

# RADIOLOGO E ONCOLOGO: UNA INTESA NELLA NUOVA REALTÀ TERAPEUTICA DEI FARMACI TARGET E IMMUNOTERAPICI

CORSO RESIDENZIALE

ROMA, 9 MARZO 2018

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Alessandra Fabi

Antonello Vidiri

6 CREDITI FORMATIVI

ACC  MED

ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA

SEZIONE DI ONCOLOGIA

CON IL PATROCINIO

  
Associazione Italiana di Oncologia Medica

  
CIPOMO



## OBIETTIVI

I nuovi farmaci target e immunologici determinano una risposta al trattamento che necessita di una specifica metodologia di rivalutazione della risposta e, al tempo stesso, le nuove tecniche di imaging sono in grado di identificare la risposta biologica a tali farmaci.

Il corso si propone di acquisire informazioni riguardo la tipologia di risposta determinata dalle nuove terapie nella cura dei tumori solidi e di approfondire, in un confronto tra oncologi e radiologi, le adeguate metodologie diagnostiche per la migliore valutazione della risposta al trattamento e dell'outcome della malattia.

Attraverso lezioni in cui si approfondiscono tematiche legate al tipo di risposta clinica e radiologica e correlazioni con biomarcatori tumorali, alcuni casi clinici presentati in associazione all'oncologo e al radiologo andranno a porre l'accento sulle criticità nella pratica clinica legate sia alla risposta ai nuovi trattamenti oncologici che all'evoluzione di alcuni tumori solidi nel corso del follow up.

## RIVOLTO A

Medici specialisti e specializzandi in oncologia, radiologia, chirurgia e radioterapia. Non sarà possibile erogare crediti per professioni/discipline non previste.

## ECM

Sulla base del regolamento applicativo approvato dalla CNFC, Accademia Nazionale di Medicina (provider n. 31), assegna alla presente attività ECM (31-212509): **6 crediti formativi**.

L'attestazione dei crediti ottenuti è subordinata a:

- corrispondenza professione/disciplina a quelle per cui l'evento è accreditato;
- partecipazione ad almeno il 90% della durata dell'evento;
- compilazione della scheda di valutazione dell'evento;
- superamento della prova di apprendimento (questionario, almeno 75% risposte esatte).

Si rammenta al partecipante che il limite massimo dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento 2017-2019 acquisibili mediante invito da sponsor è di 1/3.

## PROGRAMMA

### VENERDÌ, 9 MARZO

- 9.00 Registrazione dei partecipanti
- 9.20 Introduzione  
Alessandra Fabi,  
Antonello Vidiri
- 9.40 **Cosa cambia nella definizione della risposta ai nuovi trattamenti oncologici**  
**L'oncologo al radiologo**  
Alessandra Fabi
- 10.00 **Quali tecniche di imaging tra morfologico e non-morfologico nella valutazione della risposta. Il radiologo all'oncologo**  
Antonello Vidiri
- 10.20 **Cosa cerchiamo in corso di trattamento? La parola all'oncologo e al radiologo**  
Valeria Panebianco,  
Paolo Bossi
- 10.40 *Pausa caffè*
- 11.00 **Può cambiare l'imaging dopo il trattamento? Il follow up**  
Vincenzo Anelli
- 11.20 **Si può ipotizzare una predittività di risposta da una indagine di imaging?**  
Marcello Ravanelli
- 11.40 **Biomarcatori nell'imaging non-morfologico. A che punto siamo e quale correlazione con i biomarcatori genetici?**  
Andrea Laghi
- 12.00 **Pseudo-progressione e pseudorisposta. Il punto di vista del clinico e quello del radiologo**  
Alessandro Bozzao,  
Giuseppe Minniti
- 12.20 Discussione
- 13.00 *Pausa pranzo*
- Presentazione e discussione di casi clinici (con televoter)**  
Un panel di esperti composto da oncologo e radiologo commenterà ogni caso analizzando i risultati delle votazioni e esprimendo le proprie valutazioni
- 14.00 **Tumore del polmone**  
Mauro Caterino,  
Fabiana L. Cecere
- 14.20 **Cerebrali**  
Andrea Romano,  
Veronica Villani
- 14.40 **Tumore testa-collo**  
Emma Gangemi,  
Laura D. Locati

