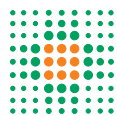


n. 1
speciale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Notizie

Marzo 2006

Arcispedale
Santa Maria
Nuova

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA
Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XII • 2006 • n. 1
"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

LE COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

2° MEETING

INTERNAZIONALE

"IMAGING METABOLICO

PET PER UNA MODERNA

RADIOTERAPIA"

EUROPE MEETS THE

WASHINGTON UNIVERSITY

SCHOOL OF MEDICINE •

LIVE UROLOGIC

LAPAROSCOPIC SURGERY

COURSE



SAINT LOUIS



REGGIO EMILIA

SOMMARIO "Notizie" Numero 1 Speciale

Direzione Generale

- 3** LE COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI
Dr. Ivan Trenti
- 5** 2° MEETING INTERNAZIONALE
"IMAGING METABOLICO PET PER UNA MODERNA
RADIOTERAPIA"
- Medicina Nucleare
6 LA MEDICINA NUCLEARE DELL'ASMN DI REGGIO
EMILIA ED IL BJC DI SAINT LOUIS
Dott.ssa Diana Salvo
- Medicina Nucleare
8 APPUNTI DI UN MEDICO NUCLEARE
Dott. Annibale Versari
- Radioterapia Oncologica
11 L'OPINIONE DEL RADIOTERAPISTA
Dott. Luciano Armaroli
- Oncologia
13 IL PUNTO DI VISTA DELL'ONCOLOGO
Dott. Corrado Boni, Dott.ssa Amalia Carpi
- Fisica Sanitaria
16 IL PUNTO DI VISTA DEL FISICO
Dott. Giovanni Borasi, Dott. Mauro Iori
- Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
20 IL RUOLO DEL TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA
MEDICA
Patrizia Sangalli, Roberta Saccani
- 23** EUROPE MEETS THE WASHINGTON UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE • LIVE UROLOGIC
LAPAROSCOPIC SURGERY COURSE
- Urologia
24 LA COLLABORAZIONE TRA WASHINGTON
UNIVERSITY E ASMN IN CAMPO UROLOGICO
Prof. Sergio Leoni, Dott. Sebastiano Spatafora
- Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
26 PROSPETTIVE DEL RUOLO INFERMIERISTICO NELLE
RELAZIONI INTERNAZIONALI
Marina Lemmi

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA

NUOVA DI REGGIO EMILIA

REG. TRIB. DI REGGIO E. N. 940 DEL 11/02/97

ANNO XII • 2006 • n. 1

"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale

- 70% - DBC Reggio Emilia"

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

NUMERO SPECIALE A CURA DI

Salvatore De Franco

Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca

Diana Salvo

Medicina Nucleare

Annibale Versari

Medicina Nucleare

Sebastiano Spatafora

Urologia

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Area Comunicazione Aziendale

Via L. Sani, 15 • 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522 296836/296806 • Fax 0522 296837

E-mail: ufficio.comunicazione@asmn.re.it

GRAFICA E STAMPA

Nerocolore - Correggio (RE)



Le **collaborazioni internazionali** per la formazione permanente.

Long Life Learning

Lo sviluppo delle prestazioni sanitarie in un'Azienda Ospedaliera Pubblica deve essere basato sui bisogni espressi dalla comunità di riferimento, le risorse tecnologiche a disposizione ed i professionisti dedicati alla loro realizzazione.

Le prestazioni sanitarie si connotano per la rilevanza che assume l'appropriatezza dell'indicazione e degli esiti che determinano in rapporto alle risorse impiegate nello specifico paziente.

Queste premesse sono indispensabili quando si vuole passare a confrontare le prestazioni sanitarie realizzate in un determinato contesto con altri di riferimento, regionale od internazionale, quest'ultimi oggi indispensabili nella nuova visione di prestazioni erogate nel servizio sanitario di una delle 25 nazioni Europee e di una delle 8 nazioni del G8, come l'Italia. Da questa visione si è ricercato, nei 10 anni di storia Aziendale del nostro Ospedale S. Maria Nuova, che ha raggiunto il Golden Elix Award della Sanità Italiana nel 1994, un confronto con altre realtà straniere alla ricerca di relazioni e partners, con cui stabilire scambi culturali orientati alla messa a punto di percorsi clinici e di ricerca.

Per realizzare questa strategia, la Direzione Aziendale nel 2001 ha avviato il programma istituzionale di "Network" per le relazioni internazionali con la Washington University ed il Barnes Jewish Hospital di St.Louis del Missouri negli



Stati Uniti; parallelamente si sono sviluppate relazioni non permanenti con l'Anderson Cancer Center nel Texas e la Mayo Clinico nel New Mexico, il Karolinska Institute di Stoccolma ed altre realtà ospedaliere straniere. Il primo contatto istituzionale è stato stabilito nel 2001, durante uno scambio culturale avvenuto tra un gruppo di professionisti guidati dalla direzione aziendale e la direzione per gli affari internazionali della Washington University; venne definito un programma di relazioni in ambito medico nucleare, diagnostico, chirurgico toracico ed urologico, in base ai progetti di innovazione clinica avviati presso il nostro ospedale.

Il programma di relazioni ha previsto la partecipazione di diversi professionisti-medici, fisici, chimici, tecnici ed infermieri-a stages presso i rispettivi istituti Clinici, diagnostici e di ricerca; sono stati inoltre organizzati meetings e



convegni che hanno visto alcuni degli stessi professionisti impegnati come relatori.

Allo stesso tempo professionisti radiologi, fisici, chimici, clinici e chirurghi della Washington University sono venuti nelle nostre strutture a valutare e studiare, insieme con i nostri professionisti, le nuove prestazioni ottenute dalla messa in funzione delle nuove tecnologie. Nella fase di addestramento ed apprendimento di queste metodiche è stato possibile realizzare la messa a punto o l'implementazione con un confronto continuo, qualificato e di livello internazionale.

In particolare nel 2005 si sono tenuti due Meeting, il primo sul tema dell' "Imaging Metabolico PET per una moderna Radioterapia" tenuto il 4 e 5 ottobre, durante il quale si sono confrontati medici nucleari, oncologi, radioterapisti, chirurghi toracici, fisici, chimici, infermieri, tecnici italiani e statunitensi; il secondo, esteso a collaborazioni anche europee sul tema "Europe Meets the Washington University School of Medicine", ha visto al tavolo operatorio urologi, chirurghi generali, assistiti da anatomici patologi affrontare e trattare casi clinici, durante 4 sedute chirurgiche effettuate con tecniche mini invasive laparoscopiche e seguite dagli 80 partecipanti in diretta in videoconferenza interattiva. Questo ciclo di relazioni internazionali ha prodotto motivazioni, curiosità e sviluppo culturale di tutti i professionisti, documentabile dal susseguirsi di pubblicazioni ed inviti a meetings da parte dei partners medici, fisici, chimici, tecnici ed infermieri di altre istituzioni

europee e d'oltre oceano; i professionisti hanno potuto percepire come gli scambi multiculturali sostengono la formazione individuale e d'equipes, che nel momento del confronto recuperano in impegno e senso di responsabilità del proprio agire divenendo sempre più "gruppo di lavoro"

Oltre gli aspetti più propriamente professionali e clinici, si deve sottolineare che si è sviluppato un generale consenso nella comunità e nelle istituzioni pubbliche e private della Provincia, a sostegno del programma di network internazionale avviato dal S. Maria Nuova. Le relazioni professionali internazionali allacciate dalla Direzione Generale, assumendosi un mandato che va oltre quello istituzionale di assistenza e cura, sono divenute un modo di realizzare e migliorare competenze professionali la cui ricaduta si manifesta nei confronti dei pazienti che da parte loro esprimono, con la scelta di venirsi a curare nel S. Maria Nuova, una fiducia sempre più motivata.

Alle relazioni internazionali si vuole dare nei prossimi anni un progressivo incremento in tema di ambiti di discipline interessate e di istituzioni straniere coinvolte, perché si possano consolidare alti livelli di qualità delle prestazioni sanitarie attraverso l'uso appropriato delle innovazioni tecnologiche e si realizzino le migliori competenze dei professionisti, con una formazione permanente basata su relazioni ed integrazioni multiculturali.

