Tra i distretti che si possono prestare alle nuove frontiere diagnostiche degli ultrasuoni c'è quello del distretto oculare. In occasione del laboratorio dal titolo "L'ecografia in oftalmologia" coordinato dal Dott. Giovanni Se-

rafini e che si tiene il 9 ed il 10 Novembre presso l'Aula Lab 5, la Dottoressa Daniela Berritto illustrerà le immagini ottenute sull'occhio con sonde ecografiche a frequenza ultra alta. L'analisi comincia dalla più superficiale delle strutture: la palpebra. Quasi come in uno spaccato istologico, in soli 3 mm di spessore è possibile riconoscerne la fine impalcatura distinguendo la diversa ecogenicità di cute, strato sottocutaneo, strato muscolare, incluse le strutture ghiandolari, finanche i bulbi delle ciglia che sono delineabili con un dettaglio mai raggiunto. Nella camera anteriore la cornea appare costituita da diversi strati che riproducono le singole compo-

nenti. Il trabecolato sclero-corneale può essere distinto ed analizzato nel sospetto di patologia glaucomatosa. Lo spessore e la fine morfologia del corpo ciliare è perfettamente distinguibile in tutta la sua estensione e di conseguenza le eventuali patologie che lo coinvolgono. Si apre lo scenario di una nuova semeiotica ecografica, in gran parte ancora da esplorare, che può essere la base per nuovi mezzi diagnostici non invasivi di un distretto fino ad oggi esaminato da pochi esperti.

■ LAB • 9 NOVEMBRE • LAB 5 • ORE 10.35

"L'ECOGRAFIA IN OFTALMOLOGIA"

L'Ecografia polmonare: pro e contro

A cura di Stefania Ianniello

L'ecografia toracica rappresenta, nell'ambito delle metodiche utilizzate nell'attività della Diagnostica per Immagini in Emergenza-Urgenza, certamente la più recente applicazione; infatti negli ultimi 10 anni questa metodica è letteralmente "esplosa" trovando ampio spazio nelle diagnosi indispensabili in Sala Emergenza ed in Terapia Intensiva, in particolare quella di pneumotorace, nella diagnosi, caratterizzazione e quantificazione del versamento pleurico, nel riconoscimento delle sindromi interstizio-alveolari e nell'identificazione e nel follow-up dei consolidamenti polmonari. Il suo innegabile vantaggio consiste nella facilità di esecuzione "a letto" del paziente, e per questo è in grado di integrare con rapidità, versatilità, ripetibilità, la radiografia (che

presenta, nei pazienti obbligatoriamente supini, innegabili limiti di sensibilità riguardo soprattutto le diagnosi di pneumotorace-versamento) e di evitare gli eventi avversi spesso legati al trasporto in TC dei pazienti critici in ventilazione meccanica.

Nelle due Tavole Rotonde dedicate a questo argomento durante il Congresso Nazionale SIRM, i due referenti ed organizzatori, la Dott.ssa Stefania Ianniello ed il Dott. Luciano Cardinale affronteranno, con i Relatori (i maggiori esperti nazionali) gli argomenti di maggiore interesse, le indicazioni, i limiti della metodica; interessante il confronto di "visioni" diverse (quella radiologica e quella intensivista) con il Dott. Giovanni Volpicelli, Medico d'Urgenza dell'Az. Universitaria S. Luigi Gonzaga di Or-



Stefania Ianniello

bassano (TO), esperto di fama mondiale, primo nome delle Linee Guida internazionali.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA G • ORE 16.30

"L'ECOGRAFIA POLMONARE: PRO E CONTRO"

Imaging pancreatico

A cura di Mirko D'Onofrio

La diagnostica per immagini ha ruolo cardine nello studio della patologia pancreaticata. L'interesse nei confronti della patologia pancreaticata è alto ed in aumento nella comunità Radiologica anche a seguito delle conoscenze Cliniche e pratiche Chirurgiche. La patologia pancreaticata non è tuttavia così conosciuta come quella epatica. Le possibilità diagnostiche utilizzando le diverse metodiche di Imaging, e soprattutto l'integrazione delle stesse, sono in costante aumento, grazie agli avanzamenti tecnologici, ed essenziali per il corretto inquadramento, nella maniera più rapida ed accurata, della patologia pancreaticata. L'accuratezza dei risultati è strettamente legata alla capacità dell'Imaging specifico o dell'integrazione



Mirko D'Onofrio



Carmelo Messina

delle metodiche, come già detto, nella rappresentazione dei caratteristici aspetti della lesione in questione con diretta traduzione dell'aspetto anatomopatologico in imaging e derivante giustificazione degli aspetti semeiologici. Le problematiche cliniche aperte vanno dalla gestione degli incidentalomi pancreatici alla valutazione della risposta ai

trattamenti, dal problema dello studio dell'adenocarcinoma in downstaging al corretto follow-up delle lesioni cistiche del pancreas. Il Radiologo, e solo il Radiologo, ha le conoscenze tecnologiche e semeiologiche in uno a quelle cliniche per l'efficace utilizzo del "parco macchine completo" nello studio della patologia pancreaticata dalla diagnosi alla stadiazione. L'Ecografia anche con mezzo di contrasto, la Tomografia Computerizzata altamente accurata per la diagnosi e la stadiazione, la Risonanza Magnetica multiparametrica, eccellente per l'identificazione e la stadiazione epatica specie con sequenze DWI e tardive in fase di escrezione biliare utilizzando mdc epatospecifici, completa della valutazione non invasiva del sistema duttale resa dalle sequenze colangiowirsonografiche. Il Radiologo può e deve garantire la diagnosi precoce, giudicare la risposta terapeutica, guidare il follow-up.

■ SG • 9 NOVEMBRE • AUDITORIUM • ORE 16.30

"IMAGING PANCREATICO: MANUALE DI SOPRAVVIVENZA"

> Dematerializzazione del consenso informato

A cura di Francesca Coppola

La dematerializzazione è un processo che ha come obiettivo la creazione di un flusso di documenti digitali aventi pieno valore giuridico che sostituisca la documentazione cartacea presente negli archivi di qualunque attività pubblica o privata. In ambiente ospedaliero questa rivoluzione ha avuto inizio negli ultimi decenni del secolo scorso ed è già molto avanzata, restando attualmente escluso da questa trasformazione soltanto il consenso informato, documento che certifica che il paziente abbia ricevuto dal medico curante tutte le informazioni disponibili sulla propria salute e sulla propria malattia, avendo pertanto la possibilità di scegliere, in modo informato, se sottoporsi o meno ad una determinata terapia o indagine diagnostica.



Francesca Coppola

La Società Italiana di Radiologia Medica ha promosso lo delle linee guida per la dematerializzazione del consenso informato in diagnostica per immagini; la relazione in oggetto ha lo scopo di mostrare tutte le fasi che hanno portato al raggiungimento di questo obiettivo.

■ LA • 9 NOVEMBRE • SALA H • ORE 10.15

"DEMATERIALIZZAZIONE DEL CONSENSO INFORMATICO"

MOMENTI



CONGRESSUALI

Tutti a bordo!

A cura di *Palmino Sacco*

Non poteva esserci benvenuto migliore. La vista della Portaerei Cavour nel porto di Genova lascia senza parole. Ancora più elettrizzante l'ingresso nel grande hangar, accolti dalle quattrocento felpe blu dei giovani radiologi, dagli ufficiali e dai piloti della Marina Militare; e la visita dell'immenso ponte che ospita gli Harrier ad atterraggio verticale pronti al decollo. Dalle 19 l'hangar si anima ulteriormente, con l'arrivo di colleghi ed autorità, accolti dal saluto del Presidente SIRM e dell'Ammiraglio Marzano. Il Presidente SIRM, Carmelo Privitera, esprime gratitudine alla Marina Militare ed all'Ammiraglio Marzano, per la collaborazione e la disponibilità dimostrate, che hanno prodotto risultati concreti e proficui con la pubblicazione lo scorso anno



del Documento sulla Teleradiologia in Marina Militare e con la possibilità oggi di accedere alle strutture ed alle aule presenti a bordo per la formazione dei giovani radiologi. Nelle

parole del Presidente del Congresso, Giacomo Garlaschi, il sentito ringraziamento al direttivo SIRM per aver scelto Genova come sede del Congresso Nazionale, a distanza di 26 anni.