- 15.00 **Tumore della mammella**  
Federica Pediconi,  
Michelangelo Russillo
- 15.20 **Tumore del colon**  
Armando Orlandi,  
Marco Rengo
- 15.40 **Tumore della prostata**  
Daniele Alesini, Luca Bertini
- 16.00 **Discussione generale.**  
**A che punto siamo?**  
Moderatore:  
Consuelo D'Ambrosio
- 17.00 Chiusura e questionario  
di valutazione  
dell'apprendimento

## RESPONSABILI SCIENTIFICI

**Alessandra Fabi**  
Div. Oncologia Medica I  
IRCCS Istituto Nazionale Tumori  
"Regina Elena"  
Roma

**Antonello Vidiri**  
U.O. Radiologia  
IRCCS Istituto Nazionale Tumori  
"Regina Elena"  
Roma

## RELATORI

**Daniele Alesini**, Roma  
**Vincenzo Anelli**, Roma  
**Luca Bertini**, Roma  
**Paolo Bossi**, Milano  
**Alessandro Bozzao**, Roma  
**Mauro Caterino**, Roma  
**Fabiana Letizia Cecere**, Roma  
**Consuelo D'Ambrosio**, Roma  
**Emma Gangemi**, Roma  
**Andrea Laghi**, Roma  
**Laura Deborah Locati**, Milano  
**Giuseppe Minniti**, Roma  
**Armando Orlandi**, Roma  
**Valeria Panebianco**, Roma  
**Federica Pediconi**, Roma  
**Marco Ravanelli**, Brescia  
**Marco Rengo**, Roma  
**Andrea Romano**, Roma  
**Michelangelo Russillo**, Roma  
**Veronica Villani**, Roma

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Il corso è riservato a un numero limitato di partecipanti.

Quota di iscrizione: € 90,00. La quota è esente IVA.

Ai sensi dell'art. 54 T.U.I.R. e nei limiti ivi previsti, le spese di partecipazione alla presente attività sono deducibili nella determinazione del reddito di lavoro autonomo.

Per iscriversi è necessario inviare a Accademia Nazionale di Medicina - Galleria Ugo Bassi 2 - 40121 Bologna o al numero di fax 051 0569162, **entro il 25 febbraio 2018:**

- scheda di iscrizione debitamente compilata;
- consenso al trattamento dei dati personali riportato nel retro della scheda di iscrizione;
- attestazione del pagamento effettuato.

Il pagamento della quota potrà essere effettuato mediante: **assegno bancario** non trasferibile intestato a Accademia Nazionale di Medicina; **bonifico bancario** intestato a Accademia Nazionale di Medicina, Banco Popolare - IBAN: IT11M050340140500000000966 - SWIFT(BIC) CODE: BAPPIT22 (specificando nella causale "Iscrizione del Dott./Dott.ssa ..... al Corso codice CAR 18\_RE\_2566"); **carta di credito** MasterCard, Visa, EuroCard (no AMEX).

In alternativa è possibile iscriversi on-line all'indirizzo [www.accmed.org](http://www.accmed.org) facendo comunque seguire attestazione del bonifico o i dati della carta di credito al fax 051 0569162.

**Non saranno considerate valide le domande pervenute senza attestazione del pagamento e/o con scheda incompleta. L'iscrizione sarà confermata dalla Segreteria a mezzo mail.**

### RINUNCE E ANNULLAMENTI

- Qualora non venga raggiunto il numero minimo di iscritti necessario alla realizzazione del corso, la Segreteria si riserva di inviare una comunicazione scritta e il rimborso totale della quota.
- In caso di rinuncia si prega di inviare una comunicazione scritta a [info.bologna@accmed.org](mailto:info.bologna@accmed.org) entro e non oltre dieci giorni prima della realizzazione del corso. La quota versata sarà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti effettuati dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.

## SEDE

### All Time Relais & Sport Hotel

Viale Don Pasquino Borghi, 100  
Roma

#### *Indicazioni per raggiungere la sede del corso:*

**AUTO:** dal GRA prendere l'uscita 26 verso Roma centro. Scesi dalla rampa, dopo 500 mt svoltare allo svincolo a destra che conduce a MOSTACCIANO /TORRINO. Al termine della discesa, svoltare a sinistra e seguire le indicazioni per All Time Relais & Sport Hotel (Via Domenico Jachino).

**TRENO:** rendere la Metropolitana, linea B (direzione Laurentina). Dopo 9 fermate scendere a Palasport. (20 minuti). Prendere l'autobus 778 oppure 708 per giungere rispettivamente a Via Domenico Jachino o Via Don Pasquino Borghi 100. In taxi tempo di percorrenza circa 15 minuti

**AEREO: dall'Aeroporto di Fiumicino:** Prendere il treno "Leonardo Express" fino alla stazione di Roma Ostiense. Da questa stazione percorrere 500 mt a piedi per raggiunge Metro Piramide. In 5 fermate si raggiunge la stazione "Palasport". Prendere l'autobus 778 oppure 708 per giungere rispettivamente a Via Domenico Jachino o Via Don Pasquino Borghi 100. In taxi tempo di percorrenza circa 20 minuti.

**Dall'Aeroporto di Ciampino:** Bus della compagnia Terravision per raggiungere Roma Termini. Tempo di percorrenza: 40 minuti.

## PROMOSSO DA

### ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA

Direttore Generale: Stefania Ledda



07-Q-00019-TIC

#### *Informazioni e iscrizioni:*

[www.accmmed.org](http://www.accmmed.org)

Tel. 051 6360080 | Fax 051 0569162

[info.bologna@accmmed.org](mailto:info.bologna@accmmed.org)

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

### Forum Service

Via Martin Piaggio 17/6  
16122 Genova

#### *Prenotazioni alberghiere*

Tel 010 83794244 | Fax 010 83794261

[booking@forumservice.net](mailto:booking@forumservice.net)

## CON LA SPONSORIZZAZIONE NON CONDIZIONANTE DI

The AMGEN logo consists of the word 'AMGEN' in a bold, blue, sans-serif font, followed by a registered trademark symbol (®).

The BRACCO logo features a stylized blue and green hexagonal shape above the word 'BRACCO' in a blue, sans-serif font. Below the word, the tagline 'LIFE FROM INSIDE' is written in a smaller, blue, sans-serif font.

The NOVARTIS logo features a stylized blue and orange flame-like shape above the word 'NOVARTIS' in a blue, sans-serif font.

The Roche logo consists of the word 'Roche' in a blue, sans-serif font, enclosed within a blue hexagonal border.

Roma, 9 marzo 2018

18\_RE\_2566

Nome e cognome .....

Tel. abitazione ..... Cellulare .....

Come è venuto a conoscenza del corso:

 sito ANM  postel  mail  locandina  altro .....**PAGAMENTO E FATTURAZIONE\*****Il pagamento della quota di iscrizione, senza il quale la stessa non sarà ritenuta confermata, avverrà tramite:**

Codice Fiscale .....

 **bonifico bancario** intestato ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA, Banco Popolare  
IBAN: IT11M050340140500000000966 - SWIFT(BIC) CODE: BAPPIT22, specificando  
nella causale "Iscrizione del Dott./Dott.ssa al Corso 18\_RE\_2566 " e inviando copia  
via fax al n. 051 0569162

Luogo e data di nascita .....

 **assegno non trasferibile** intestato a Accademia Nazionale di Medicina

Professione .....

(specificare: medico, biologo, tecnico lab. ecc)

 **Carta di credito:** MasterCard  Visa  EuroCard 

Ordine/Collegio/Ass.prof.le ..... Prov. ....

N° iscrizione .....

Nome intestatario .....

Disciplina/Specializzazione .....

 **Libero professionista**  **Dipendente**  **Convenzionato**

CCV (ultime 3 cifre retro carta) ..... Validità .....

Qualifica .....

N° Carta (16 cifre) .....

Ente di appartenenza .....

Divisione .....

Firma .....

Indirizzo ente .....

Intestazione fattura .....

Cap ..... Città .....

C.F. ....

Tel ..... Fax .....

P. IVA .....

E-mail .....

Indirizzo .....

Indirizzo abitazione .....

Cap ..... Città .....

*I campi in grassetto sono obbligatori, l'incompleta o inesatta compilazione (codice fiscale, data di nascita, ecc.) della scheda di iscrizione potrà comportare la mancata assegnazione dei crediti formativi ECM relativi all'evento.**\*per cancellazioni/rimborsi v. "Modalità di iscrizione" sul programma*

## Informativa sul trattamento dei vostri dati personali

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 “codice in materia di protezione dei dati personali”

Ai Partecipanti alle Attività di Accademia Nazionale di Medicina

### Oggetto dell’informativa

La presente informativa riguarda tutti i Vostri dati personali oggetto di trattamento da parte di Accademia Nazionale di Medicina. Tali dati sono di natura comune [es. dati anagrafici, dati contabili].

### Finalità del trattamento

I Vostri dati personali vengono trattati per le seguenti finalità: (a) fornitura di prodotti e/o servizi formativi e per assolvere a tutti gli obblighi legali, amministrativi e contabili relativi; (b) promozione delle attività organizzate da Accademia Nazionale di Medicina.

### Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati viene effettuato con strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, utilizzando supporti cartacei e/o attraverso l’ausilio di sistemi elettronici.

### Comunicazione e diffusione dei dati

I Vostri dati, salvo quanto nel seguito specificato, non costituiscono oggetto di comunicazione o diffusione all’esterno di Accademia Nazionale di Medicina.

Per esigenze tecniche e operative connesse al conseguimento delle finalità sopra indicate, alcuni dei Vostri dati potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: ente poste o altre società di recapito della corrispondenza, banche ed istituti di credito, agenzie di servizi, aziende che erogano servizi di manutenzione informatica; altri soggetti, società o enti nei casi in cui la comunicazione risulti necessaria per le finalità sopra elencate e nei limiti necessari allo svolgimento del loro incarico; soggetti che possono accedere ai dati in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme. Nel solo caso di attività accreditate ECM, per lo svolgimento delle procedure ECM, alcuni dei vostri dati saranno comunicati al Ministero della Salute.

### Obbligo o facoltà di conferire i dati

Il conferimento e il consenso al trattamento dei vostri dati sono facoltativi, ma necessari per il conseguimento delle finalità di cui sopra. In particolare, in caso di Vs. mancato conferimento dei dati e/o del consenso per le finalità di cui al punto (a) saremo impossibilitati a dare corso alla vostra iscrizione e agli adempimenti ad essa connessi, in caso di Vs. mancato conferimento dei dati e/o del consenso per le finalità di cui al punto (b) Accademia Nazionale di Medicina non potrà promuovere presso di voi le proprie attività.

### Diritti dell’interessato

In ogni momento potrete esercitare i Vostri diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell’ Art.7 del D.Lgs. 196/2003, in particolare: ottenere l’aggiornamento, la rettifica ovvero l’integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

### Titolare e responsabili del trattamento

Titolare del trattamento è Accademia Nazionale di Medicina, associazione no profit con sede legale in “Via Martin Piaggio 17, 16122 Genova”, che ha nominato come responsabili soggetti i cui dati sono reperibili presso la sede legale.

### Richiesta di consenso al trattamento dei vostri dati personali

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 “codice in materia di protezione dei dati personali”

Il sottoscritto [inserire nome e cognome in stampatello]

ricevuta l’informativa di cui all’articolo 13 e preso atto dei diritti di cui all’articolo 7 del Dlgs 196/03, relativamente alle finalità

di cui al punto (a)  presta il consenso  nega il consenso

affinchè i miei dati personali possano essere trattati, nel rispetto della legge sopra richiamata, per gli scopi indicati e affinchè gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti e per le finalità dichiarate.

Data .....Firma .....

di cui al punto (b)  presta il consenso  nega il consenso

affinchè i miei dati personali possano essere trattati, nel rispetto della legge sopra richiamata, per gli scopi indicati e affinchè gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti e per le finalità dichiarate.

Data .....Firma .....