Dr. Ivan Trenti, Direttore Generale

2° Meeting Internazionale

“Imaging Metabolico PET per
una Moderna Radioterapia”



Associazione Italiana di Medicina Nucleare
ed Imaging Molecolare



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Ospedale S. Maria Nuova



Washington
University in St. Louis
School of Medicine
International
Healthcare
Services

2° Meeting Internazionale
**Imaging Metabolico PET
per una Moderna
Radioterapia**



4-5 Ottobre 2005

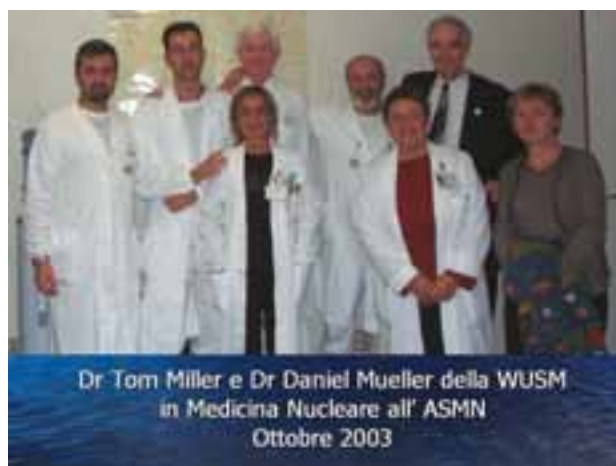
Hotel Mercure Astoria - V.le L. Nobili, 2 - Reggio Emilia



La Medicina Nucleare dell'ASMN di Reggio Emilia ed il BJC di Saint Louis (USA)

Quando 5 anni fa fu proposta alla Medicina Nucleare una collaborazione con la prestigiosa Washington University di St. Louis, in previsione dell'avvio nel nostro Arcispedale dell'attività PET, la nostra prima idea fu positiva: avevamo bisogno di imparare tutto e di formare medici, chimico, fisico e personale tecnico. Fare formazione in un ambiente prestigioso, dove la PET è stata "inventata" e 14 premi Nobel hanno coltivato le loro idee innovatrici, ci sembrò e fu un'esperienza entusiasmante. Quanto appreso a St. Louis ha costituito il punto di partenza delle nostre attività. Rispetto alla nostra piccola neonata realtà, St. Louis era vista come una situazione di sviluppo tecnologico irraggiungibile; ma la sensazione di essere un piccolo David ai piedi del colosso Golia, piuttosto che deprimerci e soffocarci, è servita da stimolo: non abbiamo né i mezzi né le risorse che in quella università americana si toccano con mano, ma abbiamo entusiasmo, voglia di fare e la giusta quota di fantasia che ci consente di affrontare grandi problemi con l'incoscienza "calcolata" di chi sa che certi traguardi razionalmente proibiti possono essere ugualmente raggiunti solo se tutti lavorano con la stessa convinzione e per lo stesso scopo.

Nel nostro Ospedale, la Radioterapia diretta dal dott. Armaroli rappresenta un riferimento regionale e nazionale sia per le apparecchiature disponibili che per l'utilizzo di innovative tecniche radioterapiche sorprendentemente efficaci, se confrontate con quelle applicate fino a qualche anno fa: dai radioterapisti e dai fisici che lavorano per definire il bersaglio da irradiare è nata la



sollecitazione ad una collaborazione che consentisse una definizione biologica del campo di irradiazione. La nostra idea si è concretizzata nel 1° convegno "Imaging metabolico PET per una moderna radioterapia" svoltosi nel 2003. Fino a quel momento nessun centro PET si era ancora occupato dell'argomento, ed averlo affrontato in un meeting internazionale con personalità indiscusse a livello della Medicina Nucleare, della Radioterapia e della Fisica ha creato un'adesione imprevista a questo progetto: l'argomento è stato ripreso nel 51° congresso della SNM (l'associazione scientifica medico-nucleare statunitense) a Filadelfia, dove una sessione educativa è stata assegnata ai medici del Santa Maria (in particolare Versari per la Medicina Nucleare, Iotti per la Radioterapia e Fioroni per la Fisica Sanitaria) in collaborazione con AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare). Nel 2005 l'esperienza al congresso del SNM è stata ripetuta con successo a Toronto ed è già pervenuto



l'invito per una nuova nostra partecipazione al 53° congresso che si svolgerà nel giugno 2006 a San Diego. L'AIMN ha provveduto nel 2004 ad attribuire al nostro centro la qualifica di "Centro di Eccellenza AIMN" proprio per le attività di applicazione della PET in Radioterapia. Forti di questo riconoscimento ci siamo adoperati ad organizzare il 4 e 5 ottobre u.s. una seconda edizione del meeting "Metabolic PET imaging For a New Radiotherapy", ancora una volta con la partecipazione di numerosi ospiti della Washington University e di esperti e noti professionisti italiani. L'argomento questa volta non è più "nuovo", perché alcuni gruppi oltre al nostro hanno cominciato a lavorare su questo tema di sicuro interesse. Questo convegno è quindi servito per fare il punto sull'individuazione del "BTV" ossia del bersaglio biologico per la radioterapia, sulle nuove macchine per PET e per Radioterapia, sulle nuove tecniche di radioterapia, IMRT, PAM e tomoterapia,



sulla IART, la sorella "povera" della IORT (RadioTerapia IntraOperatoria) che consentirebbe un approccio con metodiche medico-nucleari a basso costo all'irradiazione locale della mammella post quadrantectomia. Il successo del convegno è stato sottolineato dalla partecipazione di oltre 200 iscritti e dai consensi, pervenuti numerosi. Il nostro incontro con la Washington University non è stato dunque un percorso a senso unico: abbiamo indubbiamente ricevuto molto in formazione e stimoli, ma abbiamo saputo definire con i mezzi in nostro possesso, scarsi se confrontati alle ingenti risorse a disposizione dei colleghi americani, un campo di ricerca clinica vasto, con interessanti risvolti pratici per tutti coloro che operano in campo oncologico. Forse ancora una volta un piccolo David è riuscito a colpire il suo Golia.

Dott.ssa Diana Salvo – Direttore Medicina Nucleare



Appunti di un **Medico Nucleare**

Due anni fa, il 1° Meeting Internazionale "Imaging Metabolico PET per una Moderna Radioterapia", decretò ufficialmente l'introduzione della PET nella definizione dei piani radioterapici, aprendo importanti prospettive su un campo allora del tutto inesplorato delle applicazioni PET e facendo dell'Arcispedale S. Maria Nuova un riferimento nazionale su questo tema. Allora, come organizzatori, proponemmo un argomento nuovo e stimolante in cui anche noi eravamo carenti di esperienza specifica (un solo relatore era dell'ASMN); oggi, in questo 2° meeting, siamo passati ad un ruolo di esperti in materia con 10 relatori (4 medici, 2 fisici, 4 tecnici di radiologia medica).

La nostra attività clinica in questo specifico settore è andata progressivamente aumentando: in questi anni il numero delle indagini PET, eseguite come guida per piani di trattamento radioterapici, è passato dalle 9 del 2002 alle 67 nei soli primi 9 mesi del 2005 (tabella 1) ed è destinato ad aumentare ulteriormente. Il significativo impatto della PET sul trattamento radioterapico del paziente oncologico, che tutti i relatori hanno sottolineato, si conferma anche nella nostra esperienza, con cambiamenti dell'impostazione terapeutica anche in più del 30% dei casi.

Tomografia PET

La PET, in questa particolare applicazione e comunque in generale, non è sostitutiva della TC o RM, ma

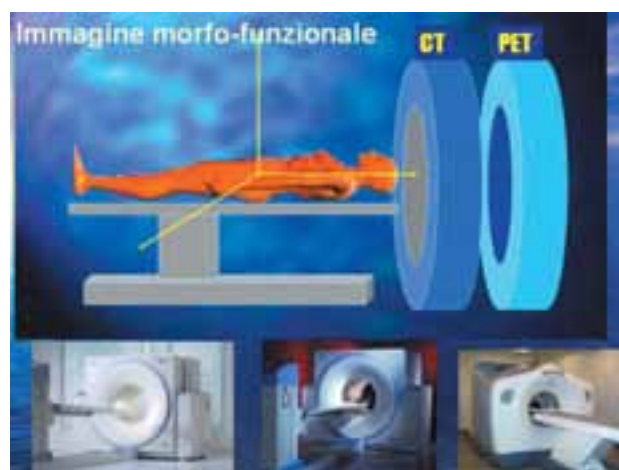




complementare: l'ottima definizione anatomica del tumore e delle strutture circostanti, propria della TC, e la possibilità di fondere queste informazioni con quelle metaboliche sulla vitalità e aggressività della neoplasia fornite dalla PET fornisce un valore aggiunto alle due prestazioni, assai utile nella definizione di un corretto piano radioterapico. Nel nostro Ospedale, finora, la fusione PET-TC è stata ottenuta sovrapponendo le due serie di immagini eseguite separatamente: questo metodo è estremamente delicato prevedendo un identico riposizionamento del paziente nel corso delle due indagini, basato sull'uso piuttosto complesso di punti di riferimento cutanei. Questo problema è superato nelle apparecchiature ibride in cui PET e TC sono assemblate in un apparecchio unico (PET/TC): questa soluzione tecnica consente di ottenere in un solo studio entrambe le informazioni con possibilità di fusione molto semplice, in quanto il paziente risulta nella stessa posizione per entrambe le rilevazioni. Queste macchine peraltro godono di tempi di acquisizione molto più brevi di una PET tradizionale (20-25 minuti contro 45-60 minuti), permettendo così l'esecuzione di un maggior numero di esami giornalieri (da 6-8 a 15-16). I vantaggi della PET-TC sono stati ampiamente illustrati dai colleghi della Washington University di St. Louis e del San Raffaele di Milano. Una macchina di questo tipo è in corso di acquisizione presso l'ASMN ed entrerà in funzione verosimilmente nel maggio prossimo.

Radiofarmaci PET

Oggi parlare di PET significa parlare quasi esclusivamente di PET con ^{18}F -FDG (fluorodeossiglucosio): è questo un analogo del glucosio marcato con Fluoro-18, isotopo emettitore di positroni, la cui distribuzione nel corpo del paziente è espressione del metabolismo glucidico. La maggior parte dei tumori ha un consumo di glucosio molto più elevato dei tessuti normali e quindi viene facilmente rilevato con la PET; alcune neoplasie però, per vari problemi metabolici o per la scarsa aggressività,



possono non captare il ^{18}F -FDG.

Sono stati studiati pertanto nuovi radiofarmaci PET che permettono di diagnosticare anche questi tumori negativi al FDG, valutando altre condizioni metabolico-funzionali esaltate in queste particolari neoplasie (metabolismo



aminoacidico, sintesi DNA, presenza di recettori ecc.). Particolarmente interessante la ^{11}C o ^{18}F -colina per il carcinoma della prostata e, per rimanere nel tema della Radioterapia, il ^{60}Co -ATSM e ^{18}F -MISO per la valutazione dell'ipossia tumorale, causa probabile di buona parte degli insuccessi del trattamento radiante.

Radioterapia PET-guidata

Nel corso del Convegno è stata presentato un primo tentativo di proposta condivisa, nata dalla collaborazione tra ASMN e Ospedale S. Raffaele di Milano, sulla definizione PET-guidata del "bersaglio" tumorale in radioterapia (BTV - Biological Target Volume), problema ancora controverso. Rappresentanti dei due Centri hanno esposto la propria esperienza clinica in materia: è emerso che i principali campi di applicazione della PET nella definizione del piano radioterapico sono i tumori polmonari e quelli del capo-collo, con esperienze ormai consolidate, mentre è iniziale ma promettente l'applicazione nei tumori del pancreas e del collo dell'utero.

Multidisciplinarietà e Multiprofessionalità

Secondo il parere unanime dei partecipanti però, i concetti più importanti emersi da questo Meeting, oltre agli interessanti aspetti scientifici, sono due aspetti particolari e peculiari di questo tipo di attività: la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità. Il meeting ha visto infatti l'integrazione di Medici Nucleari, Radioterapisti, Oncologi, Fisici Sanitari e Tecnici di Medicina Nucleare e Radioterapia, cioè tutte le professionalità coinvolte in questo approccio terapeutico: il paziente viene così a riconquistare, con la sua necessità di diagnosi e cura, una posizione centrale: solo attraverso una stretta collaborazione fra le figure professionali coinvolte, l'impiego di apparecchiature diagnostiche e terapeutiche sempre più sofisticate e complesse consentirà di raggiungere i migliori risultati. Infine, la capacità di apportare novità costruttive nel proprio ambiente di



lavoro è spesso il risultato del confronto con professionisti di altri centri, con esperienze maturate in situazioni culturali e tecnologiche diverse; per questo motivo avere la possibilità di scambi e collaborazioni, sia nazionali che internazionali, possono solo contribuire alla crescita professionale e scientifica degli operatori, favorendone



la capacità di confronto con gli altri: questa situazione di miglioramento continuo può garantire al paziente il miglior trattamento possibile, primo obiettivo della nostra professione.

Dott. Annibale Versari

Responsabile Scientifico del Meeting

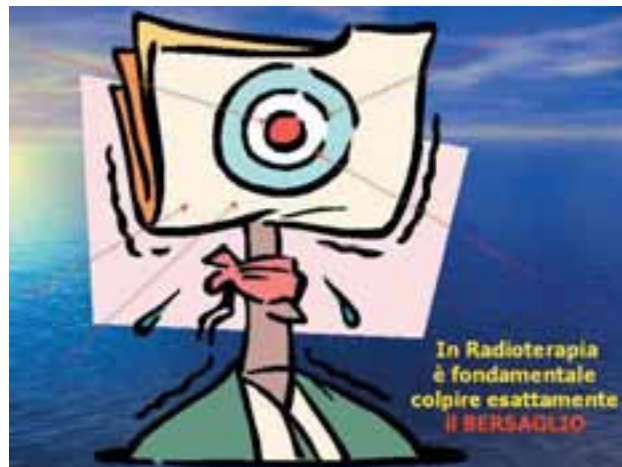


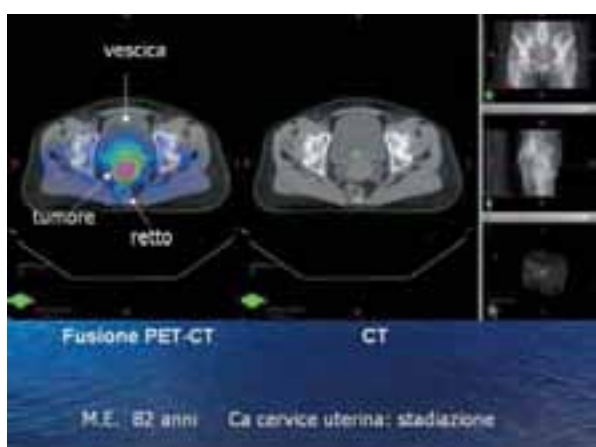
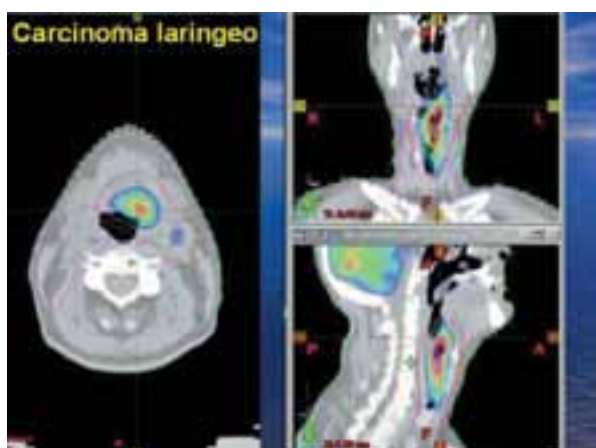
L'opinione del **Radioterapista**

**Pet e
Radioterapia
Perchè?**



Il secondo incontro con i colleghi "gemellati" della Washington University di St. Louis, marca più di un lustro di intesa culturale ed operativa tra il nostro gruppo radioterapico e medico nucleare e l'analogo statunitense. Non è facile trarre delle conclusioni da quest'ultimo meeting su ciò che è derivato, a noi, in termini di confronto, di volontà di continuare su questo filone collaborativo, di spinta ad investire sempre più in nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Se valutiamo la monumentalità dei loro spazi, delle immense risorse di cui dispongono e che ci fanno vedere "senza pudore" nelle loro diapositive, della sproporzione tra gli alti numeri delle loro casistiche e quelli scarni delle nostre... beh' allora verrebbe voglia di dire "...lasciamo perdere...". Poi, guardando caso per caso, ti accorgi che anche tu sei riuscito a presentare qualcosa di nuovo, qualcosa che desta il loro interesse o addirittura li meraviglia. Parlo, nello specifico, dei nostri trattamenti radioterapici fondati su un imaging molto accurato: TC, PET, RM... Parlo della conformazione data alle nostre isodosi, grazie a quell'imaging. Parlo "dell'azzardo" delle nostre dosi/frazione, dosi altamente ipofrazionate ed erogate in tempi molto più brevi del loro "immutabile" standard. Il tutto con tossicità assolutamente accettabili in quanto quello stesso imaging di cui sopra, ed in particolare la





PET, ci ha chiaramente indicato la parte funzionante del tumore su cui possiamo scaricare tutta la potenza dei nostri fasci radianti, nel più breve tempo possibile. Allora ecco che il confronto coi radioterapisti di St. Louis diventa meno frustrante; ecco che nascono proposte di collaborazione su comuni protocolli nei tumori più difficili da trattare, come quelli del polmone e del pancreas. A dire la verità grande è stata, a mio avviso, la differenza quali-quantitativa delle cose da noi presentate nel precedente meeting dell'autunno 2003 e quelle esposte nelle sessioni dell'ottobre u.s. Anche allora si era parlato di collaborazioni operative, particolarmente col prof. Carlos Perez (che stavolta non c'era in quanto già pensionato, ahimè). Poi non era successo nulla: la lontananza fisica...la lontananza culturale...la diversa potenzialità delle risorse? Forse tutte queste ragioni assieme. Ma soprattutto credo di potere affermare che ciò che frena la discesa nel campo della prassi sia una differenza metodologica difficilmente colmabile. Loro sono molto più metodologicamente rigorosi, non si allontanano mai, per nessuna ragione, dallo standard (ragioni etiche? ragioni assicurative?). Noi, di contro, siamo più portati ad applicare nuove esperienze, confortati da risultati molto incoraggianti sia pure bisognosi, alle volte, di conferme di letteratura. Questo steccato metodologico, in quest'ultimo meeting, pare che, a differenza dell'altra volta, mostri più varchi d'accesso. È nostro dovere proseguire nelle nostre ricerche cliniche applicate, coinvolgendo e convincendo un sempre maggiore numero di istituzioni, grazie a metodologie inoppugnabili e grazie all'investimento che abbiamo sollecitato alla nostra amministrazione, in macchine radianti a tecnologia molto sofisticata, di ultima generazione, ed in risorse umane.

Anche a questo è servito quest'ultimo meeting con gli amici di St. Louis: a dare nuova forza progettuale e nuovo rigore al nostro difficile lavoro.

Grazie al Dott. Versari per averci creduto, consentendo di misurarci con dei giganti senza perdere la speranza "di farcela".

Dott. Luciano Armaroli

Direttore Radioterapia Oncologica



Il punto di vista dell'**Oncologo**

CAMPI DI IMPIEGO DELLA PET IN ONCOLOGIA:

DIAGNOSI

**RICERCA DI TUMORE PRIMITIVO OCCULTO DOPO
RISCONTRO DI METASTASI
STAGING PREOPERATORIO**

VALUTAZIONE DELLA TERAPIA (chemio radioterapia)

FOLLOW-UP:

- Differenziazione fra recidiva locoregionale ed esito del trattamento
- Restaging per metastasi potenzialmente operabili
- Ricerca della sede di recidiva in presenza di incremento dei markers

FARMACOCINETICA DI CHEMIOTERAPICI



La PET è una nuova importante metodica diagnostica ad alto costo sempre più usata in oncologia. La sua introduzione nella pratica clinica dovrebbe da un lato rispondere a criteri di appropriatezza e dall'altro dovrebbero essere definiti i bisogni assistenziali per razionalizzarne l'uso.

Non avendo ancora metaanalisi o revisioni sistematiche sull'uso della PET in ogni applicazione oncologica, la pratica clinica dovrebbe essere guidata dalla migliore evidenza scientifica o almeno da un consenso di esperti in questo campo.

Già dal 2002 l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna sta studiando il problema dell'uso appropriato della PET attraverso un panel multidisciplinare di esperti. Attraverso l'analisi sistematica della letteratura e l'analisi di scenari clinici, si sono definiti dei **criteri di appropriatezza** delle indicazioni all'uso della PET con l'obiettivo di arrivare alla formulazione di linee guida (Agenzia Sanitaria Regionale - Regione Emilia Romagna Dossier 81-2003 HYPERLINK "<http://www.regione.emilia-romagna.it/>" <http://www.regione.emilia-romagna.it/>). Recentemente si è effettuata una revisione delle indicazioni all'uso appropriato della PET con FDG, in corso di pubblicazione.

Indicazione appropriata

Quando gli studi disponibili soddisfano tutte e tre le seguenti condizioni:

- esistono prove affidabili che la FDG-PET abbia una performance diagnostica migliore (in termini di sensibilità e specificità) rispetto alle tecniche convenzionali;
- le informazioni ottenute dall'esame FDG-PET sono capaci di influenzare il comportamento clinico;
- queste informazioni sono, verosimilmente, in grado di influenzare l'**outcome** del paziente attraverso l'applicazione di interventi di documentata efficacia o la non esecuzione di interventi che risulterebbero inefficaci o dannosi.

Indicazione potenzialmente utile

Gli studi disponibili documentano una migliore performance diagnostica (in termini di sensibilità e specificità) della FDG-PET rispetto alle tecniche convenzionali considerate come gold standard, senza tuttavia fornire prove di un impatto sul comportamento clinico e quindi sull'outcome.

Indicazione di utilità tuttora non documentata

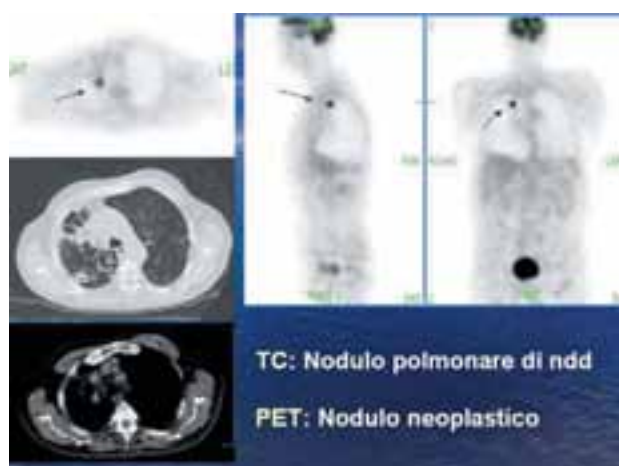
Non sono disponibili almeno due studi indipendenti di adeguata numerosità e qualità sulla performance del test, anche se esistono i presupposti clinici per una potenziale applicazione della FDG-PET.

Indicazione di appropriatezza indeterminata per assenza di studi

Quelle indicazioni per le quali non esistono in letteratura studi relativi all'impiego diagnostico della FDG-PET.

Indicazione inappropriata

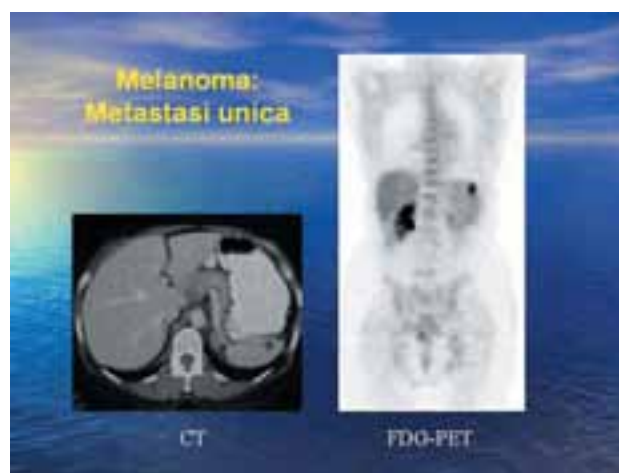
Quando ci si trova in presenza di situazioni cliniche nelle quali lo stato della malattia è tale che nessuna ulteriore informazione diagnostica modificherebbe il comportamento terapeutico, oppure i dati disponibili indicano una performance del test non migliore rispetto alla diagnostica tradizionale.

**INDICAZIONI APPROPRIATE**

PATOLOGIA	INDICAZIONE
Nodulo polmonare	soggetti con nodulo polmonare solitario di dimensione superiore a 1 cm
Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	completamento della stadiazione nei pazienti candidati alla chirurgia pianificazione di piani di trattamento radioterapico caratterizzazione di reperto dubbio post-trattamento
Colon retto	istadiazione in pazienti con sospetto laboratoristico e/o reperti di diagnostica per immagini dubbi o negativi studio dei pazienti con lesioni metastatiche potenzialmente operabili
Testa collo	valutazione della malattia residua e/o recidive, quando imaging convenzionale dubbio definizione del piano radioterapico
Ricerca del carcinoma occulto in pazienti con metastasi documentata	pazienti con lesione metastatica al di fuori dei linfonodi latero-cervicali o di interessamento di un solo organo per ricerca della sede primitiva
Hodgkin e non-Hodgkin (linfomi aggressivi: diffuso a grandi cellule B e mantellare)	stadiazione nella malattia localizzata valutazione precoce risposta alla terapia (dopo 1-2 cicli di trattamento) se valutazione basale effettuata valutazione al termine del trattamento ristadiazione in presenza di segni/sintomi sospetti per ripresa di malattia
Melanoma	pazienti con lesioni metastatiche potenzialmente operabili
Esofago	stadiazione dei tumori dell'esofago potenzialmente operabili
Ovaio	stadiazione di pazienti con lesione metastatica potenzialmente operabile ristadiazione in pazienti con sospetto laboratoristico di ripresa di malattia (Ca 125 elevato) e/o reperti di imaging morfologico dubbi o negativi
Tiroide	identificazione delle recidive nei pazienti con elevati livelli di tireoglobulina e I 131 negativo
Tumori delle cellule germinali	studio della malattia residua dopo chemioterapia

INDICAZIONI POTENZIALMENTE UTILI

PATOLOGIA	INDICAZIONE
Carcinoma polmonare a piccole cellule (SCLC)	Stadiazione pre-trattamento nella malattia limitata valutazione dopo terapia nella malattia limitata
Mammella	stadiazione nei tumori localmente avanzati ristadiazione in pazienti con lesione metastatica unica potenzialmente operabile ristadiazione in pazienti con sospetto laboratoristico e/o reperti di diagnostica per immagini dubbi o negativi
Colon retto	staging pre-operatorio (retto)
Testa collo	stadiazione
Melanoma	pazienti affetti da melanoma con linfonodo sentinella positivo
Esofago	valutazione delle sospette recidive
Cervice uterina	definizione del campo radioterapico in pazienti con patologia localmente avanzata stadiazione per sospetta recidiva pelvica dopo chirurgia e/o radioterapia
Pancreas	differenziazione tra masse pancreatiche benigne / maligne completamento della stadiazione in pazienti potenzialmente operabili con intento radicale e imaging morfologico dubbio ristadiazione in pazienti con sospetto laboratoristico e reperti imaging morfologici dubbi o negativi



Osteo-sarcoma, sarcoma di Ewing	valutazione della risposta al trattamento se valutazione basale effettuata
Gist	valutazione della risposta alla terapia se valutazione basale effettuata
Tumori delle cellule germinali	valutazione della risposta precoce al trattamento se valutazione basale effettuata
Stomaco	completamento di staging pre-chirurgico in pazienti potenzialmente operabili con intento radicale ristadiatione in pazienti potenzialmente operabili con sospetto di ripresa di malattia e radiologia dubbia o negativa

INDICAZIONI DI UTILITA' TUTTORA NON DOCUMENTATA

PATOLOGIA	INDICAZIONE
Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	valutazione della risposta alla terapia nei casi potenzialmente operabili
Colon - retto	staging pre-operatorio (colon)
Hodgkin e non hodgkin (linfomi aggressivi: diffuso a grandi cellule B e mantellare)	follow-up
Linfomi a basso grado follicolari	valutazione dopo trattamento se valutazione basale effettuata ristadiatione in presenza di segni/sintomi sospetti per ripresa di malattia
Tiroide	identificazione di recidive e metastasi in pazienti ad alto rischio con sospetto di malattia più estesa rispetto alle metastasi captanti I 131 alla scintigrafia

INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA INDETERMINATA PER ASSENZA DI STUDI

PATOLOGIA	INDICAZIONE
Mammella	2 b) valutazione della risposta precoce (1-2 cicli) alla terapia

INDICAZIONI INAPPROPRIATE

PATOLOGIA	INDICAZIONE
Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)	stadiatione del carcinoma bronchiolo alveolare
Hodgkin e non hodgkin (linfomi aggressivi: diffuso a grandi cellule B e mantellare)	valutazione precoce risposta alla terapia (dopo 1-2 cicli di trattamento) se valutazione basale NON effettuata
Linfomi a basso grado non follicolari	stadiatione valutazione dopo trattamento
Ovaio	stadiatione
GIST	follow-up nei pazienti asintomatici (e con indici laboratoristici nella norma) valutazione della risposta alla terapia se valutazione basale NON effettuata
Neoplasie cerebrali	differenziazione tra recidiva e radionecrosi post-radioterapica nei pazienti con glioma per lo studio del grading
Stomaco	follow - up
Carcinoide	stadiatione Follow-up
Prostata	stadiatione pazienti già trattati con elevati livelli di PSA in assenza di evidenza clinica di ripresa di malattia valutazione dei pazienti con singola lesione potenzialmente trattabile con intenti di radicalità
Rene	stadiatione studio delle recidive potenzialmente operabili follow - up
Tumori neuroendocrini	stadiatione valutazione dopo terapia

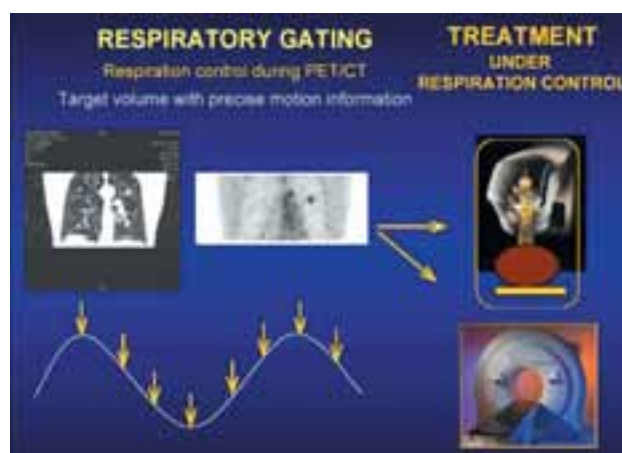
Dott. Corrado BONI - Direttore Oncologia Medica Dott.ssa Amalia CARPI - Oncologia Medica



Il punto di vista del **Fisico**

Non è facile descrivere in poche righe gli argomenti innovativi presentati nelle varie sessioni del congresso. I soggetti trattati sono stati molteplici, e, grazie alla multidisciplinarietà dei relatori invitati (medici nucleari, radioterapisti, fisici medici, oncologi, radiologi, biologi molecolari, ecc.), le tematiche e le discussioni affrontate hanno generato grande interesse nel pubblico presente. Le innovazioni tecnologiche nel campo dell'Imaging multimodale (informazioni provenienti da diverse modalità di imaging "CT, MRI, PET, SPECT, ecc..") sono integrate opportunamente per migliorare la qualità complessiva dell'esame finale), e le loro dirette applicazioni nei settori della diagnostica clinica e della terapia, sono da considerare il filo conduttore del convegno. La Dr.ssa MJ Siegel, nella relazione di apertura sullo stato dell'arte nell'imaging radiologico, ha evidenziato i vantaggi ottenibili in termini di qualità dell'immagine, con l'introduzione della risonanza magnetica nucleare (MRI) ad alto campo (3 Tesla), e l'utilizzo di nuovi agenti di contrasto composti da nano-particelle supermagnetiche di ossido di ferro (SPIO).

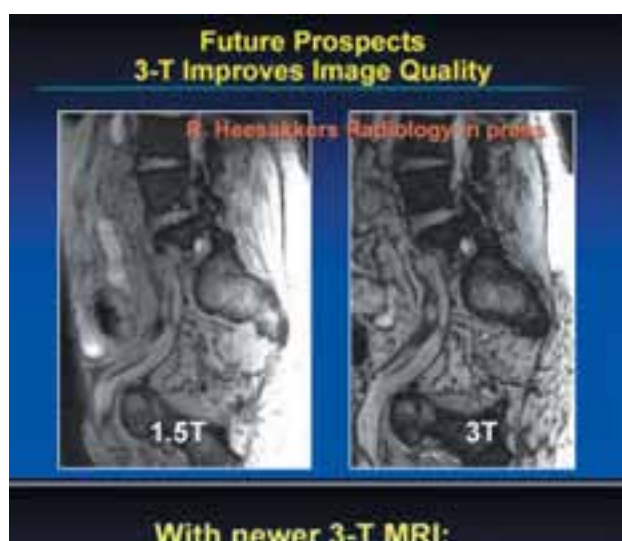
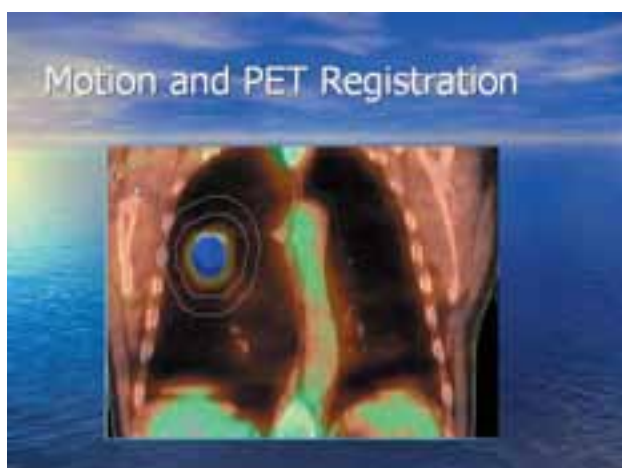
Questi sistemi, se da un lato consentono di migliorare la qualità (minori tempi di scansione e migliore risoluzione spaziale) e la sensibilità delle attuali metodiche, facilitando le procedure di staging ed individuazione dei volumi tumorali, dall'altro rendono possibili nuove strategie di imaging funzionale quali la spettroscopia (MRSI), l'imaging dinamico con contrasto (DCE-MR), l'imaging di diffusione (DWI) e quello di perfusione (PI). Tali metodiche funzionali, permettendo una migliore caratterizzazione biologica dei tessuti, aumentano le potenzialità di staging ottenibili con il solo



imaging anatomico, e forniscono nuovi strumenti operativi per monitorare e/o predire l'efficacia di una terapia, sia essa di tipo farmacologico o radiante. Il Dr. B Siegel, riprendendo il tema dell'imaging oncologico, ha presentato le più recenti tecnologie nel campo dei tomografi PET/CT e ne ha descritto le enormi potenzialità cliniche qualora si utilizzino nuovi traccianti radioattivi, alcuni dei quali (F-MISO) possono essere prodotti da un ciclotrone come quello installato presso il nostro ospedale.

L'imaging PET attuale ottenuto con FDG, caratterizzando il tumore dal punto di vista biologico, ne fornisce una reale immagine funzionale che, seppur con una limitata risoluzione spaziale (5 - 6 mm), amplifica la sensibilità e la specificità dell'esame in termini di diagnosi, stadiazione, monitoraggio ed ottimizzazione (predizione della risposta e scelta della terapia più efficace) dell'iter terapeutico.

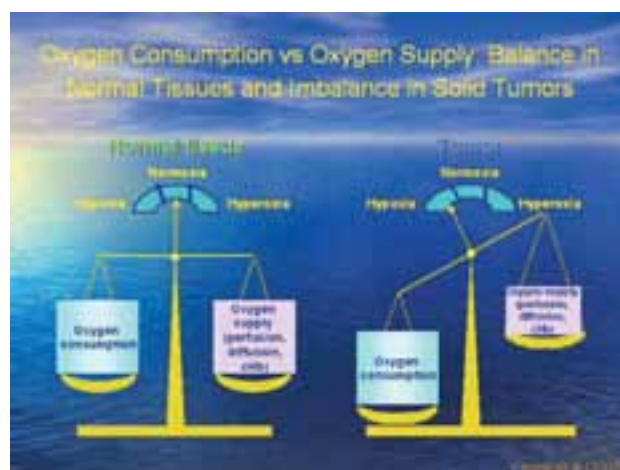
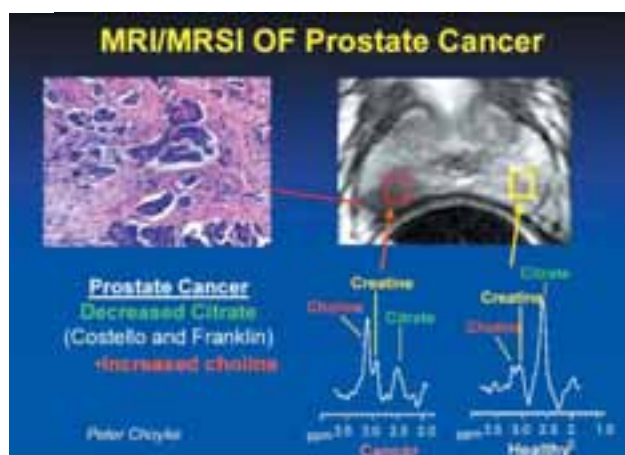
L'integrazione di una CT e di una PET (PET/CT) in un unico dispositivo, oltre a migliorare la qualità complessiva dell'esame diagnostico, velocizzando ed ottimizzando le procedure di ricostruzione e registrazione delle diverse



immagini, supera le attuali problematiche e limitazioni dovute ad una separazione fisica dei due dispositivi: differenze anatomiche nel posizionamento o deformazioni degli organi, per la separazione temporale tra i due studi, difficoltà nell'accurata co-registrazione delle immagini con marker esterni al paziente, soprattutto qualora si vogliano fondere immagini CT e PET acquisite in modo sincronizzato con la respirazione. All'interno di questo percorso, il Dr. Powell ha indicato le future linee di sviluppo della radioterapia, anche in questo caso sempre più fondate sull'integrazione tra imaging biologico ed anatomico, oltre che sulle informazioni ed i risultati derivanti dalla biologia molecolare e dalla chemioterapia.

Il panorama tecnologico della radioterapia offre oggi nuove modalità di trattamento, di tipo radio-chirurgico, che permettono un elevato grado di selettività sia in termini di livelli diversi di dose sul tumore (dose painting: elevata conformazione della dose sui bersagli irradiati) differenziati per tener conto delle diverse regioni biologiche irradiate, che di minor dose parassita ai tessuti sani circostanti. Queste tecniche ad intensità modulata possono essere erogate sia con gli attuali acceleratori convenzionali che con unità radianti di nuova concezione.

Al primo gruppo appartengono le tecniche IMRT ovvero modulazione a campi fissi, oggi pianificata con sistemi di ottimizzazione basati sulle sole informazioni di tipo anatomico, che richiederebbe nuovi strumenti di ottimizzazione più orientati all'imaging funzionale: la relazione su questo tema è stata presentata dalla Dr.ssa Paiusco e le tecniche IMAT (modulazione di tipo rotazionale con campi ad arco, oggi pianificata con sistemi di ottimizzazione di tipo sperimentale che, qualora fossero commerciali, potrebbero competere con le attuali tecniche di Tomoterapia: la relativa relazione è stata presentata dai Dr. Iori e Dr. Borasi). Nel secondo gruppo rientrano le tecniche Tomoterapiche (unità radiante con modulazione di tipo roto-elicoideale, in cui è integrato un dispositivo CT).



Nella relazione del Prof. Fazio è stata presentata sia l'unità radiante di Tomoterapia, che l'attuale esperienza clinica dell'ospedale S. Raffaele di Milano, unico centro europeo a disporre oggi di tale dispositivo. Il Dr. Calandrino invece, si è soffermato sulla modellistica radiobiologica e sui dati di letteratura che giustificano la tipologia di frazionamento (poche sedute di trattamento con dosi elevate) ed i protocolli terapeutici attivati nel loro centro.

Ponendo l'attenzione sulle più recenti tecnologie e procedure diagnostico-terapeutiche introdotte in campo medico, la Dr.ssa Guidoni ha presentato le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità in merito alla sperimentazione clinica, rilevando la necessità di effettuare qualsiasi tipo ricerca all'interno di studi controllati, con protocolli ben definiti e valutati da comitati etici.

Nelle terapie con fasci modulati, il livello di complessità del trattamento è significativamente aumentato, rendendo più difficili le fasi di contornazione (segmentazione delle regioni tumorali bersaglio), pianificazione (calcolo previsionale della distribuzione di dose successivamente erogata in fase di trattamento) e verifica dosimetrica pre-trattamento (accuratezza della dose da erogare), ma soprattutto rendendo critica la fase di centratura (controllo della posizione spaziale) del bersaglio tumorale durante il trattamento.

Questa maggiore complessità ha portato all'introduzione

di nuovi dispositivi di verifica che, posti all'interno delle sale di trattamento, consentono di verificare accuratamente la posizione del paziente prima e durante l'esecuzione d'ogni seduta di trattamento (IGRT - radioterapia guidata dall'immagine). Questi aspetti sono stati affrontati nel loro complesso all'interno della relazione del Dr. Low, il quale si è soffermato particolarmente sulle problematiche relative ai bersagli tumorali in movimento: il trattamento di una massa mobile polmonare richiede o una sincronizzazione (gating) delle radiazioni con l'atto respiratorio, o l'utilizzo di tecniche d'inseguimento (tracking) del tumore. La recente disponibilità di un modello previsionale, personalizzabile sul caso clinico, in grado di prevedere e seguire la posizione spaziale di un dato volume (del tumore) durante l'atto respiratorio, apre nuove prospettive sia per l'imaging multimodale 4D (3 coordinate spaziali ed 1 temporale), che per le tecniche radioterapiche sincronizzate con la respirazione.

Nel congresso un'intera sezione dei lavori è stata dedicata all'ipossia tumorale.

Il Dr. Ruggieri nella sua relazione ha descritto i modelli di vascolarizzazione di un tessuto tumorale, comprensivi del comportamento ipossico sia acuto (più radio-resistente e fluttuante durante l'irradiazione) che cronico (meno radioresistente e più stazionario durante l'irradiazione), e si è soffermato sulle criticità degli attuali modelli radiobiologici, oggi largamente utilizzati per



ricercare e proporre nuovi schemi di frazionamento.

La Dr.ssa Dehdashti, ricordando come tra gli effetti dell' ipossia tumorale ci siano un minor controllo loco-regionale, una minore sopravvivenza libera da malattia ed una maggiore probabilità di ricadute, ha indicato nei nuovi traccianti PET (F-MISO e Cu-ATSM, marcatori ipossici ormai maturi) e nell'imaging funzionale MRI ad alto campo la strada maestra per affrontare questo problema.

Il Dr. Powell, nella relazione conclusiva, affrontando l'ipossia dal punto di vista clinico-radioterapico, ha proposto alcune strategie terapeutiche possibili, basate sull'escalation di dose, attraverso le tecniche a modulazione d'intensità per il dose-painting delle regioni a minor ossigenazione, e sull'utilizzo di nuovi farmaci anti-ipossia.

Dott. Giovanni Borasi

Direttore Fisica Sanitaria

Dott. Mauro Iori

Responsabile Fisica in Radioterapia



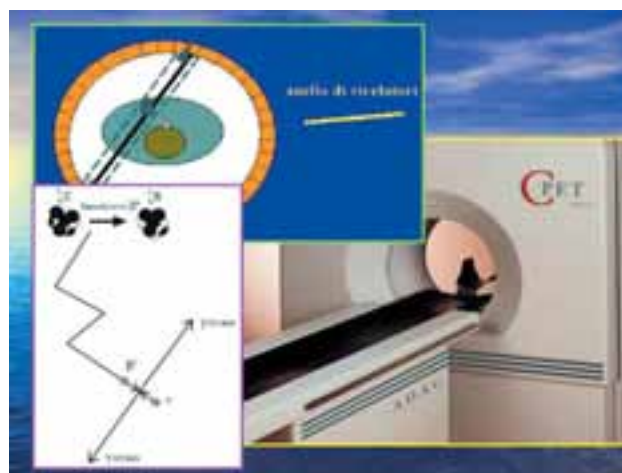
Delegazione della Washington University di St. Louis e dell'ASMN a Telereggio (da sinistra: Annibale Versari, Barry Siegel, Mattia Asti, Adriana Gandolfi, Cinzia Iotti, Patrizia Sangalli, Iva Manghi, Federica Fioroni, Mauro Iori, Daniel Low, Tina Ahearn, Gianni Montanari, Salvatore De Franco, Simon Powell)



Il Ruolo del Tecnico Sanitario di **Radiologia Medica**

Per descrivere il percorso che ha portato i tecnici di Medicina Nucleare e di Radioterapia a ricoprire un ruolo fondamentale nello sviluppo e nell'aggiornamento dei servizi al paziente bisogna far riferimento ai due meeting internazionali 'L'imaging metabolico PET per una moderna Radioterapia', organizzati dall'ASMN nel 2003 e nel 2005. Durante il primo, dell'ottobre 2003, i tecnici erano 'relegati' al ruolo di auditori: non era stata richiesta una loro collaborazione attiva, ma di ascoltare 'ad orecchie spalancate' per apprendere il più possibile dagli 'inarrivabili' relatori di oltre oceano. Da quel momento è nato un interesse crescente nei servizi di Medicina Nucleare e di Radioterapia per una interazione fattiva del personale tecnico, per recepire le innovazioni presentate, applicarle e renderle di routine, con una collaborazione multidisciplinare fino a quel momento imprevedibile.

Così nell'ottobre 2005, partecipando alla seconda edizione del Meeting, un qualsiasi osservatore ha potuto assistere ad un evento completamente diverso da quello di due anni prima: i tecnici, collaborando attivamente alla buona riuscita dell'evento, erano assurti dal ruolo di passivi spettatori a quello di veri e propri protagonisti. Essendo lo scopo del Meeting duplice, da un lato stimolare l'aggiornamento dei tecnici e la cooperazione fattiva tra i due Servizi e dall'altro controllare i progressi di tale collaborazione, essenziali e chiarificatrici del livello di cooperazione raggiunto sono state le relazioni presentate da due coppie di tecnici dei due reparti coinvolti: nella sessione svoltasi sotto la supervisione di Tina Ahern, referente infermieristico dell'Ufficio Affari Internazionali del Barnes-Jewish Hospital di Saint Louis per l'organizzazione del Meeting e già presente all'edizione del 2003, le relazioni presentate dai tecnici di Medicina Nucleare e Radioterapia hanno colpito per la chiarezza, l'eshaustività e la completezza





tanto che, nel suo intervento di chiusura della manifestazione, la Ahern si è detta molto impressionata dalla quantità e qualità del lavoro svolto dal personale tecnico e dagli eccellenti risultati ottenuti dalla collaborazione tra i due reparti, esortando calorosamente i presenti a portarla avanti.

Come è stata possibile una simile trasformazione del ruolo dei tecnici in appena un biennio?

Per trovare risposta a questa domanda bisogna ripercorrere alcune tappe fondamentali del processo: la partecipazione del CTSRM Patrizia Sangalli, nel luglio 2004, al viaggio di aggiornamento compiuto da alcuni collaboratori della Medicina Nucleare a Saint Louis, per verificare le modalità di cooperazione tra il personale e le potenzialità della PET-TC, macchina che tra breve sarà presente anche nella nostra Azienda. In quella visita al Barnes-Jewish per la prima volta è stata concessa ad un tecnico la possibilità di confrontarsi sul campo con colleghi usi ad adoperare tecnologie innovative e sempre nuove e ad integrare la propria attività con quella di altri reparti.

Da questa essenziale esperienza è derivata la convinzione che Medicina Nucleare e Radioterapia dovevano integrare i loro sforzi al fine di ottenere una crescita sensibile di efficienza.

Da qui l'inizio della collaborazione attiva tra i due reparti, improntata allo scambio di informazioni sulle modalità di lavoro: ad esempio le tecniche di immobilizzazione del paziente adottate in Radioterapia, trasferite in Medicina Nucleare, permettono una maggiore accuratezza nella rilevazione delle immagini PET; allo stesso modo il posizionamento di reperi cutanei sia in PET che in TC consentono un buon riallineamento delle immagini acquisite in momenti diversi. Questo percorso di collaborazione ha portato, non senza fatica, all'organizzazione di un mini-convegno



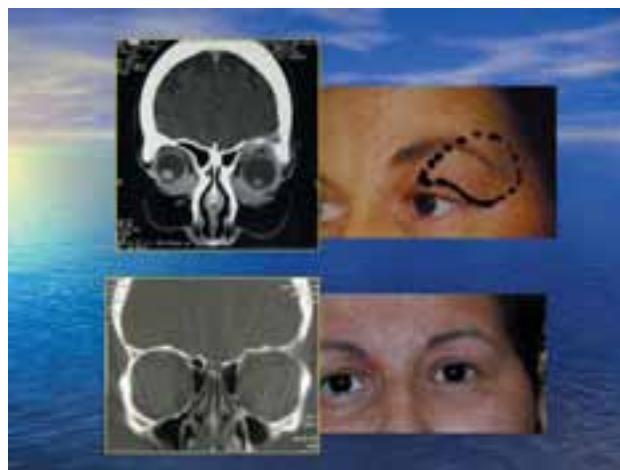


aziendale mirante a integrare le competenze dei tecnici: nel gennaio 2005, infatti, i due reparti hanno coinvolto i tecnici di 'categoria' in una manifestazione - ripetuta in due edizioni per dar modo a tutti di partecipare - inerente le innovazioni nel campo della radioterapia e soprattutto l'aggiornamento sulle modalità di lavoro che i tecnici di un reparto devono conoscere dell'altro per condurre correttamente le proprie attività in questo delicato campo. Il risultato di tali sforzi comuni, tesi a lavorare insieme al meglio, è stato eclatante, al punto di avere una ufficializzazione durante il Meeting del 2005: la formazione biunivoca che si è iniziata rende evidente quanto sia ormai imprescindibile una strettissima collaborazione tra i due reparti, con lo scopo esplicito di ottimizzare il percorso di trattamento del paziente. Grazie all'efficacia di questa collaborazione ci sentiamo indubbiamente pronti ad affrontare con competenza le sfide professionali che ci riserverà il futuro, con la prossima introduzione della PET-TC con le sue complesse dinamiche d'uso.

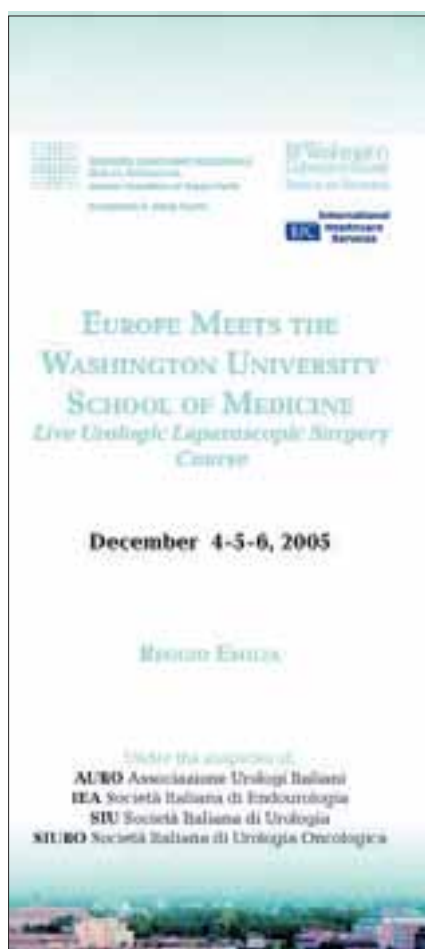
In conclusione, ci sembra doveroso ringraziare coloro che, riponendo una notevole fiducia nella nostra professione e in noi, ci hanno permesso di intraprendere un simile percorso di collaborazione, ovviamente volto al miglioramento del servizio offerto al paziente, ma che contemporaneamente rende più stimolante e soddisfacente anche la nostra esperienza professionale.

Patrizia Sangalli
CTSRM di Medicina Nucleare

Roberta Saccani
CTSRM di Radioterapia



Europe Meets the
**Washington University
School of Medicine**
Live Urologic Laparoscopic
Surgery Course





La collaborazione tra **Washington University e ASMN** in campo **Urologico**

L'Urologia dell'ASMN ha iniziato il programma di collaborazione con il dipartimento urologico del Barnes Jewish Hospital/Washington University di St. Louis nel 2003, spinta dall'esigenza di sviluppare alcune branche della specialità come l'endourologia (trattamento di patologie delle vie urinarie attraverso gli orifizi naturali) e la videolaparoscopia. Il reparto della Washington University è stato, ed è tuttora, un centro pionieristico e di riferimento per gli specialisti di tutto il mondo in questi campi avendo sviluppato per primo tecniche "mini invasive" che sono state poi applicate diffusamente. Numerosi sono gli interventi per il trattamento di calcoli che sono stati messi a punto a St. Louis e qui è stata effettuata la prima nefrectomia radicale laparoscopica per tumore renale. Il reparto americano inoltre è di riferimento anche nel campo della urologia oncologica, in particolare di quella che si occupa del tumore della prostata, e molte delle conoscenze su questa neoplasia sono dovute a studi effettuati alla Washington University. Ciò è un ulteriore motivo di interesse comune tra le due strutture in quanto anche l'Urologia di Reggio Emilia è da anni impegnata nella ricerca sulle neoplasie prostatiche e per questo è riconosciuta a livello istituzionale (Ministero della Salute) come reparto di eccellenza per la chirurgia uro-oncologica in generale e per il carcinoma prostatico in particolare. Il progetto ha finora visto l'invio di due specialisti reggiani, il dott. Carlo Lusenti e il dott. Sebastiano Spatafora, per stage di alcune settimane negli Stati Uniti. I periodi di perfezionamento professionale



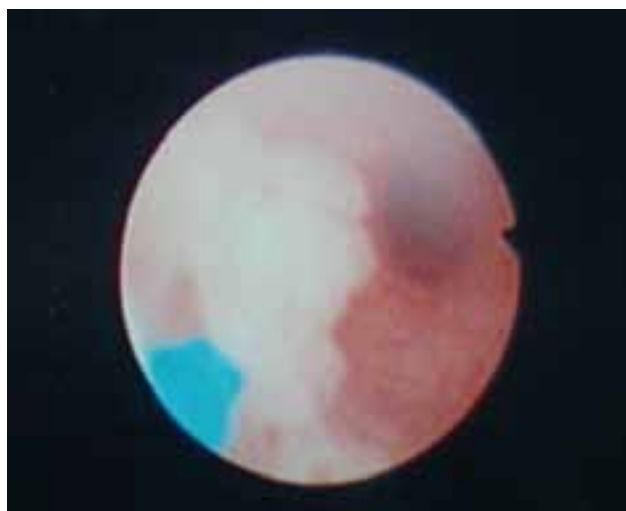
e il continuo scambio di informazioni tra i due reparti hanno portato ad una notevole innovazione delle prestazioni erogate dal S.Maria Nuova.

Il numero di interventi per calcoli urinari sono raddoppiati in questi ultimi anni, sono state eseguite operazioni mai



In sala operatoria a Saint Louis

fatte in precedenza a Reggio Emilia, quali il trattamento con tecniche endourologiche delle neoplasie delle alte vie urinarie o di malformazioni congenite, e la videolaparoscopia urologica è diventata una pratica routinaria. A suggello di questa prima fase del programma di collaborazione è stato organizzato ai primi di dicembre il Convegno Internazionale "Europe Meets the Washington University: Live Urologic Laparoscopic Surgery Course" durante il quale sono stati eseguiti in diretta dalle sale operatorie 8 interventi di alta chirurgia laparoscopica. Si sono alternati al tavolo operatorio Gerald Andriole, direttore del Dipartimento di Urologia della Washington University, Sam Bhayani, superesperto di videolaparoscopia urologica, Paolo Fornara, Direttore



Laser coagulazione di neoplasia ureterale

dell'Urologia di Halle - Germania, Richard Gaston, uno dei massimi esperti videolaparoscopisti urologi europei, Jamie Landman, un pioniere della endourologia e della videolaparoscopia urologica, e Gaetano Grosso, consulente urologo laparoscopista del S. Maria. Il tutto è stato corredato da vivaci discussioni e scambi di opinioni sia durante le sessioni operatorie sia nel corso delle sedute pomeridiane in cui sono stati esaminati casi clinici particolarmente originali e difficoltosi. L'evento ha avuto un grande successo e ha visto la partecipazione ed il vivo interesse da parte dei Congressisti, oltre 130, i quali hanno avuto l'opportunità di aggiornarsi nel vero senso della parola cioè acquisire notizie pratiche da applicare nella pratica clinica quotidiana. È stato apprezzato anche il programma sociale iniziato con la cerimonia d'apertura che si è svolta presso l'ammirabilissimo Palazzo Rocca Saporiti e culminato nella divertente "cena di gala" tenutasi al C.E.R.E. dove i convenuti, nazionali ed internazionali, hanno potuto verificare di persona sia la bontà della cucina sia la qualità dell'ospitalità che la nostra città può offrire.

I riscontri a fine convegno sono stati molto positivi ed è motivo di orgoglio per il nostro ospedale che tutti i partecipanti, compresi i professionisti americani, tedeschi e francesi, abbiano apprezzato l'eccellente organizzazione di un evento così complesso. Questo straordinario successo d'immagine per la nostra azienda ospedaliera è stato ottenuto anche grazie alla professionalità dimostrata dagli anestesisti, infermieri e personale di supporto che con grande spirito di collaborazione ed interazione, sono riusciti a realizzare un evento così importante che avrà sicuramente ripercussioni positive sulla qualità delle prestazioni urologiche erogate dal S. Maria.

Prof. Sergio Leoni, Direttore Urologia

Dott. Sebastiano Spatafora, Urologia



Prospettive del **ruolo infermieristico** nelle relazioni internazionali

Taiwan, maggio 2005. Il congresso dell'ICN (International Council of Nurses) propone il tema: "Nursing in the move: knowledge, innovation, vitality"; pochi mesi dopo, a Roma, si è tenuto il Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI dal titolo "L'infermieristica italiana in Europa: incontro e confronto di obiettivi e valori". Sono chiare le sollecitazioni rivolte agli infermieri, sia a livello internazionale che nazionale: il mondo infermieristico esprime un movimento di rete che va oltre i confini di stato.

A livello locale lo sviluppo del programma di Network internazionale del S. Maria conferma la rilevanza del costruire una rete allargata di scambio e confronto fra professionisti. Quali sono le possibilità per gli infermieri di essere protagonisti di relazioni professionali internazionali?

Le possibilità sono e potrebbero essere diverse, sia di scambio con gli infermieri di oltre oceano che con gli infermieri a livello europeo. Per quanto riguarda il confronto con le realtà statunitensi, può essere significativo ricordare i principali contenuti emersi nei due incontri con Tina Ahearn (RN,BSN, Patient Services Coordinator - International Healthcare Services - Barnes-Jewish Hospital - St. Louis) e con Michel Martin (Infermiera Coordinatrice del Servizio di Endocrinologia della Mayo Clinic-Rochester-Minnesota).



Tina Ahearn - Patient Services Coordinator - International Healthcare Services - Barnes-Jewish Hospital - St. Louis

È chiaro che ci sono molte differenze fra la nostra realtà e la loro, in termini di cultura, di caratteristiche del sistema sanitario e del sistema organizzativo ospedaliero, di evoluzione della professione infermieristica e delle professioni sanitarie in genere. Ma alle differenze si accompagnano anche elementi comuni, primo fra tutti la carenza infermieristica. Un altro elemento emerso più volte dal confronto fra le colleghe statunitensi si riferisce alle competenze dell'infermiere.



Competenze che connotano l'infermiere come professionista esperto nei diversi campi dell'infermieristica, attribuendo quindi ad esso un ruolo di esperto di assistenza di base e avanzata. Altro elemento sul quale si è molto discusso è l'integrazione professionale, che anche nella realtà statunitense è stata una conquista faticosa. La storia e le criticità del loro processo di integrazione ricalcano del tutto la nostra esperienza, quasi una forma di "conquista" nei confronti del mondo medico, giocata sul versante della formazione, della competenza e della piena assunzione di responsabilità. Questa particolare riflessione ha quindi ristrutturato i luoghi comuni di chi pensa che lo sforzo necessario per sviluppare l'identità professionale dell'infermiere, sia presente solo nelle nostre realtà.

Come emerso dagli incontri con le colleghe americane, ma con eguale possibilità di investimento con realtà europee, le tematiche su cui progettare un possibile scambio possono essere:

- modelli assistenziali (esempio case manager),
- assessment infermieristico,
- presa in carico e continuità assistenziale,
- strumenti di integrazione professionale,
- percorsi clinico-assistenziali.

Si tratta ora di pensare a team-work operativi che contemplino l'attivazione di professionisti infermieri che, come è accaduto per i tecnici di radiologia, possano imparare dal confronto fra la propria esperienza e l'esperienza dei colleghi stranieri.

Lungi da una visione esterofila, si auspica che lo scambio possa nascere dalla consapevolezza che abbiamo molte cose da imparare, ma altrettante da portare come nostro contributo positivo.

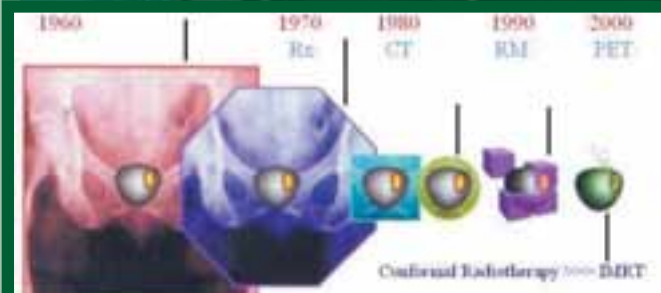
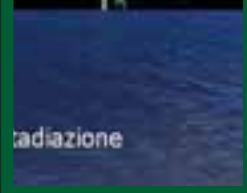
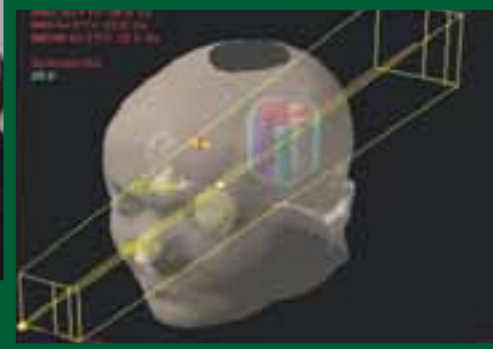
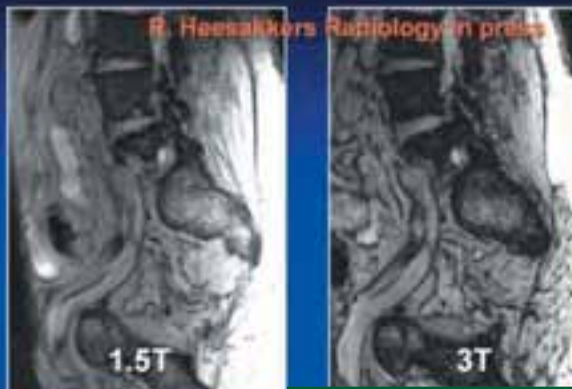
Solo nell'ottica di una costruttiva reciprocità, è possibile uno sviluppo.

Marina lemmi

Direttore Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica



Future Prospects 3-T Improves Image Quality



Dr Emilio Bombardieri
Presidente dell'Associazione Italiana
di Medicina Nucleare ed Imaging
Molecolare