Nicoletta Gandolfo, Presidente del Comitato Scientifico, illustra le numerosissime attività formative allestite per i congressisti, per i giovani, per i colleghi medici della Marina Militare e per i medici di medicina generale. Il Sindaco Bucci affida agli organizzatori un commosso ringraziamento per aver riunito in un'unica serata tre degli affetti importanti della sua vita: la Marina, nella quale ha prestato servizio da giovane, la Diagnostica per Immagini che rappresenta oltre un trentennio di vita professionale e Genova, città natale. Il Presidente Toti esprime un sincero ringraziamento a due categorie professionali che garantiscono sicurezza e serenità alla popolazione, spesso in condizioni difficili e disagiate: medici e forze armate. La cerimonia si conclude con la consegna da parte del Presidente SIRM all'Ammiraglio Marzano del contratto della nuova TC offerta dalla Società Scientifica alla Nave Cavour.

Il Monitoraggio informatico della dose radiante

A cura di *Davide Caramella*

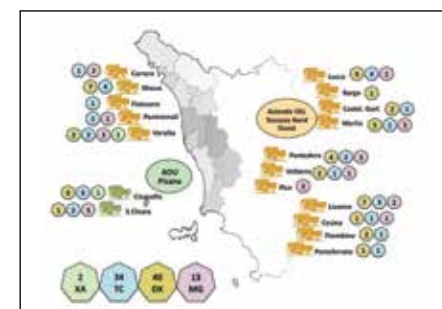
In considerazione del crescente interesse per la radioprotezione del Paziente e in vista del prossimo recepimento della Direttiva Basic Safety Standards, a partire dal 2014 la Radiologia Universitaria Pisana ha iniziato un'intensa attività di ricerca con l'obiettivo di valutare i requisiti essenziali dei programmi automatici di monitoraggio della dose radiante. In una fase iniziale abbiamo confrontato diversi software di monitoraggio della dose individuando una serie di criticità che ne ostacolavano la piena funzionalità; successivamente abbiamo stabilito una collaborazione con il nostro fornitore PACS (Fujifilm) dettando i requisiti secondo noi fondamentali per lo sviluppo un nuovo software in grado di aiutare le Radiologie a migliorare concretamente la qualità del proprio lavoro. Il software che è nato



da questa collaborazione ha la caratteristica di inviare al RIS (Ebit) il dato dosimetrico di

ogni esame diagnostico che impiega radiazioni ionizzanti: in tal modo viene fornito un sistematico feed-back agli operatori (Medico Radiologo e TSRM) che possono verificare in ambiente RIS di aver costantemente applicato una corretta performance dosimetrica.

L'altra caratteristica distintiva del software sviluppato a Pisa è quella di essere in grado di monitorare non soltanto i dati dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) ma anche i dati dosimetrici provenienti delle numerose apparecchiature diagnostiche distribuite sul territorio dell'Azienda Toscana Nord Ovest (ATNO). Con questo software è possibile eseguire il monitoraggio sistematico di tutte le apparecchiature radiologiche presenti in AOUP e ATNO, senza limitazioni di marca o modello, con accesso web-based dalla rete. Per garantire



il rispetto della privacy dei pazienti, l'accesso avviene solo attraverso la rete protetta da firewall ed è rigidamente controllato mediante profili individuali con privilegi differenziati in funzione delle diverse professioni. Ad oggi sono collegati 34 apparecchi TC, 13 mammografi e 40 sistemi radiografici digitali.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA H • ORE 8.30

“IL MONITORAGGIO INFORMATICO DELLA DOSE RADIANTE”

Gestione radiologica diagnostica e terapeutica delle urgenze addomino-pelviche

A cura di *Maurizio Ciarati*

La gestione dell'urgenza rappresenta oggi la maggior complessità organizzativa nelle strutture sanitarie: in tale contesto, la Radiologia svolge il ruolo più importante, sia diagnostico sia terapeutico con le tecniche di Interventistica Radiologica, spesso trattamento di prima istanza nelle emergenze traumatiche e non dell'addome.

