



***RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICO-ASSISTENZIALE (RBPCA) PER LA  
STESURA DI UN MODELLO DI RICHIESTA DI UN ESAME DI TOMOGRAFIA  
COMPUTERIZZATA (TC) E DI UN MODELLO DI REFERTAZIONE RADIOLOGICA DI UN ESAME  
TC PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO.***



Società Italiana di  
Radiologia Medica  
e Interventistica



## **ABSTRACT**

La gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici ha migliorato i risultati terapeutici, rispondendo in modo efficace ed efficiente alle esigenze di salute dei pazienti. Un elemento critico per garantire una corretta gestione del paziente rimane l'adeguata comunicazione dei diversi membri del team multidisciplinare, ed in modo specifico tra radiologo e oncologo. L'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) e la Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM) hanno creato un gruppo di lavoro composto da membri rappresentativi, non solo per migliorare la comunicazione tra le due discipline specialistiche, ma soprattutto per consentire a ciascun membro delle due branche specialistiche di beneficiare di raccomandazioni di buona pratica clinica sia per la compilazione del modulo di richiesta di esame di Tomografia Computerizzata (TC) che del modello di refertazione radiologica consentendo pertanto, anche ai clinici e ai radiologi che non lavorano in centri di riferimento, di gestire correttamente i pazienti nelle varie fasi del loro percorso oncologico.

**Numero di Raccomandazioni elaborate: 29**

## **COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO**

### **Comitato tecnico scientifico e/o Moderatore**

Nicoletta Gandolfo, Direttore Dipartimento Immagini, Direttore SC Radiologia, Ospedale Villa Scassi IRCCS-AOM (Azienda Metropolitana Ospedaliera) – Genova, Italia

Nicola Silvestris, Direttore SC Oncologia Medica - IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” – Bari, Italia.

### **Panel di esperti**

Francesco Perrone, Direttore SC Sperimentazioni Cliniche, “Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale – IRCCS di Napoli”, Napoli, Italia.

Massimo Di Maio, Professore Ordinario, Dipartimento di Oncologia, Università degli Studi di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Italia.

Luca Brunese, Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “Vincenzo Tiberio”, Università del Molise, Campobasso, Italia.

Carmine Pinto, Direttore SC Oncologia Medica, Comprehensive Cancer Centre, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia.

Lorenza Rimassa, Professore Associato, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università Humanitas, 20072 Pieve Emanuele, Milano, Italia, Unità Operativa di Oncologia Epatobiliopancreatica, Humanitas Cancer Center, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, 20089 Rozzano (Milano), Italia.

Roberto Bordonaro, Direttore Dipartimento di Oncologia Medica, Direttore SC di Oncologia Medica - ARNAS Garibaldi di Catania, Catania, Italia.

Chiara Cremolini, Professore Ordinario, Unità di Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa, Italia, Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa, Pisa, Italia.

Gianmauro Numico, Direttore SC di Oncologia Medica, AO S. Croce e Carle, Cuneo, Italia.

Alessandra Fabi, Responsabile SSD di Medicina di Precisione in Senologia, Dipartimento di Scienze della salute della donna, del bambino e di sanità pubblica, Direzione Scientifica, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Italia.

Giordano Beretta, Oncologo, SC Oncologia Medica Ospedale Pescara, Pescara, Italia.

Saverio Cinieri, Oncologo, Oncologia Medica e Breast Unit Ospedale Perrino di Brindisi, Brindisi, Italia.

Paolo Tralongo, Direttore SC Oncologia Medica, Azienda Sanitaria Provinciale Siracusa Ospedale Umberto I, Siracusa, Italia.

Paolo Marchetti, Direttore Scientifico, Istituto Dermatologico dell'Immacolata IDI-IRCCS, Roma, Italia.

Vittorio Miele, Professore Associato, Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche “Mario Serio”, Università di Firenze, Firenze, Italia.

Antonella Petrillo, Direttore SC di Radiodiagnostica, “Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale – IRCCS di Napoli”, Napoli, Italia.

Gianpaolo Carrafiello, Professore Ordinario, Università di Milano, Milano, Italia. Direttore Dipartimento Area dei Servizi, Direttore Radiologia, IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Italia.

Emanuele Neri, Professore Ordinario, Dipartimento di Ricerca Traslazionale, Università di Pisa, Pisa, Italia. Direttore UO Radiodiagnostica 1, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Pisa, Italia.

Andrea Giovagnoni, Direttore Dipartimento di Scienze Radiologiche - Divisione di Radiologia Clinica, Ospedale Universitario, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Ancona, Italia.

Luca Maria Sconfienza, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia; Responsabile Unità di Radiologia Diagnostica e Interventistica, IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant' Ambrogio, Milano, Italia.

Anna Rita Larici, Professore Associato, Dipartimento di Scienze Radiologiche ed Ematologiche, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Responsabile UOS di Diagnostica Toracica, Advanced Radiology Center (ARC), Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia Oncologica, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Roma, Italia.

Carlo Catalano, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Radiologiche, Oncologiche e Patologiche, Policlinico Umberto I, Sapienza University di Roma, Roma, Italia.

Andrea Laghi, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche, Humanitas Università, 20072 Pieve Emanuele, Milano, Italia. Direttore Radiologia, Humanitas Cancer Center, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (Milano), Italia.

Stefania Montemezzi, Radiologo, IRCCS Sacrocuore Don Calabria Negrar di Valpolicella (Verona), Italia.

Silvia Magnaldi, Radiologo, Centro Medico Esperia - Porcia (Pordenone), Italia.

### **Gruppo di Lavoro metodologico**

Vincenza Granata, Responsabile SS Risonanza Magnetica, SC di Radiodiagnostica, “Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale – IRCCS di Napoli”, Napoli, Italia.

Alessandro Serafini, Radiologo, Dipartimento di Radiologia, Candiolo Cancer Institute, FPO-IRCCS, Candiolo, Italia.

Roberta Fusco, Ingegnere Biomedico, SC di Radiodiagnostica, “Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale – IRCCS di Napoli”, Napoli, Italia.

Damiano Caruso, Professore Associato, Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma, Unità di Radiologia - Sant'Andrea Ospedale Universitario, Roma, Italia.

Ginevra Danti, Radiologo, Dipartimento di Radiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze, Italia.

Iliana Bednarova, Radiologo, Unità di Radiologia, Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padua, Italia.

Nerina Derano, Oncologo, Divisione di Oncologia Medica, Fondazione IRCCS Ca'Grande Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia.

Emilio Bria, Professore Associato, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia. Direttore SC Oncologia Medica Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma, Italia; Responsabile SS Neoplasie Toraco-Polmonari, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italia.

Lorena Incorvaia, Professore Associato, Dipartimento di Medicina di Precisione in Medicina, Chirurgia e Terapia Intensiva, Sezione di Oncologia Medica, Università degli Studi di Palermo, Palermo, Italia.

Luca Moscetti, Oncologo, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena, Modena, Italia.

Maria Carmela Piccirillo, Oncologo, Unità Sperimentazioni Cliniche, “Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale – IRCCS di Napoli”, Napoli, Italia.

### **Revisori esterni indipendenti**

Rossana Berardi, Professore Ordinario, Dipartimento di Oncologia, Università Politecnica delle Marche, AOU Marche, Ancona, Italia.

Mirko D'Onofrio, Professore Ordinario, Dipartimento di Diagnostica e Istituto di Radiologia di Sanità  
Pubblica, Policlinico 'G. B. Rossi', Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata di Verona, Verona, Italia.

Roberto Grassi, Professore Ordinario, Dipartimento di Medicina di Precisione dell'Università degli Studi della  
Campania Luigi Vanvitelli, Napoli, Italia

## ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI DI BPCA

### *Raccomandazioni per il modello di refertazione TC nella fase di stadiazione*

*Quesito clinico: Quali elementi morfostrutturali e topografici il radiologo dovrebbe descrivere sistematicamente nel referto TC per consentire al team multidisciplinare una classificazione per stadio completa e orientare le scelte tra approccio chirurgico, trattamento sistemico e terapie loco-regionali?*

<b>N°</b>	<b>RACCOMANDAZIONE</b>	<b>RAZIONALE SCIENTIFICO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>LIVELLO</b>
<b>1</b>	<b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, riportare dettagliatamente la sede della lesione primitiva, le dimensioni bidimensionali, la struttura e l'infiltrazione delle strutture contigue.</b>	<i>La corretta identificazione dei parametri morfo-strutturali, incluse dimensioni e struttura, così come l'eventuale coinvolgimento delle strutture o organi contigui, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i>	<b>I</b>	<b>C</b>
	<i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; Intervallo interquartile (IQR): 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i>			
<b>2</b>	<b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, riportare dettagliatamente il coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale, che a distanza, includendo le</b>	<i>La corretta identificazione del coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, consente una adeguata</i>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><b>dimensioni bidimensionali, la sede e il numero delle stazioni coinvolte e la struttura.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>pianificazione terapeutica del paziente</i></p>		
3	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi epatiche, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue, incluse le vascolari e le biliari.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con</i></p>	<p><i>La corretta definizione dell'impegno del parenchima epatico e quindi un'adeguata descrizione del numero di metastasi, della loro sede, dimensioni e rapporti con strutture contigue consente la scelta del trattamento più idoneo per il paziente (intervento chirurgico up-front, approccio combinato tecniche mini-invasive e chirurgia o trattamento sistemico</i></p>	I	C

	<p><i>punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>			
4	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi polmonari, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>Una corretta identificazione delle metastasi polmonari, inclusa la struttura, permette la scelta di trattamento più idonea per il paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
5	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi cerebrali, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e la presenza di edema.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round</i></p>	<p><i>Una corretta identificazione delle metastasi cerebrali consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><i>mediante metodologia Delphi modificata.</i></p> <p><i>L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>			
6	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi a distanza, incluso lo scheletro, identificando numero, sede, dimensioni, struttura e rapporto con le strutture contigue.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata.</i></p> <p><i>L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>Una corretta identificazione delle metastasi a distanza consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
7	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione della carcinosi peritoneale, utilizzando il peritoneal cancer index (PCI) e riportando il coinvolgimento di strutture critiche come la prima ansa</b></p>	<p><i>Una corretta descrizione della carcinosi peritoneale consente una adeguata stratificazione dei pazienti da sottoporre a procedure come l'ipertermia intraoperatoria piuttosto che trattamento sistemico.</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><b>digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>			
8	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione dei reperti accidentali, come anomalie anatomiche vascolari e non, ed eventuali condizioni di urgenza/emergenza.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>Una adeguata descrizione dei reperti accidentali, come anomalie anatomiche vascolari e non, ed eventuali complicanze, è necessaria per la corretta gestione del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

9	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, riportare le conclusioni.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>È utile ai fini di una corretta comunicazione tra clinico e radiologo che un modello di refertazione TC includa una sezione con le conclusioni dei dati più significativi riscontrati all'esame TC.</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
---	--	---	----------	----------

**Raccomandazioni per il modello di refertazione TC nella fase di valutazione della risposta al trattamento**

*Quesito clinico: Quali parametri il radiologo dovrebbe riportare e confrontare sistematicamente con l'esame TC basale per consentire al team multidisciplinare di classificare la risposta al trattamento e identificare precocemente eventuali complicanze correlate alla terapia?*

<b>N°</b>	<b>RACCOMANDAZIONE</b>	<b>RAZIONALE SCIENTIFICO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>LIVELLO</b>
1	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, riportare dettagliatamente la sede della lesione primitiva, le dimensioni bidimensionali, la struttura e l'infiltrazione delle strutture contigue, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p>	<p><i>La corretta identificazione dei parametri morfo-strutturali, incluse dimensioni e struttura, e l'eventuale coinvolgimento di strutture o organi contigui e il confronto con gli stessi parametri dell'esame TC precedente al trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>			
2	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, riportare dettagliatamente il coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale, che a distanza, includendo le dimensioni bidimensionali, la sede e il numero delle stazioni coinvolte, la struttura, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con</i></p>	<p><i>La corretta identificazione del coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, ed il confronto con gli stessi parametri dell'esame TC precedente al trattamento, consentono una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<i>punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i>			
<b>3</b>	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi epatiche, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue, incluse le vascolari e le biliari, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>La corretta definizione dell'impegno del parenchima epatico attraverso un'adeguata descrizione del numero di metastasi, della loro sede, delle dimensioni e dei rapporti con strutture contigue e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
<b>4</b>	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi polmonari, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i</b></p>	<p><i>La corretta definizione dell'impegno pleuro-polmonare e quindi un'adeguata descrizione del numero di metastasi, della loro sede, dimensioni e rapporti con strutture contigue e il</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><b>rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>		
5	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi cerebrali, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e la presenza di edema, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di</i></p>	<p><i>Una corretta valutazione dell'impegno cerebrale, con una adeguata descrizione del numero, della sede e della struttura delle metastasi cerebrali e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><i>consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>			
6	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi a distanza, incluso lo scheletro, identificando numero, sede, dimensioni, struttura e rapporto con le strutture contigue, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>Una corretta identificazione delle metastasi a distanza con una adeguata descrizione del numero, della sede e della struttura delle lesioni e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi del precedente esame TC, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
7	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione della carcinosi peritoneale, utilizzando il PCI e riportando il coinvolgimento di</b></p>	<p><i>Una corretta descrizione della carcinosi peritoneale e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

<p><b>strutture critiche come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata.</i></p> <p><i>L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>terapeutica del paziente, con prosieguo e/o eventuale modifica del regime terapeutico in corso.</i></p>		
--	---	--	--

8	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle complicanze relative al trattamento in corso.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>Una corretta e rapida identificazione delle complicanze potenzialmente correlate allo schema terapeutico in corso, la sede e l'entità della reazione stessa, è necessaria per il corretto management del paziente, consentendo di stabilire anche in base alle gravità delle complicanze, i pazienti che necessitano di una interruzione dello schema terapeutico e di eventuali trattamenti farmacologici da integrare per il controllo di eventuali situazioni di urgenza/emergenza.</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
9	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione dei reperti accidentali, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata).</i></p>	<p><i>Una adeguata descrizione dei reperti accidentali e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, è necessaria per la corretta gestione del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

10	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, riportare le conclusioni.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>È utile ai fini di una corretta comunicazione tra clinico e radiologo che un modello di refertazione TC includa una sezione con le conclusioni dei dati più significativi riscontrati all'esame TC, confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
----	--	---	----------	----------

**Raccomandazioni per il modello di refertazione TC nella fase di Follow-up**

*Quesito clinico: Quali informazioni il radiologo dovrebbe includere nel referto TC di sorveglianza per garantire la confrontabilità con gli esami precedenti e fornire al team multidisciplinare gli elementi necessari per l'identificazione precoce di ripresa o recidiva di malattia?*

<b>N°</b>	<b>RACCOMANDAZIONE</b>	<b>RAZIONALE SCIENTIFICO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>LIVELLO</b>
1	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare la ripresa/recidiva di malattia, descrivendo dettagliatamente la sede della lesione, le dimensioni bidimensionali, la struttura e l'infiltrazione delle strutture contigue. Nel caso di più lesioni, ciascuna lesione deve essere descritta nel dettaglio.</b></p>	<p><i>La corretta identificazione di una ripresa/recidiva di malattia, con la descrizione dei parametri morfo-strutturali, incluse dimensioni e struttura, così come l'eventuale coinvolgimento delle strutture o degli organi contigui di una o più lesioni consente una</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>		
2	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare dettagliatamente il coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, includendo le dimensioni bidimensionali, la sede e il numero delle stazioni coinvolte e la struttura.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>La corretta identificazione del coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>
3	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up,</b></p>	<p><i>La corretta descrizione della distanza delle lesioni epatiche,</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><b>riportare la distanza delle lesioni epatiche rispetto alla capsula, ai vasi ematici e biliari e dalla colecisti.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0;</i></p> <p><i>Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata.</i></p> <p><i>L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>rispetto a strutture critiche, come i vasi ematici, biliari o la colecisti, permette di identificare i pazienti che possono giovare di trattamenti mini-invasivi come la radiofrequenza</i></p>		
4	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, una adeguata descrizione della carcinosi peritoneale, utilizzando il PCI e riportando il coinvolgimento di strutture critiche come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0;</i></p> <p><i>Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata.</i></p> <p><i>L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con</i></p>	<p><i>Una corretta descrizione della carcinosi peritoneale consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.</i></p>	I	C

	<i>punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i>			
<b>5</b>	<p><b>È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, una adeguata descrizione dei reperti accidentali e/o eventuali condizioni di urgenza/emergenza.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<i>Una adeguata descrizione dei reperti accidentali e di eventuali potenziali complicanze è necessaria per la corretta gestione del paziente</i>	<b>I</b>	<b>C</b>
<b>6</b>	<p><b>È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare le conclusioni</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<i>È utile ai fini di una corretta comunicazione tra clinico e radiologo che un modello di refertazione TC includa una sezione con le conclusioni dei dati più significativi riscontrati all'esame TC.</i>	<b>I</b>	<b>C</b>

**Raccomandazioni per il modello di richiesta di esame TC da parte dell'oncologo**

*Quesito clinico: Quali dati clinici, anamnestici e strumentali il medico richiedente dovrebbe trasmettere al radiologo nella richiesta di esame TC per garantire l'appropriatezza dell'indagine, l'ottimizzazione del protocollo di acquisizione nelle tre fasi di stadiazione, rivalutazione della risposta e follow-up?*

<b>N°</b>	<b>RACCOMANDAZIONE</b>	<b>RAZIONALE SCIENTIFICO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>LIVELLO</b>
<b>1</b>	<b>È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, riportare i dati clinici del paziente, inclusa la diagnosi istologica, la sintomatologia, i dati di laboratorio più significativi, così come pregresse neoplasie del paziente e/o dei suoi familiari.</b>	<i>Un'anamnesi accurata del paziente, che includa la sintomatologia, i dati di laboratorio più significativi, così come pregresse neoplasie del paziente e/o dei suoi familiari e la diagnosi istologica laddove sia disponibile, consente sia una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente sia il miglioramento dell'accuratezza diagnostica</i>	<b>I</b>	<b>C</b>
	<i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i>			
<b>2</b>	<b>È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di stadiazione, riportare i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche.</b>	<i>Riportare nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di stadiazione, i dati più significativi di eventuali precedenti esami strumentali, consente una ottimizzazione della</i>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente, e migliora l'accuratezza diagnostica</i></p>		
3	<p><b>È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di ri-stadiazione, riportare i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le terapie in corso, specificando il tipo di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, target therapy), il numero di ciclo e l'ultima somministrazione, così come progressi trattamenti radioterapici, terapie loco-regionali, trattamenti chirurgici e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con</i></p>	<p><i>Riportare nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di ri-stadiazione, i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le terapie in corso, specificando il tipo di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, target therapy), i progressi trattamenti loco-regionali (radioterapia, terapie loco-regionali, chirurgia) e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche, consente una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente, e migliora l'accuratezza diagnostica, consentendo di</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

	<i>punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i>	<i>identificare precocemente l'efficacia del trattamento e/o eventuali complicanze relative al trattamento.</i>		
<b>4</b>	<p><b>È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di follow-up, riportare i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le pregresse terapie, specificando il tipo di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, target therapy), pregressi trattamenti radioterapici, terapie loco-regionali, trattamenti chirurgici e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche.</b></p> <p><i>Livello di accordo percentuale: Accordo percentuale: 100%; Mediana: 3; IQR: 0; Consenso: unanime ottenuto al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR è risultato pari a 0 in presenza di consenso unanime (100% dei votanti con punteggio 3), indicando assenza di dispersione delle valutazioni.</i></p>	<p><i>Riportare nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di follow-up, i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le pregresse terapie mediche, i pregressi eventuali trattamenti radioterapici, loco-regionali, e/o chirurgici e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche, consente una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente, e migliora l'accuratezza diagnostica, consentendo di identificare precocemente la ripresa/recidiva di malattia</i></p>	<b>I</b>	<b>C</b>

## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE E RAZIONALE</b> .....	<b>27</b>
<b>2. OBIETTIVI, AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE RBPCA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER</b> .....	<b>28</b>
<b>3. METODI</b> .....	<b>28</b>
3.1 Struttura Organizzativa e Strategia del Gruppo di Sviluppo .....	28
3.2 Strategia del gruppo di Sviluppo .....	30
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
4.1 <i>Processo Delphi modificato</i> .....	34
4.2 <i>Analisi statistica</i> .....	35
<b>5. SINTESI DELLE EVIDENZE E RBPCA</b> .....	<b>37</b>
5.1 <i>Consenso sul Modello di Refertazione TC nella fase di stadiazione</i> .....	39
5.2 <i>Consenso sul Modello di Refertazione TC nella fase di valutazione della risposta al trattamento</i> .....	40
5.3 <i>Consenso sul Modello di Refertazione TC nella fase di follow-up</i> .....	41
5.4 <i>Consenso sul Modello di Richiesta dell'esame TC da parte dell'oncologo</i> .....	43
5.5 <i>RBPCA</i> .....	46
<b>6. REVISIONE ESTERNA</b> .....	<b>85</b>
<b>7. APPLICABILITÀ</b> .....	<b>86</b>
<b>8. AGGIORNAMENTO DELLE RBPCA</b> .....	<b>87</b>
<b>9. INDIPENDENZA EDITORIALE E ALTRE DICHIARAZIONI</b> .....	<b>87</b>
<b>10. ALLEGATI</b> .....	<b>89</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>89</b>
<b>12. APPENDICI</b> .....	<b>100</b>
<i>APPENDICE A - STRINGHE DI RICERCA BIBLIOGRAFICA</i> .....	100
<i>APPENDICE B - I QUATTRO MODELLI DI IMPLEMENTAZIONE DELLE RBPCA</i> .....	101
<i>APPENDICE C - SCENARI CLINICI E ITEM DELPHI</i> .....	115

## **1. INTRODUZIONE E RAZIONALE**

---

La gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici non solo ha migliorato l'outcome dei pazienti, grazie alla crescente consapevolezza della necessità di curare il paziente piuttosto che la malattia (medicina personalizzata), ma ha anche evidenziato come il team, più che un singolo professionista, possa lavorare insieme nella cura del paziente, rispondendo in modo efficace ed efficiente alle sue esigenze di salute [1-4]. L'avvento dei team multidisciplinari (MDT) ha consentito una definizione più efficace ed efficiente del percorso diagnostico e terapeutico-assistenziale dei pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia. Nello specifico, l'MDT consente una pianificazione ottimale del trattamento per ogni paziente attraverso: 1) una stadiazione accurata del tumore; 2) l'accesso a terapie multimodali integrate; 3) l'accesso a terapie sistemiche personalizzate basate sulle caratteristiche molecolari del tumore; 4) una valutazione accurata della risposta al trattamento (restaging) e 5) un follow-up che tenga conto delle diverse categorie di rischio con imaging integrato [5-7].

Un elemento critico rimane una comunicazione adeguata, che possa favorire la gestione più corretta del paziente.

In ambito radiologico, la comunicazione con i clinici richiedenti avviene tramite referto, che deve essere dettagliato, facilmente comprensibile e rispondere adeguatamente alle domande poste dai clinici [8-15].

D'altra parte, affinché un radiologo possa soddisfare le esigenze del medico curante, è necessario che la richiesta di esame sia adeguatamente corredata da dati clinici, quali sintomi, fattori di rischio ed eventuali indagini di laboratorio, che possono non solo aiutare nell'interpretazione delle immagini, ma anche consentire di ottimizzare la tecnica di acquisizione [16-17]. Idealmente, queste informazioni dovrebbero essere facilmente accessibili nella lettera di riferimento del paziente o attraverso l'interoperabilità tra cartelle cliniche e cartelle sanitarie elettroniche, ma spesso non è così e le informazioni a disposizione del radiologo al momento della ricezione della richiesta sono subottimali.

Per rispondere a queste esigenze, l'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) e la Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM) hanno costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da esperti selezionati sulla base di comprovata esperienza clinica, attività scientifica e competenze specifiche nei diversi ambiti dell'oncologia e della radiologia. La composizione del gruppo è stata definita al fine di garantire un'adeguata rappresentatività delle diverse competenze coinvolte nel

percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico. L'obiettivo di questo team interdisciplinare è quello di migliorare non solo la comunicazione tra le due categorie, ma soprattutto di consentire a ciascun membro delle diverse categorie di beneficiare di raccomandazioni di buona pratica clinica sia per la compilazione del modulo di richiesta dell'esame che della refertazione radiologica, consentendo così anche ai medici e ai radiologi che non lavorano in centri di riferimento di gestire correttamente il paziente nelle varie fasi del suo percorso oncologico.

## **2. OBIETTIVI, AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE RBPCA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER**

---

Questo documento ha l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza, la completezza informativa e l'utilità clinico-decisionale della comunicazione tra oncologo e radiologo nella gestione del paziente oncologico sottoposto a TC. A tal fine, mediante un processo di consenso esperto (metodo Delphi modificato), vengono definite raccomandazioni di buona pratica clinico-assistenziale (RBPCA) che si concretizzano in quattro strumenti operativi: un modello di richiesta di esame TC e tre modelli di referto strutturato (SR) - rispettivamente per la fase di stadiazione, per la rivalutazione della risposta al trattamento e per il follow-up.

Il modello di richiesta di indagine TC ed i modelli di SR nei diversi scenari clinici, dovrebbero essere applicati sia nei centri di riferimento (Hub) che nelle strutture periferiche (spoke) nell'ambito di un'organizzazione nazionale di presa in carico del paziente oncologico

Le RBPCA di questo documento sono proposte per la gestione multidisciplinare di pazienti oncologici adulti, sia in fase diagnostica iniziale, sia in corso di trattamento, che di follow-up post-trattamento attivo.

Gli utilizzatori target delle RBPCA sono Oncologi e Radiologi impegnati nella gestione clinica dei pazienti oncologici adulti

## **3. METODI**

---

### **3.1 Struttura Organizzativa e Strategia del Gruppo di Sviluppo**

### **3.1.1 Struttura organizzativa del Gruppo di Sviluppo**

Lo sviluppo della presente RBPCA consensus-based è avvenuto in conformità alle indicazioni metodologiche del Manuale ISS per la produzione di Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale basate su consenso esperto.

Il processo ha previsto la costituzione dei seguenti organismi:

- Comitato Tecnico-Scientifico (CTS)
- Gruppo di lavoro metodologico (WK1)
- Panel di esperti (WK2)

#### **Comitato Tecnico-Scientifico (CTS)**

Il CTS ha svolto funzioni di supervisione metodologica e scientifica del processo.

Compiti del CTS:

- definizione dell'ambito clinico-assistenziale;
- individuazione degli scenari clinici di riferimento;
- formulazione dei quesiti oggetto di consenso;
- nomina dei membri del Panel di esperti;
- supervisione del processo di revisione e validazione finale.

#### **Fase preparatoria (WK1)**

È stato costituito un gruppo di lavoro metodologico (WK1), composto da:

- 5 radiologi esperti
- 5 oncologi esperti
- 1 Ingegnere Biomedico

Nel corso della fase preparatoria, svolta mediante tre riunioni telematiche strutturate, il gruppo di lavoro metodologico ha:

- analizzato i punti critici dei modelli di richiesta di esame TC e di refertazione;
- identificato tre scenari clinici prioritari:
  1. Stadiazione
  2. Valutazione della risposta al trattamento (re-staging)
  3. Follow-up
- elaborato i modelli preliminari da sottoporre a validazione tramite processo di consenso.

Al termine della fase preparatoria è stato raggiunto un accordo preliminare condiviso sui modelli proposti.

Il Gruppo di lavoro metodologico ha supportato il Panel nelle seguenti attività:

- revisione strutturata della letteratura;
- strutturazione degli item decisionali;
- definizione della metodologia di analisi;
- analisi statistica delle votazioni;
- redazione e revisione del documento finale.

I membri del Gruppo di lavoro metodologico non hanno partecipato alla votazione delle raccomandazioni.

### **Panel di Esperti (WK2) e metodologia Delphi modificato**

Il CTS ha costituito un Panel multidisciplinare (WK2) composto da 24 esperti tra radiologi e oncologi. La selezione è avvenuta sulla base del ruolo ricoperto e delle competenze professionali specifiche, con l'obiettivo di assicurare una rappresentanza qualificata e multidisciplinare nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici del paziente oncologico.

Il Panel ha operato secondo metodologia Delphi modificato, articolata nelle seguenti fasi:

1. Valutazione individuale e anonima degli item;
2. Attribuzione di punteggi su scala Likert 0–3;
3. Analisi statistica dei risultati;
4. Restituzione aggregata dei risultati al Panel;
5. Secondo round di votazione con eventuale discussione strutturata delle divergenze.

Il consenso è stato definito secondo criteri predefiniti e documentati.

I moderatori, figure neutrali con competenze metodologiche, hanno garantito la correttezza del processo, facilitando la discussione e assicurando equilibrio e trasparenza; i moderatori non hanno partecipato alla votazione.

## **3.2 Strategia del gruppo di Sviluppo**

### **3.2.1 Strategia di ricerca bibliografica**

Il Gruppo di lavoro metodologico (WK1) ha condotto una ricerca strutturata della letteratura scientifica finalizzata all'identificazione delle evidenze disponibili relative ai modelli di richiesta e di refertazione di

esame TC in ambito oncologico, nonché ai documenti di consenso e alle raccomandazioni sviluppate da società scientifiche nazionali e internazionali.

La ricerca bibliografica è stata condotta per rispondere alla seguente domanda di ricerca: “Quali elementi strutturali e informativi è raccomandato includere in un modello di richiesta TC e in un modello di referto strutturato TC (Structured Report) per la gestione del paziente oncologico adulto nelle fasi di stadiazione, valutazione della risposta al trattamento e follow-up, al fine di garantire appropriatezza, standardizzazione e utilità clinico-decisionale della comunicazione tra oncologo e radiologo?” (Popolazione: pazienti oncologici adulti; Intervento: utilizzo di modelli strutturati di richiesta e refertazione TC; Confronto: assenza di standardizzazione; Esito: appropriatezza, completezza, comparabilità della comunicazione radiologica).

La ricerca è stata effettuata nelle seguenti banche dati biomediche:

- PubMed/MEDLINE
- Scopus
- Google Scholar

Il periodo di riferimento è stato compreso tra il 2010 e il 2025.

Sono state utilizzate combinazioni di termini MeSH e parole chiave libere, integrate mediante operatori booleani (AND, OR).

Le stringhe di ricerca utilizzate sono riportate in dettaglio nell'Appendice A.

### **Criteri di inclusione ed esclusione**

Sono stati inclusi:

- revisioni sistematiche
- linee guida e raccomandazioni di società scientifiche
- documenti di consenso
- studi osservazionali, studi metodologici e articoli originali relativi alla standardizzazione della richiesta e della refertazione TC.

Sono stati esclusi:

- studi non pertinenti all'ambito oncologico;
- case report isolati;

- articoli privi di testo completo disponibile;
- pubblicazioni duplicate.

### **Processo di selezione degli studi**

La selezione degli studi è avvenuta in tre fasi:

1. Identificazione dei record nelle banche dati selezionate;
2. Screening di titolo e abstract per la valutazione preliminare della pertinenza;
3. Valutazione del testo completo degli studi potenzialmente eleggibili.

La selezione è stata condotta in modo indipendente da almeno due membri del WK1.

Eventuali discrepanze sono state risolte mediante discussione collegiale.

Il processo di selezione è documentato mediante diagramma di flusso secondo lo schema PRISMA, riportato nel seguito.

### **Diagramma di flusso PRISMA**

#### **IDENTIFICAZIONE**

Record identificati tramite database: PubMed (n = 470) Scopus (n = 421) Google Scholar (n = 504)  Totale record identificati (n = 1395) Record dopo rimozione duplicati (n = 360)
--

#### **SCREENING**

Record sottoposti a screening (titolo/abstract) (n = 360) Record esclusi (n = 258)  Motivi principali: - Non pertinente (n = 149) - Non relativo a modelli/refertazione TC (n = 84) - Tipologia paper non eleggibile (n = 25)
---

#### **ELEGGIBILITÀ**

Articoli valutati a testo completo (n = 102) Articoli esclusi dopo full-text (n = 42)  Motivi: - Mancanza di rilevanza metodologica (n = 28)
--

- Assenza contenuto applicabile (n = 12)
- Full-text non disponibile (n = 2)

## INCLUSIONE

Studi inclusi nella sintesi qualitativa  
(n = 60)

Di cui:

- Linee guida / Consenso (n = 10)
- Revisioni sistematiche (n = 30)
- Studi osservazionali, studi metodologici e articoli originali (n = 20)

### 3.2.2 Sintesi delle evidenze scientifiche e costruzione degli item

Per ciascun ambito clinico oggetto delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA), è stata effettuata una sintesi qualitativa delle evidenze disponibili emerse dalla revisione strutturata della letteratura.

Gli studi inclusi sono stati analizzati in termini di:

- disegno dello studio (revisioni sistematiche, linee guida, studi osservazionali, documenti di consenso, etc);
- popolazione di riferimento;
- ambito applicativo;
- principali risultati rilevanti;
- coerenza dei risultati tra studi;
- eventuali limiti metodologici dichiarati dagli autori.

Data la natura metodologica e organizzativa del tema oggetto delle presenti RBPCA, le evidenze identificate risultano prevalentemente costituite da documenti di consenso, linee guida di società scientifiche e studi osservazionali descrittivi. Non sono stati identificati trial randomizzati specificamente indirizzati alla standardizzazione dei modelli di richiesta e refertazione TC in ambito oncologico.

La sintesi delle evidenze è stata pertanto di tipo qualitativo-narrativo, con integrazione delle informazioni provenienti da documenti metodologicamente eterogenei.

Sulla base dei dati emersi dalla letteratura, il WK1 ha elaborato un elenco preliminare di item decisionali da sottoporre al processo di consenso.

L'elenco degli item Delphi è stato discusso e approvato durante una sessione di teleconferenza strutturata, con validazione finale prima dell'avvio della fase di valutazione da parte del Panel di esperti (WK2).

Il modello di richiesta è stato suddiviso in sei sezioni: (a) Storia familiare oncologica; (b) Dati clinici rilevanti; (c) Stadiazione; (d) Ristadiazione; (e) Altri motivi e (f) Follow-up.

Per quanto riguarda il referto strutturato (SR) della TC, sono stati proposti 3 modelli: 1) per la stadiazione; 2) per la valutazione del trattamento e 3) per il follow-up.

Il SR nella fase di stadiazione è stato suddiviso in nove sezioni: (a) Tumore primario, (b) Metastasi linfonodali, (c) Metastasi epatiche; (d) Metastasi polmonari; (e) Metastasi cerebrali; (f) Metastasi in altri organi (compreso lo scheletro); (g) Peritoneo, (h) Reperti Accidentali e/o condizioni di urgenza/emergenza e (i) Conclusione.

Il SR nella fase di valutazione del trattamento è stato suddiviso in dieci sezioni: (a) Tumore primario, (b) Metastasi linfonodali, (c) Metastasi epatiche; (d) Metastasi polmonari; (e) Metastasi cerebrali; (f) Metastasi in altri organi (compreso lo scheletro); (g) Peritoneo, (h) Complicanze correlate al trattamento; (i) Risultati incidentali e (l) Conclusione.

Il SR nella fase di follow-up è stato suddiviso in sei sezioni: (a) Aspetto delle lesioni, (b) Metastasi linfonodali, (c) Lesioni epatiche; (d) Peritoneo, (e) Reperti Accidentali e/o condizioni di urgenza/emergenza e (f) Conclusioni.

## **4. METODOLOGIA**

---

### **4.1 Processo Delphi modificato**

Il processo Delphi modificato si è articolato in due round strutturati.

Nel primo round, ciascun membro del Panel votante ha espresso in modo individuale e anonimo il proprio grado di accordo sugli item proposti, utilizzando un questionario elettronico (Google Forms) predisposto dal gruppo metodologico. L'anonimato delle risposte è stato garantito dalla raccolta automatizzata dei dati senza tracciabilità nominativa dei record.

Al termine del primo round, i risultati sono stati elaborati in forma aggregata (media, mediana, distribuzione percentuale dei punteggi, IQR, percentuale di accordo, IPR/IPRAS) e restituiti al Panel.

Nel secondo round, gli item che non avevano raggiunto la soglia di consenso predefinita sono stati riformulati alla luce dei commenti ricevuti e nuovamente sottoposti a votazione anonima. È stata fornita ai votanti una sintesi strutturata dei commenti emersi nel primo round, senza attribuzione individuale, al fine di favorire una rivalutazione informata.

Il Panel votante era composto da esperti formalmente designati dal CTS, selezionati in base a comprovata esperienza clinica e scientifica nell'ambito oncologico e radiologico.

I membri del CTS e del Gruppo metodologico hanno partecipato alle fasi di definizione degli item, revisione della letteratura e supervisione metodologica, ma non hanno preso parte alla votazione.

Per ciascuna sezione specifica del modello, gli esperti del Panel hanno espresso il proprio grado di accordo utilizzando una scala Likert a quattro punti, così definita:

- 0 = fortemente in disaccordo
- 1 = leggermente in disaccordo
- 2 = moderatamente d'accordo
- 3 = fortemente d'accordo

Le risposte sono state raccolte in forma individuale. Nel secondo round, sulla base dell'analisi delle valutazioni emerse, sono stati riformulati gli item che presentavano livelli di accordo inferiori alla soglia predefinita. Gli esperti hanno quindi rivalutato le sezioni modificate, consentendo il consolidamento del consenso finale.

## **4.2 Analisi statistica**

Tutte le valutazioni dei membri del panel per ciascuna sezione sono state analizzate utilizzando statistiche descrittive.

Per ciascun item dei modelli sono state calcolate:

- Media, Mediana, deviazione standard
- IQR
- Somma dei punteggi attribuiti dal panel di esperti per item
- Distribuzione percentuale dei punteggi
- Percentuale di accordo

La percentuale di accordo è stata definita come la proporzione di valutazioni con punteggio pari a 2 o 3.

Sono stati adottati i seguenti criteri di interpretazione:

- Forte consenso:  $\geq 80\%$  dei valutatori con punteggio 2–3, mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$
- Consenso moderato: 70–79% punteggi 2–3
- Assenza di consenso:  $< 70\%$  punteggi 2–3

L'utilizzo della mediana e dell'IQR è stato preferito alla media e deviazione standard in quanto la scala Likert rappresenta una misura ordinale.

Il disaccordo tra gli esperti è stato valutato mediante il calcolo dell'Interpercentile Range (IPR) e dell'Interpercentile Range Adjusted for Symmetry (IPRAS). Tali indici vengono qui applicati esclusivamente per la misurazione della dispersione e del disaccordo tra le votazioni del panel.

L'Interpercentile Range (IPR) è stato definito come:  $IPR = P70 - P30$

dove P70 e P30 rappresentano rispettivamente il 70° e il 30° percentile della distribuzione dei punteggi.

L'indice di asimmetria (Asymmetry Index, AI) è stato calcolato come:  $AI = |M - C|$

dove M è la mediana osservata e C è il punto centrale della scala di valutazione.

L'IPRAS è stato quindi determinato secondo la formula:

$$IPRAS = k_0 + k_1 \times |M - C|$$

dove  $k_0$  e  $k_1$  sono costanti.

Il criterio di interpretazione è il seguente:

- Se  $IPR > IPRAS \rightarrow$  presenza di disaccordo
- Se  $IPR \leq IPRAS \rightarrow$  assenza di disaccordo

Questo approccio consente di quantificare in modo oggettivo la dispersione dei punteggi, tenendo conto dell'eventuale asimmetria della distribuzione.

In caso di mancato raggiungimento della soglia di consenso al primo round, l'item veniva:

1. riformulato sulla base dei commenti ricevuti,
2. corredato da sintesi delle osservazioni,
3. sottoposto a nuova votazione nel secondo round.

In caso di persistente assenza di consenso dopo il secondo round, era previsto che l'item non venisse incluso tra le raccomandazioni finali. Tuttavia, nel presente processo tutti gli item hanno raggiunto consenso finale al secondo round.

## **5. SINTESI DELLE EVIDENZE E RBPCA**

---

Il processo metodologico adottato e le raccomandazioni elaborate hanno prodotto quattro modelli operativi: tre modelli di referto strutturato TC (Modelli 1–3 dell'Appendice B), articolati rispettivamente per le fasi di stadiazione, valutazione della risposta al trattamento e follow-up, e un modello di richiesta di esame TC trasversale ai tre scenari clinici (Modello 4 dell'Appendice B).

Il *referto TC nella fase di stadiazione* è stato costruito includendo n=5 voci in (a) Tumore primario, n=8 voci in (b) Metastasi linfonodali (n=4 voci nei linfonodi locali e n=4 voci nelle metastasi linfonodali non loco-regionali), n=8 voci in (c) Metastasi epatiche; n=5 voci in (d) Metastasi polmonari, n=5 voci in (e) Metastasi cerebrali, n=1 voce in (f) Metastasi in altri organi (incluso lo scheletro), n=1 voce in (g) Peritoneo, n=1 voce in (h) Reperti Accidentali e/o condizioni di urgenza emergenza e n=1 voce in (i) Conclusione.

Complessivamente, nel modello finale sono stati inclusi 35 elementi (*Modello 1 – Appendice B*).

Il *referto TC nella fase di valutazione della risposta al trattamento* è stata costruita includendo n=5 voci in (a) Tumore primario, n=8 voci in (b) Metastasi linfonodali (n=4 voci nei linfonodi locali e n=4 voci nelle metastasi linfonodali a distanza), n=8 voci in (c) Metastasi epatiche, n=5 voci in (d) Metastasi polmonari, n=5 voci in (e) Metastasi cerebrali, n=1 voce in (f) Metastasi in altri organi (incluso lo scheletro), n=1 voce in (g) Peritoneo, n=8 voci in (h) Complicanze correlate al trattamento, n=1 voce in (i) Risultati incidentali e n=1 voce in (l) Conclusione. Complessivamente, nel modello finale sono stati inclusi 43 elementi (*Modello 2 – Appendice B*).

Il *referto TC nella fase di follow-up* è stato costruito includendo n=4 voci in (a) ripresa/recidiva, n=4 voci in (b) Metastasi linfonodali, n=3 voci in (c) Lesioni epatiche; n=1 voce in (d) Peritoneo, n=1 voce in (e) Risultati incidentali e complicanze e n=1 voce in (f) Conclusione. Complessivamente, nel modello finale sono stati inclusi 14 elementi (*Modello 3 – Appendice B*).

Il *modello di richiesta dell'esame TC da parte dell'oncologo* è stato costruito includendo 4 sezioni e n=4 voci in (a) Dati clinici del paziente, n=2 voci in (b) Stadiazione, n=6 voci in (c) Ristadiazione, n=3 voci in (c) Follow-up.

Complessivamente, nel modello finale sono state incluse 15 voci (*Modello 4 – Appendice B*).

I modelli sopra descritti sono il risultato del processo di consenso strutturato, nel quale ogni membro del panel di esperti ha espresso il proprio giudizio rispondendo agli item riportati in Tabella 1.

**Tabella 1: Domande per esprimere il consenso su scala Likert 0–3 sui modelli SR di Staging, re-Staging e Follow-up (I e II round)**

Item/Domande	Numero
<b>Sezione 1: Staging</b>	
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione tumore primitivo	1
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione linfonodi locoregionali	2
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione linfonodi a distanza	3
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi epatiche	4
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi polmonari	5
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi encefaliche	6
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi altro	7
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione peritoneo	8
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione altri reperti e complicanze	9
<b>Sezione 2: Re-staging</b>	
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione tumore primitivo	1
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione linfonodi locoregionali	2
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione linfonodi a distanza	3
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi epatiche	4
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi polmonari	5
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi encefaliche	6
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione metastasi altro	7
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione peritoneo	8
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione complicanze	9
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione altri reperti	10
<b>Sezione 3: Follow-up</b>	
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione comparsa di lesioni	1
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione linfonodi	2
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione lesioni epatiche	3
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione peritoneo	4
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione reperti accidentali e complicanze	5

Tutti i 24 membri del panel hanno completato entrambi i round (tasso di risposta 100%). Non si sono verificate assenze né sostituzioni durante il processo.

I commenti qualitativi espressi dai membri del Panel durante il primo round sono stati raccolti in forma anonima, categorizzati per tematica dal Gruppo metodologico e discussi collegialmente. Le osservazioni ritenute pertinenti hanno portato alla riformulazione degli item prima della seconda votazione.

## 5.1 Consenso sul Modello di Refertazione TC nella fase di stadiazione

L'analisi statistica al primo round delle nove domande della sezione *Staging* evidenzia un elevato grado di convergenza tra gli esperti (Tabella 2). Le medie dei punteggi sono comprese tra 2.54 e 2.96, mentre le mediane risultano pari a 3 per tutti gli item.

L'IQR varia tra 0.00 e 1.00, indicando una dispersione contenuta delle valutazioni. In particolare, le Domande 5, 6, 7 e 9 presentano IQR pari a 0.00, suggerendo la marcata concentrazione delle risposte con punteggio 3. Le restanti domande mostrano un IQR pari a 1.00, coerente con una variabilità limitata e con una sostanziale convergenza delle valutazioni.

La distribuzione percentuale evidenzia una netta prevalenza di punteggi pari a 3 (62.5–95.8%), mentre i punteggi di disaccordo (0–1) risultano limitati e circoscritti a pochi casi isolati. La percentuale di accordo complessivo (punteggi 2–3) risulta compresa tra 95.8% e 100% per tutte le domande, superando ampiamente la soglia predefinita per il forte consenso e confermando un'elevata convergenza delle valutazioni espresse dal panel di esperti.

**Tabella 2: Risultati statistici descrittivi per singola domanda – Sezione Staging (I round)**

Domanda	Media	Mediana	IQR	0 %	1 %	2 %	3 %	Accordo (2–3) %	Interpretazione
D1	2.56	3	1	4.2	0	33.3	62.5	95.8	Forte consenso
D2	2.63	3	1	4.2	0	25	70.8	95.8	Forte consenso
D3	2.71	3	1	4.2	0	20.8	75	95.8	Forte consenso
D4	2.75	3	1	0	4.2	16.7	79.2	95.8	Forte consenso
D5	2.83	3	0	0	4.2	16.7	79.2	95.8	Forte consenso
D6	2.92	3	0	0	0	16.7	83.3	100	Forte consenso assoluto
D7	2.92	3	0	0	0	16.7	83.3	100	Forte consenso
D8	2.67	3	1	4.2	0	29.2	66.7	95.8	Forte consenso assoluto
D9	2.96	3	0	0	0	4.2	95.8	100	Forte consenso assoluto

**Legenda:** le colonne 0 %, 1 %, 2 % e 3 % indicano la percentuale di risposte corrispondenti ai punteggi della scala Likert utilizzata (0 = fortemente in disaccordo; 1 = leggermente in disaccordo; 2 = moderatamente d'accordo; 3 = fortemente d'accordo). L'accordo complessivo è calcolato come somma delle percentuali dei punteggi 2 e 3.

Considerando l'insieme delle 216 valutazioni (24 esperti × 9 domande), la somma totale dei punteggi per la sezione di stadiazione è risultata pari a 598, con un valore medio per esperto pari a 24.92, una mediana pari a

25.00 e una deviazione standard pari a 2,43. La mediana complessiva è risultata pari a 3.00, con un IQR pari a 1.00, indicativo di una dispersione complessivamente contenuta delle valutazioni espresse dal panel.

Il 75.9% delle risposte corrisponde al punteggio massimo (3), mentre l'accordo globale (punteggi 2–3) raggiunge il 96.3%, confermando un livello complessivo di forte consenso per l'intera sezione *Staging*. L'item che ha mostrato il più alto livello di accordo tra gli esperti è stato quello relativo ai reperti accidentali e/o condizioni di urgenza/emergenza, che ha raggiunto un accordo del 100% tra i membri del panel con il 95.8% di votazione = 3.

## 5.2 Consenso sul Modello di Refertazione TC nella fase di valutazione della risposta al trattamento

L'analisi statistica al primo round delle dieci domande della sezione Re-staging evidenzia un elevato grado di convergenza tra gli esperti (Tabella 3). Le medie dei punteggi risultano comprese tra 2.67 (Domanda 2) e 3.00 (Domanda 10), mentre le mediane sono pari a 3.00 per tutti gli item, indicando una distribuzione fortemente orientata verso valutazioni elevate.

L'IQR, compreso tra 0.00 e 1.00, indica una dispersione complessivamente contenuta delle valutazioni; in particolare, le Domande 1, 3, 5, 6, 7, 9 e 10 presentano IQR pari a 0.00, suggerendo una marcata concentrazione delle risposte sul punteggio pari a 3.

La distribuzione percentuale mostra una netta prevalenza di valutazioni pari a 3 (75.0–100%), mentre i punteggi di disaccordo (0–1) risultano limitati e circoscritti. La percentuale di accordo complessivo (punteggi 2–3) risulta compresa tra 91.7% e 100% per tutte le domande, soddisfacendo ampiamente i criteri predefiniti per il forte consenso.

**Tabella 3: Risultati statistici descrittivi per singola domanda – Sezione Re-staging (I round)**

Domanda	Media	Mediana	IQR	0%	1%	2%	3%	Accordo (2–3) %	Interpretazione
D1	2.79	3	0	4.2	0	12.5	83.3	95.8	Forte consenso
D2	2.67	3	1	4.2	4.2	12.5	79.2	91.7	Forte consenso
D3	2.71	3	0	4.2	0	16.7	79.2	95.8	Forte consenso
D4	2.71	3	1	4.2	4.2	12.5	79.2	91.7	Forte consenso
D5	2.83	3	0	4.2	0	8.3	87.5	95.8	Forte consenso
D6	2.79	3	0	4.2	0	12.5	83.3	95.8	Forte consenso
D7	2.83	3	0	4.2	0	8.3	87.5	95.8	Forte consenso

D8	2.75	3	1	4.2	0	20.8	75	95.8	Forte consenso
D9	2.96	3	0	0	0	4.2	95.8	100	Forte consenso assoluto
D10	3	3	0	0	0	0	100	100	Forte consenso assoluto

**Legenda:** le colonne 0 %, 1 %, 2 % e 3 % indicano la percentuale di risposte corrispondenti ai punteggi della scala Likert utilizzata (0 = fortemente in disaccordo; 1 = leggermente in disaccordo; 2 = moderatamente d'accordo; 3 = fortemente d'accordo). L'accordo complessivo è calcolato come somma delle percentuali dei punteggi 2 e 3.

Considerando l'insieme delle 240 valutazioni (24 esperti × 10 domande), la media complessiva dei punteggi è pari a 2.80 (range 0–3) e la mediana complessiva a 3.00, con un IQR pari a 1.00, indicativo di una dispersione complessivamente contenuta delle valutazioni. La somma totale dei punteggi è risultata pari a 673, con un valore medio per esperto pari a 28.04, una mediana pari a 30.00 e una deviazione standard pari a 4.98.

Il 79.2% delle risposte corrisponde al punteggio massimo (3), mentre l'accordo globale (punteggi 2–3) raggiunge il 95.4%, confermando un livello complessivo di forte consenso per l'intera sezione Re-staging.

Per la valutazione della risposta al trattamento, gli elementi che hanno mostrato il più alto grado di concordanza tra gli esperti sono risultati gli item relativi alle complicanze e ai reperti accidentali, che hanno raggiunto i livelli più elevati di accordo all'interno del panel.

### 5.3 Consenso sul Modello di Refertazione TC nella fase di follow-up

L'analisi statistica al primo round delle cinque domande della sezione Follow-up evidenzia un'elevata convergenza complessiva tra gli esperti (Tabella 4). Le medie dei punteggi sono comprese tra 2.54 (Domanda 2) e 2.83 (Domande 1 e 5), mentre le mediane risultano pari a 3.00 per tutte le domande, indicando una distribuzione fortemente orientata verso valutazioni elevate.

L'IQR varia tra 0.00 e 1.00, suggerendo una dispersione complessivamente contenuta delle risposte. In particolare, le Domande 1, 4 e 5 presentano IQR pari a 0.00, indicando una marcata concentrazione delle valutazioni sui punteggi più elevati.

La distribuzione percentuale mostra una prevalenza di valutazioni pari a 3 (75.0–91.7%), mentre i punteggi di disaccordo (0–1) risultano limitati e circoscritti. La percentuale di accordo complessivo (punteggi 2–3) è compresa tra 87.5% e 95.8%, confermando un forte consenso del panel per tutti gli item considerati.

#### Tabella 4: Risultati statistici descrittivi per singola domanda – Sezione Follow-up (I round)

Domanda	Media	Mediana	IQR	0%	1%	2%	3%	Accordo (2-3) %	Interpretazione
D1	2.83	3	0	4.2	0	4.2	91.7	95.8	Forte consenso
D2	2.54	3	1	8.3	4.2	12.5	75	87.5	Forte consenso
D3	2.63	3	1	8.3	0	12.5	79.2	91.7	Forte consenso
D4	2.75	3	0	4.2	0	12.5	83.3	95.8	Forte consenso
D5	2.83	3	0	4.2	0	4.2	91.7	95.8	Forte consenso

**Legenda:** le colonne 0 %, 1 %, 2 % e 3 % indicano la percentuale di risposte corrispondenti ai punteggi della scala Likert utilizzata (0 = fortemente in disaccordo; 1 = leggermente in disaccordo; 2 = moderatamente d'accordo; 3 = fortemente d'accordo). L'accordo complessivo è calcolato come somma delle percentuali dei punteggi 2 e 3.

Considerando l'insieme delle 120 valutazioni (24 esperti × 5 domande), la media complessiva dei punteggi è risultata pari a 2.72 (range osservato 0–3), con una mediana complessiva pari a 3.00 e un intervallo interquartile (IQR) pari a 1.00, indicativo di una dispersione complessivamente contenuta delle valutazioni nonostante la presenza di alcune risposte di disaccordo.

La somma totale dei punteggi per la sezione Follow-up è risultata pari a 326, con un valore medio per esperto pari a 13.58, una mediana pari a 15.00 e una deviazione standard pari a 3.20, indicativa di una moderata variabilità interindividuale.

La distribuzione delle risposte mostra una prevalenza di valutazioni pari al punteggio massimo (3), mentre l'accordo globale (punteggi 2–3) supera ampiamente la soglia predefinita dell'80%, confermando un livello complessivo di forte consenso per l'intera sezione Follow-up.

Per la sezione Follow-up, gli elementi che hanno mostrato il più alto grado di concordanza tra gli esperti sono risultati gli item relativi alla recidiva/ripresa di malattia e ai reperti accidentali e complicanze, che hanno registrato le percentuali più elevate di accordo all'interno del panel.

L'IPR osservato è risultato compreso tra 0 e 1 nelle tre sezioni analizzate, indicando una dispersione limitata delle valutazioni.

L'IPRAS, calcolato sulla base della mediana delle valutazioni (mediana = 3), è risultato pari a 3.10. In tutti i casi l'IPR osservato è risultato inferiore al corrispondente valore soglia IPRAS, indicando assenza di disaccordo formale.

Nel complesso, l'analisi IPRAS conferma l'assenza di disaccordo sistematico tra gli esperti nelle tre sezioni (Staging, Re-staging e Follow-up), supportando la solidità del consenso emerso dall'analisi descrittiva e dalla percentuale di accordo.

*Al termine del I round, tutti gli item delle sezioni Staging, Re-staging, Follow-up avevano già raggiunto la soglia di forte consenso predefinita ( $\geq 80\%$  di accordo, mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$ ). Tuttavia, sulla base dei commenti qualitativi ricevuti, il Gruppo metodologico ha proceduto alla riformulazione redazionale di alcuni item prima del II round, al fine di migliorarne la chiarezza e la precisione terminologica, senza modificarne il contenuto sostanziale.*

Dunque, il gruppo metodologico dopo il I round ha incorporato tutti i commenti ricevuti dal Panel di esperti nei modelli di Staging, Re-staging e Follow-up e viene effettuata una seconda valutazione considerando le domande in Tabella 1.

Nel secondo round è stato raggiunto un consenso completo e unanime per tutti gli item delle tre sezioni (Staging, Re-staging e Follow-up). Tutti i 24 esperti hanno attribuito il punteggio massimo (3) a ciascuna domanda, determinando una distribuzione perfettamente uniforme delle valutazioni.

Per tutte le domande di tutte le sezioni, la media e la mediana risultano pari a 3.00, con IQR pari a 0.00, indicando assenza totale di dispersione interquartile. La distribuzione percentuale mostra il 100% delle risposte pari al punteggio massimo, con assenza di valutazioni di disaccordo (0–1) o di accordo parziale (2).

L'accordo globale (punteggi 2–3) raggiunge pertanto il 100% in ciascuna sezione. Analogamente, la somma totale dei punteggi per ciascuna sezione corrisponde al valore massimo teoricamente ottenibile, confermando una piena convergenza delle valutazioni.

Il punteggio medio complessivo assegnato dal gruppo di esperti e la somma totale dei punteggi per la sezione relativa alla stadiazione sono stati rispettivamente 3 e 648; per la sezione relativa alla ristadiazione, 3 e 720; e per la sezione relativa al follow-up, 3 e 360.

Alla luce di tali risultati, il II round evidenzia il raggiungimento di un consenso unanime e definitivo per tutti gli item delle tre sezioni sulla base dei quali sono formulate le raccomandazioni.

#### **5.4 Consenso sul Modello di Richiesta dell'esame TC da parte dell'oncologo**

Ogni membro del panel di esperti esprime il consenso rispondendo per ognuna delle tre sezioni agli Item (Domande) riportate in Tabella 5.

**Tabella 5: Domande per esprimere il consenso su scala Likert 0–3 sul modello di richiesta TC al I round**

Domande	Numero
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Oncological family history	1
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Relevant clinical data	2
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Staging	3
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Re-staging	4
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Other reason	5
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Follow-up	6

Tutti i 24 membri del panel hanno completato entrambi i round (tasso di risposta 100%). Non si sono verificate assenze né sostituzioni durante il processo.

I commenti qualitativi espressi dai membri del Panel durante il primo round sono stati raccolti in forma anonima, categorizzati per tematica dal Gruppo metodologico e discussi collegialmente. Le osservazioni ritenute pertinenti hanno portato alla riformulazione degli item prima della seconda votazione.

L'analisi del consenso sul modello di richiesta TC al primo round evidenzia un livello complessivamente elevato di accordo tra gli esperti per le diverse voci del modulo di richiesta (Tabella 6). Le medie dei punteggi sono comprese tra 2.50 (Domanda 1) e 2.88 (Domanda 6), mentre le mediane risultano pari a 3.00 per tutte le voci, indicando una distribuzione delle valutazioni orientata verso punteggi elevati.

L'IQR varia tra 0.00 e 1.00, indicando una dispersione complessivamente contenuta delle risposte. In particolare, le Domande 2, 4, 5 e 6 presentano IQR pari a 0.00, evidenziando una marcata concentrazione delle valutazioni sui punteggi più elevati e quindi una forte convergenza tra gli esperti.

La distribuzione percentuale delle risposte mostra una prevalenza di valutazioni pari a 3, con percentuali comprese tra 70.8% e 91.7%, mentre i punteggi di disaccordo (0–1) risultano limitati e circoscritti.

La percentuale di accordo (punteggi 2–3) supera l'80% per tutte le voci, variando tra 83.3% e 95.8%, soddisfacendo i criteri predefiniti per il forte consenso.

**Tabella 6: Risultati statistici descrittivi per singola domanda – Modulo di richiesta TC (I round)**

Domanda	Media	Mediana	IQR	0%	1%	2%	3%	Accordo (2–3) %	Interpretazione
D1	2.5	3	1	8.3	8.3	8.3	75	83.3	Forte consenso
D2	2.63	3	0	4.2	8.3	8.3	79.2	87.5	Forte consenso
D3	2.67	3	1	0	4.2	25	70.8	95.8	Forte consenso

D4	2.67	3	0	4.2	4.2	12.5	79.2	91.7	Forte consenso
D5	2.71	3	0	0	8.3	12.5	79.2	91.7	Forte consenso
D6	2.88	3	0	0	4.2	4.2	91.7	95.8	Forte consenso

**Legenda:** le colonne 0 %, 1 %, 2 % e 3 % indicano la percentuale di risposte corrispondenti ai punteggi della scala Likert utilizzata (0 = fortemente in disaccordo; 1 = leggermente in disaccordo; 2 = moderatamente d'accordo; 3 = fortemente d'accordo). L'accordo complessivo è calcolato come somma delle percentuali dei punteggi 2 e 3.

Considerando complessivamente le 144 valutazioni (24 esperti × 6 voci), la media globale per singola risposta è risultata pari a 2.67 (range 0–3), mentre la mediana complessiva è pari a 3.00, con un intervallo interquartile (IQR) pari a 1.00, indicativo di una dispersione complessivamente contenuta delle valutazioni.

La somma totale dei punteggi per il modulo di richiesta è risultata pari a 385, con un valore medio per esperto di 16.04, una mediana pari a 18.00 e una deviazione standard di 3.16, indicando una variabilità moderata tra i partecipanti.

Il 79.2% delle risposte corrisponde al punteggio massimo (3), mentre l'accordo globale (punteggi 2–3) raggiunge il 91.7%, configurando complessivamente un forte consenso sul modulo di richiesta già al primo round.

L'elemento che ha mostrato il più alto livello di accordo nel primo turno è stata la Domanda 6, con una media di 2.88, una mediana pari a 3.00 e una percentuale di accordo del 95.8%.

L'IPR osservato è risultato compreso tra 0 e 1 nelle diverse voci del modulo di richiesta, indicando una dispersione complessivamente contenuta delle valutazioni.

L'IPRAS, calcolato sulla base della mediana di ciascuna voce, è risultato pari a 3.10, in quanto tutte le voci presentavano una mediana pari a 3.00.

In tutti i casi l'IPR osservato è risultato inferiore al corrispondente valore soglia IPRAS, indicando assenza di disaccordo formale.

*Al termine del I round, tutti gli item del Modulo di richiesta TC avevano già raggiunto la soglia di forte consenso predefinita ( $\geq 80\%$  di accordo, mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$ ). Tuttavia, sulla base dei commenti qualitativi ricevuti, il Gruppo metodologico ha proceduto alla riformulazione redazionale del modulo di richiesta TC.*

Dunque, il gruppo metodologico, dopo il I round, ha incorporato tutti i commenti e i suggerimenti ricevuti dal Panel di esperti nel modulo di richiesta ed è stata effettuata una seconda valutazione considerando le quattro domande riportate in Tabella 7, relative alle sezioni Patient Clinical Data, Staging, Re-staging e Follow-up.

**Tabella 7: Domande per esprimere il consenso su scala Likert 0–3 sul modello di richiesta TC al II round**

<b>Domande</b>	<b>Numero</b>
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Patient Clinical Data	1
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Staging	2
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Re-staging	3
Il socio esprima il suo accordo sulla sezione: Follow-up	4

Nel secondo round è stato raggiunto un consenso completo e unanime per tutti gli item valutati. Tutti i 24 esperti hanno attribuito il punteggio massimo (3) a ciascuna delle quattro domande, determinando una distribuzione perfettamente uniforme delle valutazioni.

Per tutte le domande del modulo, la media e la mediana risultano pari a 3.00, con IQR pari a 0.00, indicando assenza totale di dispersione interquartile. La distribuzione percentuale mostra il 100% delle risposte pari al punteggio massimo, con assenza di valutazioni di disaccordo (0–1) o di accordo parziale (2).

L'accordo globale (punteggi 2–3) raggiunge pertanto il 100%. Analogamente, la somma totale dei punteggi corrisponde al valore massimo teoricamente ottenibile: con 24 esperti e 4 domande, il punteggio massimo complessivo è pari a 288 ( $24 \times 4 \times 3$ ), valore effettivamente raggiunto. Il punteggio medio complessivo assegnato dal gruppo di esperti è risultato pari a 3.00 per ciascuna domanda, con una somma media per esperto pari a 12.00, anch'essa coincidente con il massimo teorico.

Alla luce di tali risultati, il II round evidenzia il raggiungimento di un consenso unanime e definitivo per tutte le sezioni del modulo di richiesta, confermando la piena convergenza delle valutazioni del Panel dopo le modifiche apportate al modello.

## **5.5 RBPCA**

Le presenti Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale hanno come oggetto la standardizzazione dei modelli di richiesta di esame di TC e dei modelli di refertazione radiologica nelle diverse fasi del percorso oncologico (stadiazione, valutazione della risposta al trattamento e follow-up).

L'ambito di applicazione del documento è prevalentemente tecnico-organizzativo e riguarda la strutturazione dei processi informativi e comunicativi tra professionisti sanitari (oncologi e radiologi), con l'obiettivo di migliorare la completezza, la chiarezza e l'uniformità della trasmissione dei dati clinico-radiologici.

Il documento riguarda la standardizzazione di strumenti tecnico-professionali di comunicazione clinica (modelli di richiesta e refertazione) e non decisioni cliniche direttamente correlate alle preferenze del paziente.

Per tale motivo non è stata prevista la partecipazione di rappresentanti dei pazienti nel gruppo di sviluppo. Le raccomandazioni non intervengono infatti su opzioni terapeutiche alternative, percorsi decisionali condivisi o valutazioni di beneficio/rischio percepito, ma definiscono criteri di standardizzazione documentale finalizzati a migliorare la qualità dell'informazione clinica.

Resta tuttavia fermo che la standardizzazione dei modelli di richiesta e refertazione TC è indirettamente orientata al miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza del paziente, favorendo una più corretta pianificazione diagnostico-terapeutica e una maggiore appropriatezza dei percorsi clinici.

Eventuali futuri aggiornamenti del documento potranno prevedere, ove ritenuto opportuno e in relazione all'evoluzione del contesto normativo e organizzativo, il coinvolgimento di rappresentanti dei pazienti o di associazioni civiche, in un'ottica di ulteriore rafforzamento dei principi di partecipazione e centratura sul paziente.

La formulazione finale delle raccomandazioni è avvenuta attraverso l'integrazione di:

1. Evidenze scientifiche disponibili (quando presenti);
2. Documenti di consenso e linee guida esistenti;
3. Valutazione multidisciplinare del Panel di esperti;
4. Risultati quantitativi del processo Delphi (mediana, IQR, percentuale di accordo, IPR/IPRAS).

La Classe di Raccomandazione (I–III) riflette la forza della raccomandazione clinico-organizzativa, mentre il Livello di Evidenza (A–C) indica la natura e la solidità delle fonti a supporto.

Considerata la tipologia degli studi inclusi, non è stato applicato un sistema di grading formale (es. GRADE) finalizzato alla valutazione comparativa dell'efficacia clinica, in quanto il focus del documento riguarda aspetti organizzativi e di standardizzazione della pratica clinica.

Tuttavia, per ciascun documento incluso sono stati considerati:

- chiarezza degli obiettivi;

- rigore metodologico dichiarato;
- trasparenza del processo di sviluppo;
- livello di consenso riportato;
- coerenza con altri documenti disponibili.

La classificazione del Livello di Evidenza (LOE A–C) adottata nel presente documento riflette la natura delle fonti disponibili:

- Livello A: dati derivati da più studi metodologicamente robusti o meta-analisi;
- Livello B: dati derivati da singoli studi o ampie casistiche non randomizzate;
- Livello C: consenso di esperti e/o evidenze limitate.

Nel caso specifico delle raccomandazioni qui formulate, la totalità delle indicazioni è supportata da evidenza di Livello C, ovvero da consenso strutturato ottenuto mediante metodologia Delphi modificata.

Dunque, le presenti RBPCA non rappresentano raccomandazioni consensus-based sviluppate secondo metodologia strutturata e statisticamente validata.

*Non sono previste differenze di applicazione delle Raccomandazioni in funzione del sesso o del genere, trattandosi di un intervento di standardizzazione dei processi informativi; tuttavia, tali variabili restano clinicamente rilevanti nella definizione del quesito diagnostico e nella contestualizzazione del referto.*

## **5.5.1 RACCOMANDAZIONI PER IL MODELLO DI REFERTAZIONE TC NELLA FASE DI STADIAZIONE**

Scenario clinico di riferimento: *Paziente oncologico adulto in fase di prima valutazione della malattia (stadiazione – Appendice C).*

### **RBPCA 1.1 – Lesione primitiva – sede, dimensioni e struttura**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, riportare dettagliatamente la sede della lesione primitiva, le dimensioni bidimensionali, la struttura e l'infiltrazione delle strutture contigue.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

La corretta identificazione dei parametri morfo-strutturali, incluse dimensioni e struttura, così come l'eventuale coinvolgimento delle strutture o organi contigui, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging.* 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol.* 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021

## **RBPCA 1.2 – Coinvolgimento linfonodale**

### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, riportare dettagliatamente il coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale, che a distanza, includendo le dimensioni bidimensionali, la sede e il numero delle stazioni coinvolte e la struttura.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

La corretta identificazione del coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021

### **RBPCA 1.3 – Metastasi epatiche**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi epatiche, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue, incluse le vascolari e le biliari.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

La corretta definizione dell'impegno del parenchima epatico e quindi un'adeguata descrizione del numero di metastasi, della loro sede, dimensioni e rapporti con strutture contigue consente la scelta del trattamento più idoneo per il paziente (intervento chirurgico up-front, approccio combinato con tecniche mini-invasive e chirurgia o trattamento sistemico).

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Lucatelli P et al. Percutaneous thermal segmentectomy for liver malignancies over 3 cm. Radiol Med. 2024.
- Suarez Benitez P et al. Safety and feasibility of robotic simultaneous resection of synchronous colorectal cancer and liver metastases. Am Surg. 2025.
- Izzo F et al. Radiofrequency ablation and microwave ablation in liver tumors: an update. Oncologist. 2019.
- Granata V et al. Diagnostic accuracy of MRI, CT and CEUS in radiological multimodality assessment of peribiliary liver metastases. PLoS One. 2017.
- Siriwardena AK et al. European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association guidelines for hepatobiliary malignancies. Br J Surg. 2021.
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.

### **RBPCA 1.4 – Metastasi polmonari**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi polmonari, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Una corretta identificazione delle metastasi polmonari, inclusa la struttura, permette la scelta del trattamento più idoneo per il paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.

### **RBPCA 1.5 – Metastasi cerebrali**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi cerebrali, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e la presenza di edema.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Una corretta identificazione delle metastasi cerebrali consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.

### **RBPCA 1.6 – Metastasi a distanza e scheletriche**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione delle metastasi a distanza, incluso lo scheletro, identificando numero, sede, dimensioni, struttura e rapporto con le strutture contigue.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

## **Razionale scientifico**

Una corretta identificazione delle metastasi a distanza consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

## **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.

## **RBPCA 1.7 – Carcinosi peritoneale – indice PCI**

### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione della carcinosi peritoneale, utilizzando il Peritoneal Cancer Index (PCI) e riportando il coinvolgimento di strutture critiche come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

Una corretta descrizione della carcinosi peritoneale consente una adeguata stratificazione dei pazienti da sottoporre a procedure come l'ipertermia intraperitoneale (HIPEC) piuttosto che a trattamento sistemico.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging.* 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol.* 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. *Lancet Oncol.* 2020.
- Granata V et al. Radiological assessment of peritoneal carcinomatosis: a primer for residents. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022.
- Waheed MT et al. Feasibility of robotic surgical approach in peritoneal carcinomatosis. *J Surg Res.* 2025.

- Kusamura S et al. Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI): peritoneal cancer index and cytoreductive surgery. Ann Surg Oncol. 2021.
- Koole S et al. Primary cytoreductive surgery with or without HIPEC for FIGO stage III epithelial ovarian cancer: OVHIPEC-2. Int J Gynecol Cancer. 2023.

## **RBPCA 1.8 – Reperti accidentali e condizioni di urgenza**

### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, una adeguata descrizione dei reperti accidentali, come anomalie anatomiche vascolari e non, ed eventuali condizioni di urgenza/emergenza.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

Una adeguata descrizione dei reperti accidentali, come anomalie anatomiche vascolari e non, ed eventuali complicanze, è necessaria per la corretta gestione del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Gomatou G et al. Immune Checkpoint Inhibitor-Related Pneumonitis. Respiration. 2020
- Grassi F et al. Radiation Recall Pneumonitis: The Open Challenge in Differential Diagnosis of Pneumonia Induced by Oncological Treatments. J Clin Med. 2023.
- D'Argenzio J et al. Optimizing diagnostic outcomes and sustainability in radiological practices: a multicentric study on guideline adherence and incidental findings in elective chest CT scans. Radiol Med. 2025.

### **RBPCA 1.9 – Conclusioni del referto**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di stadiazione, riportare le conclusioni.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

È utile ai fini di una corretta comunicazione tra clinico e radiologo che un modello di refertazione TC includa una sezione con le conclusioni dei dati più significativi riscontrati all'esame TC.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.

- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol*. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021
- Neri E, et al. Structured reporting of x-ray mammography in the first diagnosis of breast cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2022.

## **5.5.2 RACCOMANDAZIONI PER IL MODELLO DI REFERTAZIONE TC NELLA FASE DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO**

**Scenario clinico di riferimento:** *Paziente oncologico adulto in corso di trattamento sistemico (chemioterapia, immunoterapia, target therapy) con TC di rivalutazione (re-staging – Appendice C).*

### **RBPCA 2.1 – Lesione primitiva – confronto con esame basale**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, riportare dettagliatamente la sede della lesione primitiva, le dimensioni bidimensionali, la struttura e l'infiltrazione delle strutture contigue, confrontando ciascun dato con i dati corrispondenti dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

La corretta identificazione dei parametri morfo-strutturali, incluse dimensioni e struttura, e l'eventuale coinvolgimento di strutture o organi contigui e il confronto con gli stessi parametri dell'esame TC precedente al trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging.* 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol.* 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.
- Choi H et al. CT evaluation of the response of gastrointestinal stromal tumors after imatinib mesylate treatment (Choi criteria). AJR Am J Roentgenol. 2004.
- Seymour L et al. iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics. Lancet Oncol. 2017.

## **RBPCA 2.2 – Coinvolgimento linfonodale – confronto con esame basale**

### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, riportare dettagliatamente il coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale, che a distanza, includendo le dimensioni bidimensionali, la sede e il numero delle stazioni coinvolte, la struttura, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

La corretta identificazione del coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, ed il confronto con gli stessi parametri dell'esame TC precedente al trattamento, consentono una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

### **RBPCA 2.3 – Metastasi epatiche – confronto con esame basale**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi epatiche, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue, incluse le vascolari e le biliari, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

La corretta definizione dell'impegno del parenchima epatico attraverso un'adeguata descrizione del numero di metastasi, della loro sede, delle dimensioni e dei rapporti con strutture contigue e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.

- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging*. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol*. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol*. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2023
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. *Eur J Cancer*. 2016.
- Choi H et al. CT evaluation of the response of gastrointestinal stromal tumors after imatinib mesylate treatment (Choi criteria). *AJR Am J Roentgenol*. 2004.
- Lucatelli P et al. Percutaneous thermal segmentectomy for liver malignancies over 3 cm. *Radiol Med*. 2024.
- Suarez Benitez P et al. Safety and feasibility of robotic simultaneous resection of synchronous colorectal cancer and liver metastases. *Am Surg*. 2025.
- Izzo F et al. Radiofrequency ablation and microwave ablation in liver tumors: an update. *Oncologist*. 2019.
- Granata V et al. Diagnostic accuracy of MRI, CT and CEUS in radiological multimodality assessment of peribiliary liver metastases. *PLoS One*. 2017.
- Siriwardena AK et al. European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association guidelines for hepatobiliary malignancies. *Br J Surg*. 2021.
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. *Lancet Oncol*. 2020.

## **RBPCA 2.4 – Metastasi polmonari – confronto con esame basale**

### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi polmonari, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e i rapporti di contiguità/infiltrazione delle strutture contigue, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

La corretta definizione dell'impegno pleuro-polmonare e quindi un'adeguata descrizione del numero di metastasi, della loro sede, dimensioni e rapporti con strutture contigue e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023

- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

### **RBPCA 2.5 – Metastasi cerebrali – confronto con esame basale**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi cerebrali, identificando la sede, le dimensioni, la struttura e la presenza di edema, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Una corretta valutazione dell'impegno cerebrale, con una adeguata descrizione del numero, della sede e della struttura delle metastasi cerebrali e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.

- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

### **RBPCA 2.6 – Metastasi a distanza – confronto con esame basale**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle metastasi a distanza, incluso lo scheletro, identificando numero, sede, dimensioni, struttura e rapporto con le strutture contigue, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Una corretta identificazione delle metastasi a distanza con una adeguata descrizione del numero, della sede e della struttura delle lesioni e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi del precedente esame TC, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. Lancet Oncol. 2020.
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

### **RBPCA 2.7 – Carcinosi peritoneale – confronto con esame basale**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione della carcinosi peritoneale, utilizzando il PCI e riportando il coinvolgimento di strutture critiche come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

## **Razionale scientifico**

Una corretta descrizione della carcinosi peritoneale e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente, con prosieguo e/o eventuale modifica del regime terapeutico in corso.

## **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging.* 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol.* 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021
- Granata V et al. Radiological assessment of peritoneal carcinomatosis: a primer for residents. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022.
- Waheed MT et al. Feasibility of robotic surgical approach in peritoneal carcinomatosis. *J Surg Res.* 2025.
- Kusamura S et al. Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI): peritoneal cancer index and cytoreductive surgery. *Ann Surg Oncol.* 2021.
- Koole S et al. Primary cytoreductive surgery with or without HIPEC for FIGO stage III epithelial ovarian cancer: OVHIPEC-2. *Int J Gynecol Cancer.* 2023.

- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

## **RBPCA 2.8 – Complicanze relative al trattamento**

### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione delle complicanze relative al trattamento in corso.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

Una corretta e rapida identificazione delle complicanze potenzialmente correlate allo schema terapeutico in corso, la sede e l'entità della reazione stessa, è necessaria per il corretto management del paziente, consentendo di stabilire – anche in base alla gravità delle complicanze – i pazienti che necessitano di una interruzione dello schema terapeutico e di eventuali trattamenti farmacologici integrativi.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Gomatou G et al. Immune Checkpoint Inhibitor-Related Pneumonitis. Respiration. 2020
- Grassi F et al. Radiation Recall Pneumonitis: The Open Challenge in Differential Diagnosis of Pneumonia Induced by Oncological Treatments. J Clin Med. 2023.

## **RBPCA 2.9 – Reperti accidentali – confronto con esame basale**

### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, una adeguata descrizione dei reperti accidentali, confrontando ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

Una adeguata descrizione dei reperti accidentali e il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento è necessaria per la corretta gestione del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Gomatou G et al. Immune Checkpoint Inhibitor-Related Pneumonitis. Respiration. 2020
- Grassi F et al. Radiation Recall Pneumonitis: The Open Challenge in Differential Diagnosis of Pneumonia Induced by Oncological Treatments. J Clin Med. 2023.
- D'Argenzio J et al. Optimizing diagnostic outcomes and sustainability in radiological practices: a multicentric study on guideline adherence and incidental findings in elective chest CT scans. Radiol Med. 2025.

### **RBPCA 2.10 – Conclusioni del referto**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di valutazione della risposta al trattamento, riportare le conclusioni.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

È utile ai fini di una corretta comunicazione tra clinico e radiologo che un modello di refertazione TC includa una sezione con le conclusioni dei dati più significativi riscontrati all'esame TC, con il confronto di ciascun dato con i dati corrispettivi dell'esame TC prima del trattamento.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.

- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Neri E, et al. Structured reporting of x-ray mammography in the first diagnosis of breast cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.

### **5.5.3 RACCOMANDAZIONI PER IL MODELLO DI REFERTAZIONE TC NELLA FASE DI FOLLOW-UP**

**Scenario clinico di riferimento:** *Paziente oncologico adulto in fase di sorveglianza post-trattamento attivo (Appendice C).*

#### **RBPCA 3.1 – Ripresa/recidiva di malattia**

##### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare la ripresa/recidiva di malattia, descrivendo dettagliatamente la sede della lesione, le dimensioni bidimensionali, la struttura e l'infiltrazione delle strutture contigue. Nel caso di più lesioni, ciascuna lesione deve essere descritta nel dettaglio.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

##### **Razionale scientifico**

La corretta identificazione di una ripresa/recidiva di malattia, con la descrizione dei parametri morfo-strutturali, incluse dimensioni e struttura, così come l'eventuale coinvolgimento delle strutture o degli organi contigui di una o più lesioni consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

##### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging.* 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol.* 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2024.

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.
- Choi H et al. CT evaluation of the response of gastrointestinal stromal tumors after imatinib mesylate treatment (Choi criteria). AJR Am J Roentgenol. 2004.
- Seymour L et al. iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics. Lancet Oncol. 2017.

### **RBPCA 3.2 – Coinvolgimento linfonodale**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare dettagliatamente il coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, includendo le dimensioni bidimensionali, la sede e il numero delle stazioni coinvolte e la struttura.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

La corretta identificazione del coinvolgimento linfonodale, sia loco-regionale che a distanza, consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

### **RBPCA 3.3 – Lesioni epatiche – rapporti con strutture critiche**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare la distanza delle lesioni epatiche rispetto alla capsula, ai vasi ematici e biliari e dalla colecisti.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato**

**(II round)**

#### **Razionale scientifico**

La corretta descrizione della distanza delle lesioni epatiche rispetto a strutture critiche, come i vasi ematici, biliari o la colecisti, permette di identificare i pazienti che possono giovare di trattamenti mini-invasivi come la radiofrequenza.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol*. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2023
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. *Eur J Cancer*. 2016.
- Choi H et al. CT evaluation of the response of gastrointestinal stromal tumors after imatinib mesylate treatment (Choi criteria). *AJR Am J Roentgenol*. 2004.
- Lucatelli P et al. Percutaneous thermal segmentectomy for liver malignancies over 3 cm. *Radiol Med*. 2024.
- Suarez Benitez P et al. Safety and feasibility of robotic simultaneous resection of synchronous colorectal cancer and liver metastases. *Am Surg*. 2025.
- Izzo F et al. Radiofrequency ablation and microwave ablation in liver tumors: an update. *Oncologist*. 2019.
- Granata V et al. Diagnostic accuracy of MRI, CT and CEUS in radiological multimodality assessment of peribiliary liver metastases. *PLoS One*. 2017.
- Siriwardena AK et al. European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association guidelines for hepatobiliary malignancies. *Br J Surg*. 2021.
- Guckenberger M et al. Characterisation and classification of oligometastatic disease: ESTRO-EORTC consensus. *Lancet Oncol*. 2020.

### **RBPCA 3.4 – Carcinosi peritoneale – indice PCI**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, una adeguata descrizione della carcinosi peritoneale, utilizzando il PCI e riportando il coinvolgimento di strutture critiche come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

### **Razionale scientifico**

Una corretta descrizione della carcinosi peritoneale consente una adeguata pianificazione terapeutica del paziente.

### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Granata V et al. Radiological assessment of peritoneal carcinomatosis: a primer for residents. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022.
- Waheed MT et al. Feasibility of robotic surgical approach in peritoneal carcinomatosis. J Surg Res. 2025.

- Kusamura S et al. Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI): peritoneal cancer index and cytoreductive surgery. Ann Surg Oncol. 2021.
- Koole S et al. Primary cytoreductive surgery with or without HIPEC for FIGO stage III epithelial ovarian cancer: OVHIPEC-2. Int J Gynecol Cancer. 2023.
- Schwartz LH et al. RECIST 1.1 – update and clarification: from the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016.

### **RBPCA 3.5 – Reperti accidentali e condizioni di urgenza**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandata nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, una adeguata descrizione dei reperti accidentali e/o eventuali condizioni di urgenza/emergenza.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Una adeguata descrizione dei reperti accidentali e di eventuali potenziali complicanze è necessaria per la corretta gestione del paziente.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Gomatou G et al. Immune Checkpoint Inhibitor-Related Pneumonitis. Respiration. 2020
- Grassi F et al. Radiation Recall Pneumonitis: The Open Challenge in Differential Diagnosis of Pneumonia Induced by Oncological Treatments. J Clin Med. 2023.
- D'Argenzio J et al. Optimizing diagnostic outcomes and sustainability in radiological practices: a multicentric study on guideline adherence and incidental findings in elective chest CT scans. Radiol Med. 2025.

### **RBPCA 3.6 – Conclusioni del referto**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di refertazione TC, nella fase di follow-up, riportare le conclusioni.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

È utile ai fini di una corretta comunicazione tra clinico e radiologo che un modello di refertazione TC includa una sezione con le conclusioni dei dati più significativi riscontrati all'esame TC.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. Cancer Imaging. 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. Eur Radiol. 2022.

- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. Eur Radiol. 2024.
- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Neri E, et al. Structured reporting of x-ray mammography in the first diagnosis of breast cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.

## **5.5.4 RACCOMANDAZIONI PER IL MODELLO DI RICHIESTA DI ESAME TC DA PARTE DELL'ONCOLOGO**

**Scenario clinico di riferimento:** *Medico clinico richiedente (oncologo) in tutti e tre gli scenari (stadiazione, rivalutazione risposta, follow-up – Appendice C).*

### **RBPCA 4.1 – Dati clinici del paziente**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, riportare i dati clinici del paziente, inclusa la diagnosi istologica, la sintomatologia, i dati di laboratorio più significativi, così come pregresse neoplasie del paziente e/o dei suoi familiari.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Un'anamnesi accurata del paziente, che includa la sintomatologia, i dati di laboratorio più significativi, così come pregresse neoplasie del paziente e/o dei suoi familiari e la diagnosi istologica laddove sia disponibile, consente sia una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente sia il miglioramento dell'accuratezza diagnostica.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Neri E et al. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2021.
- Spinu-Popa EV et al. Radiology reporting in oncology – oncologists' perspective. *Cancer Imaging.* 2021.
- Nobel JM et al. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol.* 2022.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022.
- Leithner D et al. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging: a survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol.* 2024.

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Granata V et al. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2023
- Granata V et al. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. Front Endocrinol (Lausanne). 2021
- Neri E, et al. Structured reporting of x-ray mammography in the first diagnosis of breast cancer: a Delphi consensus proposal. Radiol Med. 2022.
- Mano MS et al. Implementing multidisciplinary tumor boards in oncology: a narrative review. Future Oncol. 2022.

#### **RBPCA 4.2 – Precedenti procedure diagnostiche – fase di stadiazione**

##### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di stadiazione, riportare i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

##### **Razionale scientifico**

Riportare nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di stadiazione, i dati più significativi di eventuali precedenti esami strumentali, consente una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente, e migliora l'accuratezza diagnostica.

##### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Haywood M et al. Improving the efficacy of PET-CT imaging in head and neck cancer management through the multidisciplinary team. Clin Otolaryngol. 2018.

- Yu L et al. Accuracy of Magnetic Resonance Imaging in Staging Rectal Cancer with Multidisciplinary Team: A Single-Center Experience. J Cancer. 2019.

### **RBPCA 4.3 – Dati clinici e terapeutici – fase di ri-stadiazione**

#### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di ri-stadiazione, riportare i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le terapie in corso, specificando il tipo di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, target therapy), il numero di ciclo e l'ultima somministrazione, così come pregressi trattamenti radioterapici, terapie loco-regionali, trattamenti chirurgici e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

#### **Razionale scientifico**

Riportare nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di ri-stadiazione, i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le terapie in corso, specificando il tipo di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, target therapy), i pregressi trattamenti loco-regionali (radioterapia, terapie loco-regionali, chirurgia) e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche, consente una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente, e migliora l'accuratezza diagnostica, consentendo di identificare precocemente l'efficacia del trattamento e/o eventuali complicanze relative al trattamento.

#### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Haywood M et al. Improving the efficacy of PET-CT imaging in head and neck cancer management through the multidisciplinary team. Clin Otolaryngol. 2018.

- Del Re M et al. Clinical relevance and methodological approach for the assessment of drug-drug interactions in cancer patients: a position statement from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Pharmacology (SIF). ESMO Open. 2025.
- Di Maio M et al. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. Ann Oncol. 2022.

#### **RBPCA 4.4 – Dati clinici e terapeutici – fase di follow-up**

##### **Raccomandazione**

*È raccomandato nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di follow-up, riportare i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le pregresse terapie, specificando il tipo di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, target therapy), pregressi trattamenti radioterapici, terapie loco-regionali, trattamenti chirurgici e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche.*

**COR: I; LoE: C; Mediana: 3; IQR: 0; Accordo: 100%; Consenso: unanime; Metodo: Delphi modificato (II round)**

##### **Razionale scientifico**

Riportare nel modello di richiesta di esame TC, nella fase di follow-up, i dati più significativi del paziente, includendo la diagnosi istologica e la stadiazione, le pregresse terapie mediche, i pregressi eventuali trattamenti radioterapici, loco-regionali, e/o chirurgici e i dati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche, consente una ottimizzazione della procedura diagnostica, con la minor dose radiante possibile per il paziente, e migliora l'accuratezza diagnostica, consentendo di identificare precocemente la ripresa/recidiva di malattia.

##### **Riferimenti bibliografici essenziali**

- Granata V et al. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1 – the optimization of CT protocol. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021.
- Haywood M et al. Improving the efficacy of PET-CT imaging in head and neck cancer management through the multidisciplinary team. Clin Otolaryngol. 2018.

- Del Re M et al. Clinical relevance and methodological approach for the assessment of drug-drug interactions in cancer patients: a position statement from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Pharmacology (SIF). *ESMO Open*. 2025.
- Di Maio M et al. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: *ESMO Clinical Practice Guideline*. *Ann Oncol*. 2022.

## **6. REVISIONE ESTERNA**

---

I modelli di refertazione TC, nelle fasi di stadiazione, valutazione della risposta al trattamento e follow-up, nonché il modello di richiesta di esame TC, elaborati mediante processo di consenso strutturato secondo metodologia Delphi modificata, sono stati sottoposti a revisione esterna indipendente.

La revisione esterna è stata condotta al fine di garantire la qualità metodologica del documento, la chiarezza espositiva, la coerenza interna e l'applicabilità clinico-organizzativa delle Raccomandazioni. Essa è stata affidata a esperti con comprovata esperienza clinica e scientifica in ambito oncologico e radiologico, non coinvolti nel processo di votazione Delphi né nella fase di elaborazione preliminare degli item. I revisori hanno operato in posizione di indipendenza rispetto al Panel votante e al Gruppo di lavoro metodologico e hanno rilasciato dichiarazione formale di assenza di conflitti di interesse rilevanti rispetto ai contenuti del documento.

La revisione è stata effettuata sulla versione integrale del testo, comprensiva della descrizione dettagliata del processo metodologico adottato, dell'analisi statistica del consenso, della strategia di ricerca bibliografica e del diagramma di flusso PRISMA, nonché delle tabelle contenenti le raccomandazioni con i relativi indicatori di consenso (mediana, IQR, percentuale di accordo, calcolo di IPR e IPRAS).

I revisori non hanno rilevato criticità metodologiche sostanziali e hanno confermato la trasparenza e completezza della descrizione del processo Delphi modificato, la coerenza tra sintesi delle evidenze e formulazione delle raccomandazioni, nonché l'appropriatezza della classificazione Classe/Livello di Evidenza in relazione alla natura consensus-based del documento. Sono stati inoltre suggeriti miglioramenti redazionali e terminologici, recepiti nella versione finale.

I revisori esterni hanno ritenuto che l'attività svolta dal gruppo multidisciplinare è conforme alla necessità di una standardizzazione delle procedure diagnostico-terapeutiche, rispondente alla necessità del paziente oncologico di essere gestito nella maniera più appropriata possibile anche nelle strutture non prettamente oncologiche.

In particolare, il modello condiviso di richiesta di un esame TC consente ai radiologi di ottimizzare la procedura nel rispetto del principio ALARA della minor dose di radiazione da somministrare in considerazione del quesito clinico. I modelli di refertazione TC, nei differenti scenari clinici, condivisi, consentono di fornire ai clinici tutte le informazioni necessarie per la scelta terapeutica migliore per il paziente secondo la metodologia adottata di un approccio Delphi modificato. Sebbene sarebbe stato auspicabile il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti oncologici, è evidente come questi modelli siano strumenti professionali atti a migliorare la gestione multidisciplinare del paziente e una sezione che comprenda le conclusioni consente anche ai non addetti ai lavori la chiara comprensione della propria fase di malattia.

Al termine della revisione, è stato espresso parere favorevole alla pubblicazione del documento, ritenendolo metodologicamente coerente con i requisiti previsti per la produzione di Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale consensus-based, clinicamente appropriato e applicabile nei diversi contesti organizzativi della gestione multidisciplinare del paziente oncologico.

## **7. APPLICABILITÀ**

---

Siamo consapevoli che completare richieste e report in conformità con le raccomandazioni contenute in questo documento richiede molto tempo e può aumentare il carico di lavoro già impegnativo degli operatori sanitari. Tuttavia, riteniamo che questo documento abbia un notevole valore culturale, in quanto sensibilizza gli operatori sanitari sull'importanza di fornire ai propri colleghi informazioni complete e di alta qualità.

È auspicabile che il miglioramento dell'interoperabilità delle cartelle cliniche elettroniche promuova la completezza e la qualità delle informazioni, semplificando il lavoro degli operatori sanitari.

Gli indicatori per monitorare l'implementazione delle raccomandazioni saranno una miglior gestione multidisciplinare del paziente oncologico, con diagnosi più accurate, processi diagnostici ottimizzati sul singolo paziente e trattamenti personalizzati.

## **8. AGGIORNAMENTO DELLE RBPCA**

---

Le presenti RBPCA saranno sottoposte a revisione e aggiornamento con cadenza triennale. L'aggiornamento sarà condotto mediante la medesima metodologia adottata per lo sviluppo iniziale o, ove appropriato, mediante metodologie differenti e più robuste, in relazione alla disponibilità di nuove evidenze scientifiche e al loro impatto clinico-organizzativo.

## **9. INDIPENDENZA EDITORIALE E ALTRE DICHIARAZIONI**

---

Il contenuto delle RBPCA non è stato influenzato da alcun finanziamento

*Nicoletta Gandolfo è il Presidente SIRM.*

*Luca Brunese è Presidente Eletto SIRM*

*Francesco Perrone ha avuto rapporti di finanziamento con Viatrix ed è il Presidente della Fondazione AIOM.*

*Carmine Pinto ha avuto rapporti di finanziamento con: Accord, Amgen, Astellas, AstraZeneca, Bayer, BeOne, BMS, Daiichi Sankyo, GSK, Ipsen, Incyte, Janssen, Jazz, Lilly, Menarini Stemline, Merck, MSD, Novartis, Roche, Sandoz, Servier, and Takeda.*

*Massimo Di Maio ha avuto rapporti di finanziamento con: AstraZeneca, Eisai, Janssen, Pfizer, Roche, Novartis, GlaxoSmithKline, Viatrix, Ipsen, Johnson & Johnson, Astellas, Resilience, Daiichi Sankio, Beigene, Exelixis, MSD, Pfizer, Roche, Daiichi Sankyo; and he is president of AIOM*

*Roberto ha avuto rapporti di finanziamento con Bayer, AstraZeneca, Sanofi, Novartis, Amgen, Roche, Pfizer, Janssen Cilag, Bristol Mayer Squibb.*

*Saverio Cinieri ha avuto rapporti di finanziamento con Lilly Oncology, Roche, Novartis, Menarini.*

*Lorenza Rimassa ha avuto rapporti di finanziamento con AbbVie, AstraZeneca, Basilea, Bayer, BMS, Boehringer Ingelheim, Eisai, Elevar Therapeutics, Exelixis, Genenta, Guerbet, Hengrui, Incyte, Ipsen, Jazz Pharmaceuticals, MSD, Nerviano Medical Sciences, Roche, Servier, Taiho Oncology, Zymeworks; lecture fees from AstraZeneca, Bayer, Biologix, BMS, Eisai, Guerbet, Incyte, Ipsen, Roche, Servier; AbbVie, AstraZeneca, BeiGene, Exelixis, Fibrogen, Incyte, Ipsen, Jazz Pharmaceuticals, MSD, Nerviano Medical Sciences, Roche, Servier, Taiho Oncology, TransThera Sciences, Zymeworks.*

*Andrea Laghi ha avuto rapporti di finanziamento con Bracco, Bayer, GE Healthcare, Guerbet.*

*Nicola Silvestris ha avuto rapporti di finanziamento con: Editree, Affari, Sanitanova, Vihtal, Aristeia, Pharmalex, Agorà, LeoPharma, Menarini, Servier, Bristol, Glaxo, Isheo, MSD; è membro di AIFA Working Group; è Membro del Comitato Etico del Cancer Institute of Bari ed è Segretario Nazionale dell'AIOM.*

Tutti i membri del Panel hanno dichiarato eventuali conflitti di interesse mediante compilazione di apposito modulo. **Eventuali conflitti di interesse dei componenti del gruppo di sviluppo delle RBPCA, non hanno influenzato il processo di sviluppo e la formulazione delle raccomandazioni.**

## 10. ALLEGATI

---

- 
1. Dichiarazione di conformità delle raccomandazioni con le leggi italiane vigenti, le norme e i regolamenti delle agenzie regolatorie e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.
- 
2. Moduli, debitamente compilati, firmati e aggiornati, per la dichiarazione dei conflitti di interesse di tutti i componenti del gruppo di sviluppo delle RBPCA.
- 

## 11. BIBLIOGRAFIA

---

1. Mano MS, Çitaku FT, Barach P. Implementing multidisciplinary tumor boards in oncology: a narrative review. *Future Oncol.* 2022 Jan;18(3):375-384. doi: 10.2217/fon-2021-0471. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34787482.
2. Dijkstra S, Kraal KCJM, Ruijters VJ, Kremer LCM, Hoogerbrugge PM. Examining the Potential Relationship Between Multidisciplinary Team Meetings and Patient Survival in Pediatric Oncology Settings: A Systematic Review. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2021 Aug 1;43(6):e873-e879. doi: 10.1097/MPH.0000000000001942. PMID: 33003143.
3. Smith EA, Ey JD, Senthil V, Barbaro A, Edwards S, Bradshaw EL, Maddern GJ. Do Surgical Oncology Multidisciplinary Team Meetings Make a Difference? *Ann Surg Oncol.* 2025 Feb;32(2):1222-1231. doi: 10.1245/s10434-024-16471-7. Epub 2024 Nov 16. PMID: 39550481.
4. Ansmann L, Heuser C, Diekmann A, Schellenberger B, Biehl C, Danaei M, Eichler C, Heinz D, Hocke A, Malter W, Melekian B, Metin H, Mustea A, Palatty J, Peisker U, Petschat I, Ernstmann N. Patient participation in multidisciplinary tumor conferences: How is it implemented? What is the patients' role? What are patients' experiences? *Cancer Med.* 2021 Oct;10(19):6714-6724. doi: 10.1002/cam4.4213. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34402196; PMCID: PMC8495269.
5. Yu L, Wang L, Tan Y, Hu H, Shen L, Zheng S, Ding K, Zhang S, Yuan Y. Accuracy of Magnetic Resonance Imaging in Staging Rectal Cancer with Multidisciplinary Team: A Single-Center

- Experience. *J Cancer*. 2019 Oct 21;10(26):6594-6598. doi: 10.7150/jca.32685. PMID: 31777588; PMCID: PMC6856893.
6. Haywood M, Masterson L, Cronin A, Vijendren A, Iyngkaran T, Kothari P, Chan CH, Camilleri A. Improving the efficacy of PET-CT imaging in head and neck cancer management and surveillance through the multidisciplinary team: A multicentre, retrospective cohort analysis of 51 patients. *Clin Otolaryngol*. 2018 Aug;43(4):1131-1135. doi: 10.1111/coa.13080. Epub 2018 Mar 8. PMID: 29432656.
  7. Neri E, Gabelloni M, Bäuerle T, Beets-Tan R, Caruso D, D'Anastasi M, Dinkel J, Fournier LS, Gourtsoyianni S, Hoffmann RT, Mayerhöfer ME, Regge D, Schlemmer HP, Laghi A. Involvement of radiologists in oncologic multidisciplinary team meetings: an international survey by the European Society of Oncologic Imaging. *Eur Radiol*. 2021 Feb;31(2):983-991. doi: 10.1007/s00330-020-07178-w. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32833089; PMCID: PMC7813742.
  8. Spînu-Popa EV, Cioni D, Neri E. Radiology reporting in oncology-oncologists' perspective. *Cancer Imaging*. 2021 Nov 25;21(1):63. doi: 10.1186/s40644-021-00431-5. PMID: 34823599; PMCID: PMC8620527.
  9. Nobel JM, van Geel K, Robben SGF. Structured reporting in radiology: a systematic review to explore its potential. *Eur Radiol*. 2022 Apr;32(4):2837-2854. doi: 10.1007/s00330-021-08327-5. Epub 2021 Oct 15. PMID: 34652520; PMCID: PMC8921035.
  10. Mallio CA, Sertorio AC, Bernetti C, Beomonte Zobel B. Large language models for structured reporting in radiology: performance of GPT-4, ChatGPT-3.5, Perplexity and Bing. *Radiol Med*. 2023 Jul;128(7):808-812. doi: 10.1007/s11547-023-01651-4. Epub 2023 May 29. PMID: 37248403.
  11. Granata V, Faggioni L, Grassi R, Fusco R, Reginelli A, Rega D, Maggialelli N, Buccicardi D, Frittoli B, Rengo M, Bortolotto C, Prost R, Lacasella GV, Montella M, Ciaghi E, Bellifemine F, De Muzio F, Grazzini G, De Filippo M, Cappabianca S, Laghi A, Grassi R, Brunese L, Neri E, Miele V, Coppola F. Structured reporting of computed tomography in the staging of colon cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med*. 2022 Jan;127(1):21-29. doi: 10.1007/s11547-021-01418-9. Epub 2021 Nov 6. PMID: 34741722; PMCID: PMC8795004.

12. Leithner D, Sala E, Neri E, Schlemmer HP, D'Anastasi M, Weber M, Avesani G, Caglic I, Caruso D, Gabelloni M, Goh V, Granata V, Kunz WG, Nougaret S, Russo L, Woitek R, Mayerhoefer ME. Perceptions of radiologists on structured reporting for cancer imaging-a survey by the European Society of Oncologic Imaging (ESOI). *Eur Radiol.* 2024 Aug;34(8):5120-5130. doi: 10.1007/s00330-023-10397-6. Epub 2024 Jan 11. PMID: 38206405; PMCID: PMC11254975.
13. Granata V, Fusco R, Cozzi D, Danti G, Faggioni L, Buccicardi D, Prost R, Ferrari R, Trinci M, Galluzzo M, Iacobellis F, Scaglione M, Tonerini M, Coppola F, Bortolotto C, Caruso D, Ciagli E, Gabelloni M, Rengo M, Giacobbe G, Grassi F, Romano L, Pinto A, Caranci F, Bertelli E, D'Andrea P, Neri E, Giovagnoni A, Grassi R, Miele V. Structured reporting of computed tomography in the polytrauma patient assessment: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2023 Feb;128(2):222-233. doi: 10.1007/s11547-023-01596-8. Epub 2023 Jan 19. PMID: 36658367; PMCID: PMC9938818.
14. Granata V, Coppola F, Grassi R, Fusco R, Tafuto S, Izzo F, Reginelli A, Maggialetti N, Buccicardi D, Frittoli B, Rengo M, Bortolotto C, Prost R, Lacasella GV, Montella M, Ciagli E, Bellifemine F, De Muzio F, Danti G, Grazzini G, De Filippo M, Cappabianca S, Barresi C, Iafrate F, Stoppino LP, Laghi A, Grassi R, Brunese L, Neri E, Miele V, Faggioni L. Structured Reporting of Computed Tomography in the Staging of Neuroendocrine Neoplasms: A Delphi Consensus Proposal. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021 Nov 30;12:748944. doi: 10.3389/fendo.2021.748944. PMID: 34917023; PMCID: PMC8670531.
15. Neri E, Granata V, Montemezzi S, Belli P, Bernardi D, Brancato B, Caumo F, Calabrese M, Coppola F, Cossu E, Faggioni L, Frigerio A, Fusco R, Petrillo A, Girardi V, Iacconi C, Marini C, Marino MA, Martincich L, Nori J, Pediconi F, Saguatti G, Sansone M, Sardanelli F, Scaperrotta GP, Zuiani C, Ciagli E, Montella M, Miele V, Grassi R. Structured reporting of x-ray mammography in the first diagnosis of breast cancer: a Delphi consensus proposal. *Radiol Med.* 2022 May;127(5):471-483. doi: 10.1007/s11547-022-01478-5. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35303247; PMCID: PMC9098566.
16. Roedding R, Gaztanaga J, Manoushagian S, Opela D, Lopez-Mattei JC, Chazal RA. Radiation Dose Optimization in a Multicenter CCTA Program. *JACC Case Rep.* 2025 Nov 12;30(36):105612. doi: 10.1016/j.jaccas.2025.105612. Epub 2025 Oct 7. PMID: 41238245.

17. Granata V, Fusco R, Bicchierai G, Cozzi D, Grazzini G, Danti G, De Muzio F, Maggialetti N, Smorchkova O, D'Elia M, Brunese MC, Grassi R, Giacobbe G, Bruno F, Palumbo P, Lacasella GV, Brunese L, Grassi R, Miele V, Barile A. Diagnostic protocols in oncology: workup and treatment planning. Part 1: the optimitation of CT protocol. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021 Nov;25(22):6972-6994. doi: 10.26355/eurrev\_202111\_27246. PMID: 34859859.
18. Rockall AG, Allen B, Brown MJ, El-Diasty T, Fletcher J, Gerson RF, Goergen S, Marrero González AP, Grist TM, Hanneman K, Hess CP, Ho ELM, Salama DH, Schoen J, Sheard S. Sustainability in Radiology: Position Paper and Call to Action from ACR, AOSR, ASR, CAR, CIR, ESR, ESRNM, ISR, IS3R, RANZCR, and RSNA. *Radiology*. 2025 Mar;314(3):e250325. doi: 10.1148/radiol.250325. PMID: 40008997.
19. Cooper P, Allen G, Hayden R, Irvine I, Francis A, Ryan AG. Sustainability in the Interventional Radiology Suite: Environmental and Financial Implications. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2025 Oct;48(10):1395-1400. doi: 10.1007/s00270-025-04185-6. Epub 2025 Sep 8. PMID: 40921773; PMCID: PMC12535930.
20. Palm V, Heye T, Molwitz I, von Stackelberg O, Kauczor HU, Schreyer AG. Sustainability and Climate Protection in Radiology - An Overview. *Rofo*. 2023 Nov;195(11):981-988. English, German. doi: 10.1055/a-2093-4177. Epub 2023 Jun 22. PMID: 37348529.
21. Doo FX, Vosshenrich J, Cook TS, Moy L, Almeida EPRP, Woolen SA, Gichoya JW, Heye T, Hanneman K. Environmental Sustainability and AI in Radiology: A Double-Edged Sword. *Radiology*. 2024 Feb;310(2):e232030. doi: 10.1148/radiol.232030. PMID: 38411520; PMCID: PMC10902597.
22. D'Argenzio J, Esposito A, Pozzi J, Giannitto C, Zilocchi M, Stocco M, Guerritore M, Valenti GMR, Melazzini MG, Carrafiello G. Optimizing diagnostic outcomes and sustainability in radiological practices: a multicentric study on guideline adherence and incidental findings in elective chest CT scans. *Radiol Med*. 2025 Oct 27. doi: 10.1007/s11547-025-02133-5. Epub ahead of print. PMID: 41145897.
23. Lucatelli P, Rocco B, Argirò R, Semeraro V, Lai Q, Bozzi E, Crociati S, Barone M, Posa A, Catalano C, Crocetti L, Iezzi R. Percutaneous thermal segmentectomy for liver malignancies over 3 cm: mid-term oncological performance and predictors of sustained complete response from a multicentric

- Italian retrospective study. *Radiol Med.* 2024 Oct;129(10):1543-1554. doi: 10.1007/s11547-024-01877-w. Epub 2024 Sep 16. PMID: 39285023; PMCID: PMC11480182.
24. Djuric O, Deandrea S, Mantellini P, Sardanelli F, Venturelli F, Montemezzi S, Vecchio R, Bucchi L, Senore C, Giordano L, Paci E, Bonifacino A, Calabrese M, Caumo F, Degrassi F, Sassoli De' Bianchi P, Battisti F, Zappa M, Pattacini P, Campari C, Nitrosi A, Di Leo G, Frigerio A, Magni V, Fornasa F, Romanucci G, Falini P, Auzzi N, Armaroli P, Giorgi Rossi P; MAITA working group; Italian Breast Cancer Screening Guidelines working group. Budget impact analysis of introducing digital breast tomosynthesis in breast cancer screening in Italy. *Radiol Med.* 2024 Sep;129(9):1288-1302. doi: 10.1007/s11547-024-01850-7. Epub 2024 Aug 20. PMID: 39162938.
25. <https://sirm.org/documenti/#Documenti-Raccomandazioni-Societarie>
26. Del Re M, Roncato R, Argentiero A, Berrino L, Botticelli A, Capuano A, Di Donato S, Fogli S, Marino D, Rodriquenz G, Speranza D, Perrone F, Silvestris N, Danesi R. Clinical relevance and methodological approach for the assessment of drug-drug interactions in cancer patients: a position statement from the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Pharmacology (SIF). *ESMO Open.* 2025 Jun;10(6):105119. doi: 10.1016/j.esmoop.2025.105119. Epub 2025 Jun 10. PMID: 40499461; PMCID: PMC12182795.
27. Filippi R, Brandi G, Casadei-Gardini A, Leone F, Silvestris N, Satolli MA, Salani F, Sperti E, Lutrino SE, Aprile G, Santini D, Scartozzi M, Faloppi L, Palloni A, Deserti M, Tavolari S, Rimini M, Brunetti O, Spadi R, Ilaria D, Di Maio M. Viral Hepatitis in Western Patients with Advanced Intrahepatic Cholangiocarcinoma: Retrospective Assessment of Prevalence, Prognostic and Predictive Significance. *Cancer Invest.* 2025 Jan;43(1):59-69. doi: 10.1080/07357907.2024.2432013. Epub 2024 Nov 27. PMID: 39601419.
28. Arenare L, Di Liello R, De Placido P, Gridelli C, Morabito A, Pignata S, Nuzzo F, Avallone A, Maiello E, Gargiulo P, Schettino C, Gravina A, Gallo C, Chiodini P, Di Maio M, Perrone F, Piccirillo MC. Under-reporting of subjective symptoms and its prognostic value: a pooled analysis of 12 cancer clinical trials. *ESMO Open.* 2024 Mar;9(3):102941. doi: 10.1016/j.esmoop.2024.102941. Epub 2024 Mar 6. Erratum in: *ESMO Open.* 2024 Nov;9(11):103693. doi: 10.1016/j.esmoop.2024.103693. PMID: 38452437; PMCID: PMC10937229.

29. Di Maio M, Basch E, Denis F, Fallowfield LJ, Ganz PA, Howell D, Kowalski C, Perrone F, Stover AM, Sundaresan P, Warrington L, Zhang L, Apostolidis K, Freeman-Daily J, Ripamonti CI, Santini D; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: [clinicalguidelines@esmo.org](mailto:clinicalguidelines@esmo.org). The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. *Ann Oncol*. 2022 Sep;33(9):878-892. doi: 10.1016/j.annonc.2022.04.007. Epub 2022 Apr 21. PMID: 35462007.
30. Suarez Benitez P, Efstathiou A, Safiru M, Hajibandeh S, Hajibandeh S, Satyadas T. Safety and Feasibility of Robotic Simultaneous Resection of Synchronous Colorectal Cancer and Liver Metastases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am Surg*. 2025 Nov 11:31348251397526. doi: 10.1177/00031348251397526. Epub ahead of print. PMID: 41217831.
31. Saito Y, Morine Y, Yamada S, Teraoku H, Miyazaki K, Ikemoto T, Shimada M. Innovative Robotic Liver Resection with Extended Reality for Both Navigation and Medical Education by Three Separate Surgeons. *Ann Surg Oncol*. 2025 Dec;32(13):9630. doi: 10.1245/s10434-025-18297-3. Epub 2025 Sep 8. PMID: 40916022.
32. Serenari M, Angelico R, Lai Q, Patrono D, Scalera I, Kauffmann E, Pagano D, De Carlis R, Gringeri E, Vitale A; AICEP-SITO-CCTF study group. Current management of hepatobiliary malignancies between centers with or without a liver transplant program: A multi-society national survey. *Dig Liver Dis*. 2025 Feb;57(2):459-466. doi: 10.1016/j.dld.2024.09.007. Epub 2024 Oct 8. PMID: 39379228.
33. Izzo F, Granata V, Grassi R, Fusco R, Palaia R, Delrio P, Carrafiello G, Azoulay D, Petrillo A, Curley SA. Radiofrequency Ablation and Microwave Ablation in Liver Tumors: An Update. *Oncologist*. 2019 Oct;24(10):e990-e1005. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0337. Epub 2019 Jun 19. PMID: 31217342; PMCID: PMC6795153.
34. Granata V, Fusco R, Venanzio Setola S, Sassaroli C, De Franciscis S, Delrio P, Danti G, Grazzini G, Faggioni L, Gabelloni M, Ottaiano A, Greggi S, Patrone R, Palaia R, Petrillo A, Izzo F. Radiological assessment of peritoneal carcinomatosis: a primer for resident. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022 Apr;26(8):2875-2890. doi: 10.26355/eurrev\_202204\_28619. PMID: 35503632.
35. Waheed MT, Hernandez MC, Malik I, Lwin T, Woo Y, Paz IB, Melstrom L, Fong Y, Lee SJ, Song M, Dellinger T, Moslemi-Kebria M, Han E, Raoof M. Feasibility of Robotic Surgical Approach in

- Peritoneal Carcinomatosis. *J Surg Res.* 2025 Mar;307:70-77. doi: 10.1016/j.jss.2025.01.016. Epub 2025 Feb 22. PMID: 39987611.
36. Kusamura S, Barretta F, Yonemura Y, Sugarbaker PH, Moran BJ, Levine EA, Goere D, Baratti D, Nizri E, Morris DL, Glehen O, Sardi A, Barrios P, Quénet F, Villeneuve L, Gómez-Portilla A, de Hingh I, Ceelen W, Pelz JOW, Piso P, González-Moreno S, Van Der Speeten K, Deraco M; Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) and the French National Registry of Rare Peritoneal Surface Malignancies (RENAPÉ). The Role of Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in Pseudomyxoma Peritonei After Cytoreductive Surgery. *JAMA Surg.* 2021 Mar 1;156(3):e206363. doi: 10.1001/jamasurg.2020.6363. Epub 2021 Mar 10. PMID: 33502455; PMCID: PMC7841579.
37. Koole S, van Stein R, Sikorska K, Barton D, Perrin L, Brennan D, Zivanovic O, Mosgaard BJ, Fagotti A, Colombo PE, Sonke G, Driel WJV; OVHIPEC-2 Steering Committee and the Dutch OVHIPEC group. Primary cytoreductive surgery with or without hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for FIGO stage III epithelial ovarian cancer: OVHIPEC-2, a phase III randomized clinical trial. *Int J Gynecol Cancer.* 2020 Jun;30(6):888-892. doi: 10.1136/ijgc-2020-001231. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32205449; PMCID: PMC8202725.
38. Schwartz LH, Litière S, de Vries E, Ford R, Gwyther S, Mandrekar S, Shankar L, Bogaerts J, Chen A, Dancey J, Hayes W, Hodi FS, Hoekstra OS, Huang EP, Lin N, Liu Y, Therasse P, Wolchok JD, Seymour L. RECIST 1.1-Update and clarification: From the RECIST committee. *Eur J Cancer.* 2016 Jul;62:132-7. doi: 10.1016/j.ejca.2016.03.081. Epub 2016 May 14. PMID: 27189322; PMCID: PMC5737828.
39. Choi H, Charnsangavej C, de Castro Faria S, Tamm EP, Benjamin RS, Johnson MM, Macapinlac HA, Podoloff DA. CT evaluation of the response of gastrointestinal stromal tumors after imatinib mesylate treatment: a quantitative analysis correlated with FDG PET findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2004 Dec;183(6):1619-28. doi: 10.2214/ajr.183.6.01831619. PMID: 15547201.
40. Seymour L, Bogaerts J, Perrone A, Ford R, Schwartz LH, Mandrekar S, Lin NU, Litière S, Dancey J, Chen A, Hodi FS, Therasse P, Hoekstra OS, Shankar LK, Wolchok JD, Ballinger M, Caramella C, de Vries EGE; RECIST working group. iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics. *Lancet Oncol.* 2017 Mar;18(3):e143-e152. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30074-

8. Epub 2017 Mar 2. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2019 May;20(5):e242. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30240-2. PMID: 28271869; PMCID: PMC5648544.
41. Park JR, Bagatell R, Cohn SL, Pearson AD, Villablanca JG, Berthold F, Burchill S, Boubaker A, McHugh K, Nuchtern JG, London WB, Seibel NL, Lindwasser OW, Maris JM, Brock P, Schleiermacher G, Ladenstein R, Matthay KK, Valteau-Couanet D. Revisions to the International Neuroblastoma Response Criteria: A Consensus Statement From the National Cancer Institute Clinical Trials Planning Meeting. *J Clin Oncol.* 2017 Aug 1;35(22):2580-2587. doi: 10.1200/JCO.2016.72.0177. Epub 2017 May 4. PMID: 28471719; PMCID: PMC5676955.
42. Younes A, Hilden P, Coiffier B, Hagenbeek A, Salles G, Wilson W, Seymour JF, Kelly K, Gribben J, Pfreunschuh M, Morschhauser F, Schoder H, Zelenetz AD, Rademaker J, Advani R, Valente N, Fortpied C, Witzig TE, Sehn LH, Engert A, Fisher RI, Zinzani PL, Federico M, Hutchings M, Bollard C, Trneny M, Elsayed YA, Tobinai K, Abramson JS, Fowler N, Goy A, Smith M, Ansell S, Kuruvilla J, