L'ITER NORMATIVO

Ecco i requisiti per la qualità

Nel 2002 la Regione Veneto ha approvato la legge regionale n. 22, contenente principi e fondamenti delle applicazioni dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie socio-sanitarie e sociali del territorio regionale.

Nel 2004, grazie al lavoro dell'Agenzia regionale socio-sanitaria del Veneto (Arss) e delle direzioni regionali direttamente coinvolte, la Giunta regionale ha dato corso alla legge, deliberando il Manuale di applicazione (Dgr 2501/04) e gli standard di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie e sociali (Dgr 2473/04).

L'iter normativo da percorrere per poter essere autorizzati e poi accreditati in Veneto, si può descrivere tramite alcuni elementi base:

- natura dei requisiti e scale di valutazione;
- fasi procedurali;
- attori e istituzioni coinvolte.

In quanto alla natura, i requisiti rispecchiano la diversa finalità dell'autorizzazione all'esercizio rispetto all'accreditamento istituzionale.

Nel primo caso si tratta di elementi strutturali, tecnologico-impiantistici, organizzativi, funzionali, richiesti quali elementi minimi atti a garantire standard omogenei e imprescindibili per poter operare sul territorio regionale, in totale osservanza della qualità e della sicurezza delle cure dei cittadini veneti.

Trattandosi di elementi minimi, la scala di valutazione non può che essere di impostazione dicotomica (sì/no), tale che il requisito è presente o è assente; ed è ovvio che l'assenza di uno o più requisiti implicherebbe il diniego o la sospensione del rilascio, salvo il caso in cui si stia parlando di strutture esistenti, per le quali saranno previste modalità e termini di adeguamento.

I requisiti di accreditamento, di natura prevalentemente organizzativa hanno invece la funzione di riconoscere e valorizzare il diverso livello qualitativo di ciascuna struttura in base al suo "modus operandi".

La procedura di autovalutazione e classificazione affidata ai centri

La natura stessa dei requisiti e la complessità dell'oggetto della valutazione impongono l'utilizzo di una scala di valutazione articolata su tre diversi punteggi:

- 0%: requisito assente;
- 60%: requisito presente ma migliorabile;
- 100%: requisito presente e non ulteriormente migliorabile.

Un punteggio medio complessivo pari o superiore ad almeno il 60% consentirà di accreditare la struttura richiedente, riconoscendole la qualità di potenziale erogatore per conto del soggetto pubblico Regione.

Solo questo riconoscimento consentirà alla struttura di poter accedere a un accordo contrattuale con la Regione per erogare prestazioni coperte dal fondo pubblico.

Gli attori e le istituzioni coinvolte lo sono in relazione a due momenti precisi: esecuzione della visita di verifica e rilascio dell'atto finale.

Il rilascio dell'atto finale, quindi la competenza degli stessi, può ricadere sul Comune o sulla Regione: dipende dalla classificazione e dalla procedura in essere.

Gli esecutori previsti per la visita di verifica variano in base al fatto che la stessa sia relativa all'autorizzazione piuttosto che all'accreditamento.

Nel primo caso, la visita può essere eseguita, a scelta dell'autorità competente secondo tre diverse modalità:

1. con proprie strutture tecniche;

2. delegandola alla Ulss territorialmente competente;

3. delegandola alla Arss, che la esegue con team multiprofessionali formati da "facilitatori", figura formata e indicata dall'Agenzia, come preferibile esecutore della visita di autorizzazione.

La visita di accreditamento, invece, può essere svolta solo dall'Arss, che a tale proposito coordina team multiprofessionali formati da "valutatori", figura formata e iscritta in un Albo regionale come unico possibile esecutore delle visite di accreditamento.

Le fasi procedurali, sia per l'autorizzazione che per l'accreditamento, tranne che per piccole differenze, sono le medesime; eliminando quelle strettamente legate agli aspetti amministrativi, rimangono da descrivere come fondamentali nell'affermarsi della logica del miglioramento continuo della qualità:

1. classificazione e autovalutazione;

2. visita di verifica e relazione di verifica.

La prima cosa che una struttura richiedente dovrebbe fare è quella di classificarsi fra le tipologie individuate, per individuare l'autorità competente con la quale dovrà interfacciarsi, ma soprattutto i requisiti rispetto ai quali dovrà autovalutarsi.

L'autovalutazione, da un punto di vista strettamente tecnico, è una lettura critica del livello di risposta della propria struttura alle richieste dei requisiti contenuti nelle liste di verifica, rispetto alle quali si potrà scegliere la risposta positiva («sì», 60%/100%), segnalando le evidenze a supporto, oppure la risposta negativa («no», 0%), cominciando a ipotizzare eventuali adeguamenti da concordare, prima con il team di verifica e poi con l'autorità competente.

Autovalutarsi, in funzione di un miglioramento continuo della propria qualità, dà la possibilità di individuare aree deboli da superare e aree forti da valorizzare, in modo da programmare e gestire linee di intervento che permettano di mirare a standard più elevati di qualità.

Dall'altro lato la visita di verifica non fa che perfezionare questo circolo virtuoso, andando ad aggiungere l'elemento confronto. Soggetti terzi estranei alla struttura valutanda, con un loro bagaglio di esperienze e competenze, si confrontano con chi ha fatto l'autovalutazione, supportandolo nella definizione del proprio percorso di miglioramento della qualità.

La filosofia principale della normativa è quella di generare, attraverso la valutazione di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali un processo di miglioramento continuo della qualità, che consente, prima in fase d'autorizzazione e poi d'accreditamento, di stimolare un iter di apprendimento organizzativo continuo delle strutture in merito ai loro punti di forza e di debolezza e di cambiamento orientato al miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Le delibere d'attuazione della legge regionale 22/2002 non si limitano a introdurre soltanto nuove procedure amministrative ma, di fatto, implicano un importante cambiamento che impatta:

- da un lato, con la definizione di una classificazione delle strutture e con il disegno della rete di offerta di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- dall'altro, con l'individuazione dei requisiti che devono garantire almeno l'esistenza di condizioni minime di qualità, garantendo equità, efficienza, efficacia pari e accessibilità.

Rimanendo ferma la filosofia d'applicazione della Lr 22/2002, la strategia d'applicazione regionale ha preso, però, due strade distinte e parallele: una relativa alle strutture sanitarie, che prevede la messa in regola delle strutture non autorizzate, la conferma di quelle prima autorizzate e l'accreditamento istituzionale delle stesse; l'altra, relativa alle strutture socio-sanitarie e sociali, che prevede la sperimentazione di requisiti, standard e procedure d'autorizzazione e di accreditamento, al fine di valutarne l'effettiva applicabilità prima della loro effettiva entrata in vigore.

Infatti, mentre per le strutture sanitarie il processo è pienamente in vigore e a oggi, a più di 18 mesi dall'entrata in vigore della legge 22/2002, molti sono stati i provvedimenti rilasciati, per le strutture socio-sanitarie e sociali l'assessore alle Politiche sociali di concerto con l'assessore alle Politiche sanitarie, con Drg 3855/2004 ha ritenuto opportuno data la complessità del settore e le pochissime esperienze presenti di intraprendere un periodo di sperimentazione.

VENETO/ La Regione sperimenta

Welfare, test

Simulata l'applicazione della

La Regione ha organizzato, con la collaborazione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, una sperimentazione che ha coinvolto l'intero territorio regionale, per tutte le tipologie d'unità d'offerta interessate (si veda la tabella in alto a destra), per un totale di più di 200 servizi. Il campione è composto di strutture afferenti alle seguenti aree:

- strutture socio-sanitarie a forte valenza sociale: anziani, disabili, dipendenze;
- strutture sociali: minori; tutela della prima infanzia;
- strutture socio-sanitarie a forte valenza sanitaria (hospice, Hrsa, sezione Stati vegetativi permanenti-Svp; sezione Alta protezione Alzheimer Sapa).

Oltre alle strutture e ai loro referenti sono state coinvolte tutte le 21 aziende Ulss del Veneto, individuando per ciascuna azienda a supporto della sperimentazione un responsabile di progetto, che funge da interfaccia tra l'Arss e le strutture coinvolte e un referente per ogni area di servizio coinvolta, che seguisse la stessa formazione dei referenti di struttura e che li seguisse nelle attività d'autovalutazione dei requisiti d'autorizzazione e d'accreditamento.

Inoltre, a completamento della sperimentazione sono stati coinvolti circa 40 valutatori formati e competenti per la fase di visita di verifica dei requisiti d'accreditamento nelle strutture afferenti all'ambito socio-sanitario e sociale.

Il progetto, che aveva come vincolo operativo quello di simulare l'applicazione della legge regionale 22/2002 ripercorrendone esattamente tutti i passaggi, è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. formazione dei soggetti coinvolti;

2. autovalutazione in termini di autorizzazione e di accreditamento;

3. esecuzione visite di verifica;

4. raccolta e analisi dei dati;

5. lavori di revisione.

Formazione e raccolta-dati i cardini del progetto

La fase iniziale del progetto prevedeva una breve formazione degli operatori delle strutture coinvolte e dei referenti delle aziende Ulss di supporto alla sperimentazione, funzionale alla conoscenza dei temi in sperimentazione e alla condivisione del piano di lavoro e degli obiettivi del progetto.

In tutto sono stati realizzati 11 corsi da due giornate, in cui i referenti dell'Arss e della Direzione dei servizi sociali informavano e formavano su:

- piano delle attività, ruoli, obiettivi e tempistica della sperimentazione;
- contenuti della normativa di settore per ogni area ante e post legge regionale n. 22;
- descrizione delle procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale ex Lr n. 22;
- metodologia e tecniche di autovalutazione;
- illustrazione dei documenti da utilizzare (liste di verifica, questionario, schema relazione di verifica).

Al di là dei singoli temi trattati durante i corsi, il messaggio principale che si voleva rimanesse ai partecipanti era che, percorrere le procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale non sarà finalizzato all'ottenimento di un mero atto formale, ma più che altro all'individuazione di margini e percorsi virtuosi di miglioramento delle singole strutture e dell'intero sistema regionale.

A margine dei corsi di formazione, oltre ad aver rilevato la soddisfazione dei partecipanti, si è dato loro modo di segnalare già le proprie osservazioni in merito alla prima presa visione della classificazione e dei requisiti.

Ciascuna struttura alla conclusione della formazione aveva a disposizione 15-20 giorni per procedere all'autovalutazione sui requisiti di autorizzazione e compilare i questionari collegati, e 25-30 giorni per autovalutarsi sui requisiti di accreditamento.

Ciascun referente di struttura, supportato o meno, attraverso una lettura simultanea del manuale degli standard (allegato A alla Dgr 2473/2004) valutava la risposta della propria struttura al singolo requisito della lista di verifica (Manuale di applicazione Dgr 2501/04), annotando evidenze a supporto, difficoltà interpretative ed eventuali osservazioni.

A completamento del processo di raccolta di informazioni utili alle analisi, ciascun referente doveva compilare anche un questionario per la rilevazione di caratteristiche specifiche delle singole strutture.

Il questionario è stato articolato in n sezioni:

- anagrafica, contenente denominazione, natura giuridica, rappresentanza legale recapiti;
- capacità ricettiva (posti massimi, posti occupati al 31/12/2005, ripartizione in nuclei e sezioni, presenza di più unità di servizio destinate anche a utenti diversi);
- commento alla classificazione (critica alla classificazione, alla capacità ricettiva massima consentita e agli utenti individuati);
- dati relativi ai requisiti strutturali, tecnologici, organizzati e funzionali;
- schede coordinatori: una scheda per ogni coordinatore contenente profilo professionale, titolo di studio posseduto, rapporto contrattuale e ore settimanali dedicate al coordinamento;
- schede operatore: una per ciascun operatore contenente profilo professionale, titolo di studio posseduto, rapporto contrattuale e ore settimanali lavorate.

La compilazione simultanea di liste di verifica e questionario doveva permettere di cogliere aspetti utili alle valutazioni di merito necessarie all'individuazione degli standard e dei requisiti definitivi da applicare, cioè:

- corretto inquadramento di standard e requisiti (autorizzazione vs accreditamento);
- coerenza tra standard e requisito;
- chiarezza dello standard in termini di stesura e metodologia di valutazione;
- livello dello scostamento;
- situazioni particolari non inquadrabili nelle proposte sperimentate.

Nella autovalutazione, i referenti di ciascuna struttura coinvolta hanno giocato di fatto due ruoli, da un lato facilitatori per la propria struttura richiedente autorizzazione e accreditamento e dall'altro rappresentanti di settore partecipanti come tecnici ai lavori di analisi.

In quanto facilitatori ciascuno ha valutato la rispondenza della propria struttura ai singoli requisiti, individuando evidenze già esistenti e, laddove necessarie, gli eventuali adeguamenti da intraprendere per essere prima autorizzati e poi accreditati.

In quanto rappresentanti di settore, hanno fatto valere le loro competenze tecniche segnalando motivate osservazioni e proposte di modifica che hanno poi costituito la traccia del lavoro impostato nei tavoli regionali.

Alla autovalutazione è seguita l'esecuzione di visite di verifica, così come previste dalla normativa, utili a un confronto con soggetti terzi ed esterni alla struttura valutanda, da cui nasceva una relazione in cui venivano riportati valutazione complessiva della struttura e criticità o dubbi relativi a standard e requisiti.

La strategia

Liste di verifica	Responso della autovalutazione e della verifica con relative evidenze
+	
Questionario	Caratteristiche specifiche delle singole strutture: anagrafica; capacità ricettiva; dati relativi ai requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali; schede coordinatori; schede operatore
+	
Relazioni di verifica	Commenti e osservazioni dei facilitatori e dei valutatori

gli standard per le strutture sociosanitarie e sociali

di accreditamento

legge regionale su un totale di 200 servizi

	Report di area
=	• Presentazione del campione • Situazione complessiva di area • Situazione rilevata per la singola tipologia di unità di offerta

Le modalità di esecuzione della visita erano due:

1. due visite distinte, una per l'autorizzazione e un'altra per l'accreditamento, la prima svolta dal referente di progetto e di area della Ulss territorialmente competente, la seconda svolta dai precedenti affiancati e condotti da un valutatore, figura individuata e formata dall'Arss per l'applicazione dell'accreditamento;

2. un'unica visita svolta dai referenti della Ulss territorialmente competente e dal valutatore individuato dalla Arss, per la valutazione congiunta dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.

La visita, preceduta anche da un'analisi documentale, aveva una durata variabile, mai più di una giornata, e si svolgeva secondo l'ottica del confronto costruttivo e funzionale all'individuazione di possibili percorsi di miglioramento della struttura.

A seguito della visita il gruppo di verifica compilava lo schema di relazione di verifica predisposto dall'Arss, contenente l'esito della visita e il riepilogo dei requisiti non rispettati, tabelle riassuntive di criticità e osservazioni su requisiti e standard.

L'insieme di dati, informazioni e considerazioni delle strutture coinvolte è stato elaborato dall'Arss, che ha prodotto un report per ciascun settore coinvolto, contenente le seguenti sezioni:

- presentazione del campione;
- situazione complessiva di area;
- situazione rilevata per la singola tipologia di unità di offerta.

Inoltre è stato prodotto un report specifico riguardante l'area dei requisiti strutturale, in cui sono state raccolte tutte le non conformità strutturali e relative analisi di scostamento per tutte le tipologie di strutture per ogni area.

Tali rapporti saranno analizzati, in base alle competenze, o dai referenti della direzione dei Servizi sociali o da quelli della direzione Piani e programmi socio-sanitari, dall'Arss e dai rappresentanti di strutture pubbliche e private.

Le direzioni regionali proporranno per le strutture di propria competenza le eventuali modifiche da apportare a standard e requisiti problematici, prima che entri in applicazione, al termine del periodo sospensivo (scadenza 30 giugno), la legge regionale 22/02 per le strutture socio-sanitarie e sociali.

L'aspettativa delle strutture, delle Aulss, della Regione e dell'Arss, è di ottenere alla fine uno strumento per la qualificazione dell'offerta e per la garanzia agli utenti di una buona organizzazione e sicurezza del proprio sistema socio-sanitario regionale.

a cura di
F. Antonio Compostella
Direttore
Cinzia Bon
Evelino Marco Perri
Area Accreditamento e qualità Arss del Veneto

Le unità d'offerta coinvolte

Anziani	N. nel campione	N. in regione (dato 2005)
• Case per anziani non autosufficienti	21	269
• Case per anziani autosufficienti	5	
• Rsa anziani (nuclei a maggiore intensità sanitaria)	5	
• Totale residenzialità	31	
• Centri diurni per anziani	3	52
Totale anziani	**34**	**321**
Disabili	**N. nel campione**	**N. in regione**
• Comunità alloggio per persone con disabilità	18	99
• Comunità residenziale per disabili in situazioni di gravità	6	
• Rsa per persone con disabilità	7	
• Totale residenzialità	31	
• Centro diurno per persone con disabilità	21	250
Totale disabili	**52**	**349**
Minori	**N. nel campione**	**N. in regione**
• Comunità educativa diurna minori/adolescenti	3	16
• Comunità educativa con pronta accoglienza per minori	5	12
• Comunità educativa minori	16	64
• Comunità educativa riabilitativa per minori/adolescenti	2	-
• Comunità educativa mamma bambino	8	48
Totale minori	**34**	**140**
Infanzia	**N. nel campione**	**N. in regione**
• Nido integrato	29	220
• Asilo nido	16	180
• Centro infanzia	2	59
• Micro nidi	2	15
Totale infanzia	**49**	**474**
Dipendenze	**N. nel campione**	**N. in regione**
• Servizio residenziale tipo A	1	52
• Servizio residenziale tipo B	4	
• Servizio residenziale tipo C	4	
• Totale residenzialità	9	
• Servizi di pronta accoglienza per tossicodipendenti	3	7
• Servizi ambulatori per tossicodipendenti	8	38
• Servizio semiresidenziali per tossicodipendenti	5	22
Totale dipendenze	**25**	**119**
Strutture a prevalente carattere sanitario	**N. nel campione**	**N. in regione**
• Hrsa (*)	4	13
• Hospice	2	10
• Sapa	1	15
• Svp	1	18
Totale	**202**	**1.459**

(*) L'art. 11 della Lr 3/2/2006 n. 2, elimina le Hrsa assimilandole alla tipologia Rsa (Lr per l'esercizio 06)

42° CONGRESSO NAZIONALE SIRM
Milano, 23-27 giugno 2006

Società Italiana di Radiologia Medica

Sede
Fiera Milano Center, ingresso Viale Scarampo - Porta Colleoni 21-22

Informazioni
Segreteria Scientifica: SIRM, via della Signora 2, 20122 Milano
tel. 0276006094 - 0276006124, fax 0276006108, congr2006@sirm.org
Segreteria Organizzativa: ECON, via della Moscova 16, 20121 Milano
tel. 0229005745, fax 0229005790, sirm2006@econcongressi.it

www.congresso.sirm.org

Dal 23 al 27 giugno 2006 si terrà a Milano, presso i padiglioni 14 e 17 di Fieramilanocity, il 42° Congresso Nazionale della SIRM - Società Italiana di Radiologia Medica. La SIRM è la Società scientifica e professionale che raggruppa la maggioranza dei radiologi italiani. Sono infatti iscritti alla Società circa 8000 radiologi, operanti nell'ambito di strutture pubbliche e private. La SIRM tiene il suo Congresso Nazionale ogni due anni con l'obiettivo di fare il punto sulle nuove metodiche e tecniche diagnostiche e di terapia radiologica interventistica che sono state introdotte nella pratica clinica. Al tempo stesso il Congresso Nazionale è l'occasione per puntualizzare temi già trattati in precedenti convegni e già ben codificati nella pratica clinica quotidiana ma che comunque abbisognano di ulteriori aggiornamenti. Lo scopo didattico del Congresso Nazionale, a cui partecipano attivamente circa 4000 radiologi, è perciò quello di approfondire problemi già ben conosciuti e di focalizzare argomenti di punta, di ricerca, importanti per la ricaduta che possono avere nella Diagnostica per Immagini. Parte integrante del Congresso Nazionale è la Mostra Tecnica che vede riuniti circa 100 espositori, sia italiani che stranieri, e che è l'occasione per presentare sul mercato nazionale le più recenti apparecchiature dedicate alla Radiologia. I lavori scientifici si articolano in Conferenze di Apertura e di Chiusura (entrambe dedicate alle prospettive future tecniche e professionali), in 4 Corsi Monotematici, in 27 Tavole Rotonde (16 di argomento clinico e 11 di contenuto organizzativo-informatico), in 14 Corsi di Aggiornamento, in 32 Lezioni di Aggiornamento, in 2 Laboratori, in 576 Comunicazioni Orali, in circa 550 Poster e in 2 Sfide agli Esperti, una delle quali dedicata ai radiologi più giovani. Complessivamente le ore dedicate all'attività scientifica sono 234 e si svolgono in 9 aule e in più di 20 laboratori. I quattro Corsi Monotematici rappresentano sicuramente, sia per gli argomenti che per il numero di ore dedicate a ciascuno, un momento didattico di schematizzazione e di inquadramento importante per il radiologo. Il Corso "Cardioradiologia" affronta, nell'arco di 13 ore di attività didattica, l'anatomia del cuore, la tecnica di studio TC ed RM e gli studi funzionali. Le applicazioni cliniche sono affrontate dal punto di vista della TC, della RM senza tralasciare l'apporto dell'ecocardiografia e della radiologia tradizionale. Una sessione è dedicata allo studio della placca coronarica, una all'imaging dell'ischemia cardiaca e dell'infarto mentre l'ultima sessione, dal titolo "Prospettive avanzate in cardioradiologia", presenta le evoluzioni della cardioradiologia (Spettroscopia e Imaging spettroscopico, Cardio RM a 3 Tesla, Imaging molecolare).
Anche il Corso "Imaging in oncologia" ha una durata di 13 ore: le prime due sessioni sono dedicate ad argomenti introduttivi (imaging e screening, TNM e stadiazione, imaging e oncogenesi, valutazione della risposta al trattamento) mentre le altre affrontano le neoplasie dei diversi distretti anatomici (rinofaringe e base cranica, polmone, fegato e vie biliari, pancreas, rene e surrene, colon-retto, utero ed ovaio, osso e parti molli). Inoltre altri argomenti oncologici sono trattati sia nei Corsi e nelle Lezioni di Aggiornamento sia nelle Tavole Rotonde. Il Corso "Imaging delle malattie infettive" affronta le infezioni della testa e del collo, del sistema nervoso, dell'apparato respiratorio, dell'apparato gastrointestinale, dell'apparato uro-genitale e dell'apparato muscoloscheletrico con lo scopo didattico di richiamare l'attenzione su un tipo di patologia non ancora scomparsa ed anzi sempre più frequente. Infine il Corso "Aggiornamenti tecnologici: le nuove frontiere dell'imaging" presenta le evoluzioni tecnologiche in Ecografia, in TC, in RM e in Radiologia Digitale-PACS. Una sessione di questo Corso è specificatamente dedicata alla TC-PET per cercare di dare a tutti le conoscenze per affrontare questa nuova emergente metodica diagnostica.
Accanto ai Corsi Monotematici gli altri argomenti clinico-radiologici sono affrontati nelle numerose Tavole Rotonde, Corsi e Lezioni di Aggiornamento, Comunicazioni Orali e Poster. In questa edizione particolare attenzione è stata dedicata alla sezione poster: sulla scia di quanto avviene per i congressi mondiali più importanti i più di 500 poster sono presentati in forma elettronica: ciò consente una maggior interattività di apprendimento e soprattutto l'archiviazione di tutti i contributi che saranno a disposizione ora e in futuro di tutti i radiologi, anche di quelli che non possono partecipare direttamente al Congresso.
Sono meritevoli di segnalazione i due Laboratori, di Diagnostica per Immagini e di Informatica. I Laboratori sono concepiti come momento di didattica a piccoli gruppi durante il quale è possibile incontrare colleghi esperti nei vari settori ed ascoltare suggerimenti e consigli su come condurre determinate procedure diagnostiche o su come descrivere, sul referto radiologico, i vari quadri patologici. Il Laboratorio di Radiologia comprende due moduli, il Modulo Radiologia ed il Modulo Esercitazioni in Ecografia. Nel primo modulo è prevista la discussione e la dimostrazione di casistica clinica, compresa la mammografia, ed una guida alla refertazione mentre il secondo prevede esercitazioni pratiche di ecografia ed eco-color Doppler effettuate sulle apparecchiature. Il Laboratorio di Informatica è strutturato nel modulo Informatica di Base e Radiologia Informatica e nel modulo DemoLab software di ricostruzione 3D e navigazione virtuale. Nel primo sono affrontati argomenti di informatica di base importanti per l'attività professionale e scientifica del radiologo insieme ad argomenti attuali di Radiologia Informatica mentre nel secondo modulo si svolgeranno esercitazioni pratiche, direttamente sulle workstation, dedicate alla navigazione virtuale e alle rielaborazioni 3D.
Accanto agli argomenti clinici il 42° Congresso Nazionale tratta anche argomenti di tipo più strettamente professionale, dal budget agli aspetti normativi ed economici per la scelta dei mezzi di contrasto o di gestione della Teleradiologia, dall'Health Technology Assessment ai diversi problemi dosimetrici e radioprotezionistici.
È superfluo ricordare l'importanza che ha la Diagnostica per Immagini nell'ambito della moderna Medicina e Chirurgia e, di conseguenza, il 42° Congresso Nazionale della Società Italiana di Radiologia Medica, cui partecipa più del 50% dei radiologi operanti in Italia, è il momento in cui gli operatori del settore, affiancati da specialisti provenienti da altre aree cliniche e con l'aiuto di esperti di altre branche non mediche, affrontano gli sviluppi delle conoscenze mediche, adeguando la cultura scientifico-professionale dei radiologi ai continui cambiamenti e le inevitabili sfide che il futuro ci riserva.