L'evoluzione tecnologica, che è in continuo divenire, ha stravolto il ruolo del radiologo nell'emergenza, dove è richiesta alta competenza specifica e rapidità decisionale, per scegliere le tecniche d'indagine più idonee, al fine di ot-

timizzare i tempi e giungere alla diagnosi nel minor tempo possibile. Nelle emergenze addomino-pelviche, le procedure di Radiologia Interventistica sono fortemente condizionate dall'imaging diagnostico, che determina la strategia terapeutica, l'accesso più idoneo, nonché la scelta dei dispositivi e materiali necessari all'intervento. L'embolizzazione di un sanguinamento, qualsiasi sia la sede, viene oggi eseguita su target già ben definito; altresì il suc-



cesso di un'EVAR in emergenza per rottura di aneurisma aortico, è in gran parte condizionato dalla diagnostica MSCT: possiamo affermare che gran parte del risultato è definibile ancor prima che l'intervento abbia inizio. Opzioni terapeutiche endovascolari mutate da altri settori, come lo stroke ischemico, hanno

ridisegnato le strategie di trattamento nell'emergenza ischemica del circolo mesenterico: la tromboaspirazione, effettuata con le stesse

modalità del circolo cerebrale, è oggi il trattamento di prima istanza nelle ostruzioni acute dell'arteria mesenterica e delle sue diramazioni. L'obiettivo del Corso Monotematico “Gestione radiologica diagnostica e terapeutica delle urgenze addomino-pelviche” è dare i fondamenti delle competenze necessarie per gestire questo settore strategico della Radiologia.

■ CM • 9 NOVEMBRE • SALA B • ORE 15.15

“GESTIONE RADIOLOGICA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA DELLE URGENZE - ADDOMINO-PELVICHE”

Teleradiologia: guida all'uso. Teleradiologia e implicazioni sulla protezione dei dati sanitari

A cura di *Fabio Pinto*

In assenza di specifico riferimento legislativo, le linee guida contenute nel Decreto Istan 10/44 rappresentano il principale riferimento inerente la pratica della TeleRadiologia sul territorio nazionale. Infatti, come nella maggior parte dei paesi europei, anche da noi si tende a disciplinare l'impiego di questo tipo di tecnologia, anzitutto per non svilire l'atto medico radiologico che comprende un parte clinica di estrema e assoluta importanza al fine di garantire la qualità della prestazione resa dal Medico Radiologo. La Telegestione,



che rappresenta la principale applicazione della TeleRadiologia a fini clinico-diagnostici, comprende la gestione di esami diagnostici da parte del medico radiologo, distante dal luogo di esecuzione dell'esame, che si avvale della collaborazione del medico richiedente (rapporto formale tra due medici) e del TSRM, presenti sul luogo dell'esecuzione dell'esame con i quali comunica, in tempo reale, per via telefonica e/o telematica; essa si completa con la telediagnosi formalizzata dal referto con firma digitale validata del radiologo respon-

sabile della Telegestione. Secondo il Decreto Istan 10/44, i campi di applicazione sono i seguenti: a) intra-presidio ospedaliero; b) intra-aziendale; c) nei programmi di screening inter-aziendali relativamente all'attività di “primo lettore” e /o “secondo lettore” che prevedano una metodica di lettura a “doppio cieco” come nel caso dello screening; d) in ambiti di ricerca.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA H • ORE 11.30

“TELERADIOLOGIA: GUIDA ALL'USO”

Radioembolizzazione nei tumori primitivi e secondari del fegato: la terapia emergente

A cura di Rita Golfieri

Nel mondo oncologico attualmente la radiologia interventistica ha assunto un ruolo di primo piano e si pone come alternativa o come potenziamento della terapia farmacologica in numerose circostanze patologiche. La radioembolizzazione arteriosa (TARE) consiste nell'infusione intra-arteriosa di microsfer radioattive, caricate con il radioisotopo Itrio-90 (90Y). Le microsfer, iniettate per via arteriosa, vengono rilasciate in prossimità della lesione, ove emettono radiazioni beta a bassa penetranza e ad alta energia. La TARE oggi è utilizzata in 919 centri in oltre 40 paesi nel mondo, nella terapia dell'HCC, del colangiocarcinoma intraepatico e delle metastasi da tumore coloretale o da tumore neuroendocrino: in questi ambiti la

TARE si è dimostrata un trattamento sicuro ed efficace. Nel trattamento dell'HCC non candidabile a terapie radicali, resezione o trapianto, il trattamento intrarterioso ha già un ruolo consolidato ed incluso nelle linee guida internazionali (EASL-AASLD), con la TACE divenuta gold standard nei tumori in stadio Intermedio. I potenziali candidati per la TARE sono i pazienti non candidabili a TACE per tumori numerosi o voluminosi e/o di tipo infiltrativo o con tumori complicati con trombosi portale neoplastica segmentale o lobare. La TARE è inoltre utile per un potenziale downstaging prima di un approccio chirurgico radicale. Nel colangiocarcinoma intraepatico inoperabile o recidivo, la TARE ha ottenuto sopravvivenze mediane fino a 22 mesi con



Rita Golfieri

buona tollerabilità e basse quote di complicanze, con controllo di malattia tra il 72% ed il 95% dei casi. Ciò a fronte di risultati di sopravvivenza mediana intorno ai 12 mesi dopo chemioterapia sistemica (Gemcitabina e Cisplatino) e di 8 mesi senza terapia. Nella terapia delle metastasi epatiche da tumore coloretale e neuroendocrino, la TARE viene riconosciuta dalle linee guida come efficace "terapia di salvataggio" in pazienti refrattari o intolleranti agli attuali chemioterapici sistemici.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA I • ORE 11.30

"RADIOEMBOLIZZAZIONE NEI TUMORI PRIMATIVI E SECONDARI DEL FEGATO: LA TERAPIA EMERGENTE"

CAD e deep learning

A cura di Daniele Regge

I sistemi di diagnosi assistita (CAD) sono software che offrono un "secondo parere" nella refertazione di immagini mediche. Diversi studi hanno dimostrato come tali sistemi possano migliorare le prestazioni diagnostiche, diminuendo la variabilità fra lettori e riducendo il tempo dedicato alla refertazione. Agli inizi degli anni '80 e parallelamente ai sistemi CAD si svilupparono anche i primi software basati sul deep learning, immaginando il computer come strumento intelligente in grado di apprendere e imparare autonomamente a svolgere determinati compiti. In particolare, le reti deep sono in grado



Daniele Regge

di lavorare direttamente sui dati (o immagini) acquisiti, senza che un esperto selezioni i parametri da impiegare per la classificazione, come accade invece nei CAD tradizionali, raggiungendo ri-

sultati pari o superiori alle classiche reti neurali basate sul machine learning. Tuttavia, perché la classificazione risulti efficace, è necessario avere a disposizione un numero molto elevato di casi ("big data") per il training. Quindi tale concetto è rimasto fino a pochi decenni fa un mero esercizio teorico, a causa della scarsa disponibilità di potenza di calcolo per realizzarlo. Oggigiorno il deep learning è una delle forme più comunemente impiegate di intelligenza artificiale, basti pensare al riconoscimento vocale o alle auto a guida autonoma. In campo radiologico, esso può essere applicato all'analisi di immagini per individuare, ad esempio, patterns e features utili alla diagnosi dei tumori, per la caratterizzazione della loro aggressività o per predire quali pazienti non risponderanno a una data terapia neoa-

diuvante. L'uso congiunto del deep learning e di sistemi CAD potrà potenzialmente migliorare le prestazioni diagnostiche nella pratica clinica. L'ambizione per i prossimi anni sarà utilizzare tali strumenti per individuare in modo completamente automatico e autonomo tumori o malattie di vario genere, specificando per ogni paziente la migliore indicazione alla terapia, e aprendo la strada all'implementazione di sistemi di supporto alla decisione clinica (CDSS). Da considerare inoltre che tali software non sostituiranno il ruolo del radiologo o di altre figure cliniche, ma agiranno da complemento alle insostituibili capacità umane.

■ LA • 9 NOVEMBRE • SALA H • ORE 10.45

"CAD E DEEP LEARNING"

Giovani, istruzioni per l'uso. Leggere il presente per costruire il futuro

A cura di Zairo Ferrante

Questa mattina dalle 8:30 alle 10:00 presso l'Aula F – Interattiva, nell'ambito dello "Spazio Giovani – SIRM", si tiene la Tavola Rotonda dal titolo "OLTRE IL REFERTO: le risposte alle domande più frequenti di un neospecialista ... come e perché diffondere la nostra esperienza scientifica". Durante la sessione, moderata dalla Dottoressa Daniela Berritto (Capua - CE) e dal Dottor Palmino Sacco (Siena), sono previ-



Zairo Ferrante

sti gli interventi del Dottor Zairo Ferrante (Ferrara), della Dottoressa Francesca Iacobellis (Napoli), del Dottor Salvatore Alessio Angileri (Milano) e del Dottor Dario Picone (Palermo). Diversi e di estrema attualità ed importanza saranno gli argomenti trattati, infatti si parlerà sia di problematiche inerenti il mondo lavorativo sia di argomenti di ordine prettamente scientifico. Le relazioni, di quindici minuti ciascuna, saranno mirate a fornire una panoramica

su temi quali: i contratti di lavoro ed i probabili scenari lavorativi futuri, la copertura assicurativa con tutti gli aspetti che riguardano più da vicino sia i Medici in formazione Specialistica che i neo-Specialisti, le riviste radiologiche con le peculiarità ed i punti chiave per una corretta interpretazione e produzione di un articolo scientifico e, in conclusione, un'approfondita presentazione sugli indicatori bibliometrici e sul ruolo del Revisore e dell'Editor-in-Chief. Inoltre, alla fine della sessione verrà, come di consueto, dato ampio spazio ad un'eventuale discussione e all'approfondimento degli aspetti ritenuti di particolare interesse. Un

ulteriore momento di confronto e di riflessione che questo 48° Congresso Nazionale SIRM mette a disposizione di tutti i giovani Medici Radiologi e Specializzandi presenti. Un'altra opportunità per meglio comprendere l'attuale mondo lavorativo e scientifico, col fine di collaborare - tutti insieme - a costruire quello futuro.

■ SG • 9 NOVEMBRE • AULA INTERATTIVA •

ORE 8.30 • **"OLTRE IL REFERTO: LE RISPOSTE ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI DI UN NEO-SPECIALISTA ...COME E PERCHÉ DIFFONDERE LA NOSTRA ESPERIENZA SCIENTIFICA"**

Autopsia virtuale TC

A cura di Laura Filograna

L'autopsia virtuale TC consiste nel sottoporre il cadavere ad esame TC total body, generalmente prima dell'autopsia classica. Questa metodica forense basata sull'imaging TC è entrata a far parte delle tecniche che possono essere applicate durante le indagini forensi, con alcuni vantaggi rispetto all'autopsia classica. L'autopsia virtuale TC si pone come metodica di indagine forense su cadavere non invasiva rispetto all'indagine autoptica tradizionale. Inoltre, i dati acquisiti, possono essere rianalizzati con occhi differenti, le immagini possono essere ricostruite e riutilizzate in maniera differente in qualsiasi momento, anche a distanza di anni dalla loro acquisizione e da esperti differenti¹. La TC risulta essere indubbiamente la tecnica principe in autopsia virtuale per la sua capacità di fornire in pochi secondi una rappresentazione completa dell'intero sistema scheletrico e di identificare lesioni parenchimali maggiori. In particolare, la TC è la metodica d'imaging più frequentemente ap-

plicata in ambito forense nell'analisi di casi di morte violenta, per la sua capacità di identificare lesioni traumatiche scheletriche, gas intravascolari, corpi estranei¹. Sebbene sia limitata nello studio delle morti naturali, per la sua scarsa utilità nell'analisi di fini alterazioni dei tessuti molli e nell'identificazione di lesioni vascolari minori, l'aggiunta di tecniche complementari come l'angio-TC post-mortale² ha permesso di superare in larga parte questo limite. Inoltre, l'introduzione delle tecniche di biopsia percutanea³ in aggiunta all'indagine TC ha consentito di ottenere dati istopatologici, microbiologici, e tossicologici. Mentre in alcuni centri in Europa, Asia, America ed Australia l'autopsia virtuale TC è diventata una metodica utilizzata di routine nelle indagini forensi da alcuni anni⁴, in Italia, questo processo di integrazione routinaria è stato messo in marcia



Laura Filograna

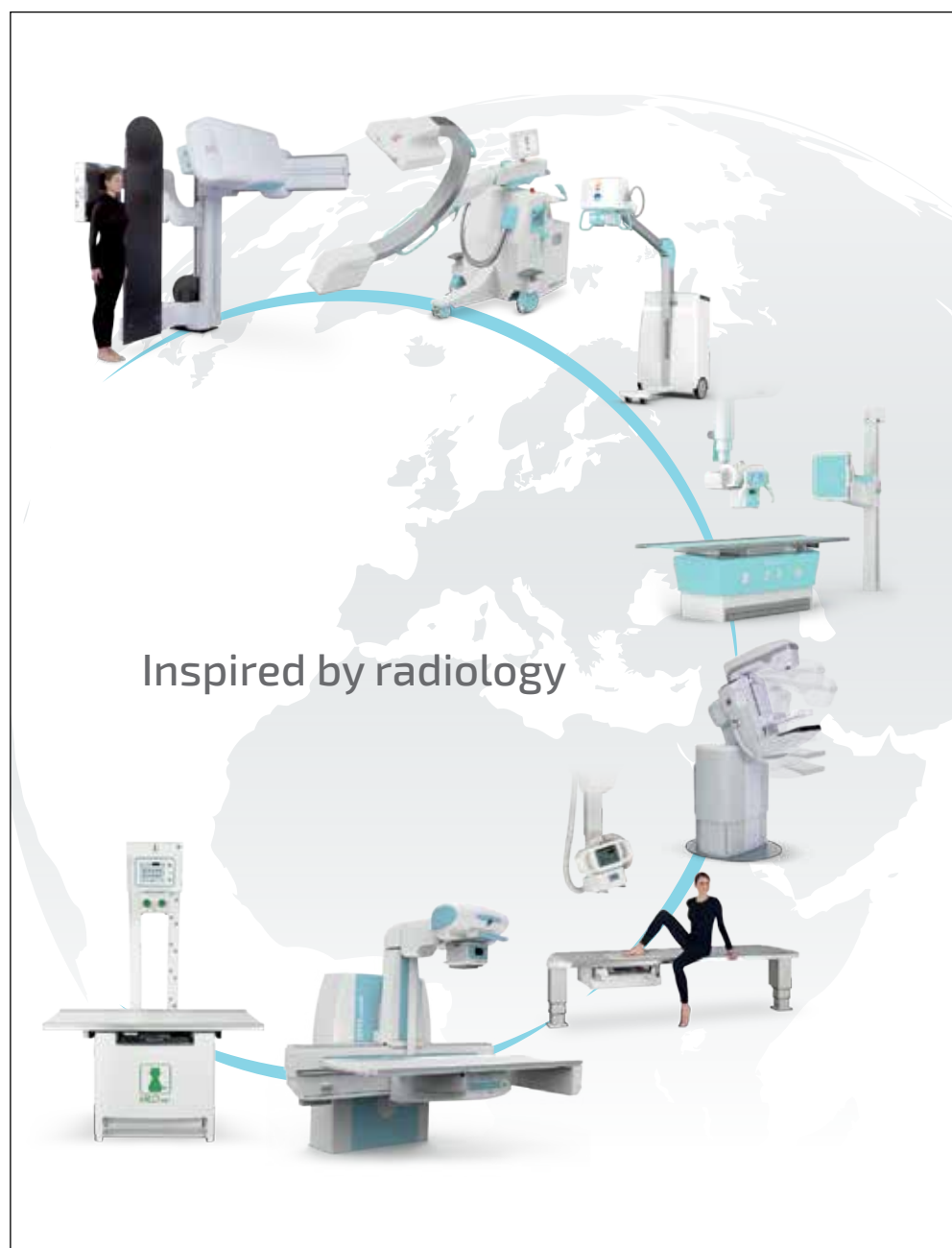
solo recentemente, spinto dagli evidenti vantaggi offerti da queste metodiche. Il ritardo nella introduzione dell'autopsia virtuale TC in Italia è fondamentalmente legato ad alcune problematiche organizzative e burocratiche che intervengono nell'iter procedurale per l'effettuazione di tale indagine post-mortale. Innanzitutto, l'autorizzazione a questo tipo di indagine deve provenire

obbligatoriamente dal pubblico ministero, per ogni singolo caso. D'altronde, il valore probatorio di tali metodiche non è ancora ben definito, e ancora non sono del tutto note a molti pubblici ministeri le reali potenzialità dell'autopsia virtuale TC. In Italia, inoltre, generalmente l'apparecchiatura TC non è dedicata esclusivamente agli studi post-mortali, ma si utilizzano apparecchi TC presenti nei rispettivi istituti di radiologia. Sebbene queste criticità abbiano rallentato il processo di sviluppo in Italia di tali metodiche, tuttavia, gli indubbi vantaggi offerti dalla loro applicazione,

almeno come tecnica supplementare all'autopsia classica, hanno dato il via negli ultimi anni in Italia ad un incremento della diffusione dell'autopsia virtuale TC nelle indagini forensi. Urge, tuttavia, in tale contesto, sottolineare alcuni punti chiave. L'imaging forense deve essere oggi considerato una nuova subspecializzazione della radiologia. Come tale, essa richiede l'acquisizione di peculiari e specifiche conoscenze e competenze da parte del radiologo che approccia l'autopsia virtuale TC. Inoltre, è mandatorio individuare chiare e standardizzate indicazioni su quando, perché e come adottare questa tecnica ed eventualmente le sue metodiche ancillari (angiografia e biopsia), e suggerimenti su come introdurre l'autopsia virtuale nel workflow di una classica indagine forense su cadavere. Un punto cruciale è che solo la stretta collaborazione fra radiologo forense e medico legale, insieme alla standardizzazione di indicazioni e procedure può garantire l'affidabilità dell'autopsia virtuale TC.

■ TR • 9 NOVEMBRE • SALA L • ORE 16.30

"AUTOPSIA VIRTUALE TC"



GMM, know-how e innovazione nell'imaging diagnostico

Estrema facilità d'uso e affidabilità operativa, sicurezza per il paziente e per l'operatore: la gamma di prodotti GMM offre soluzioni tecnologicamente all'avanguardia per ogni applicazione della radiologia convenzionale e digitale.

- Sistemi telecomandati R/F analogici e digitali
- Sistemi radiografici analogici e digitali
- Sistemi specialistici: unità mobili da corsia, archi chirurgici, sistemi per mammografia analogici e digitali

GMMGROUP



PrimaX



MT
MEDICAL
TECHNOLOGY

ind
CHINA



General Medical Merate S.p.A.
info@gmmspa.com - www.gmmspa.com

IMS
Giotto



GMMGROUP

Design Tecnologia Ergonomia Mai visti prima.

SISTEMA POLIFUNZIONALE

- TOMOSINTESI
- IMMAGINE 2D SINTETICA
- MAMMOGRAFIA DIGITALE
- BIOPSIA TOMO-GUIDATA IN POSIZIONE PRONA O UPRIGHT
- MAMMOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO (DUAL-ENERGY CESM)

Giotto Class

The new dimension in Tomosynthesis and Breast Biopsy

IMS Giotto S.p.A.
www.imsgiotto.com
imscomm@imsgiotto.com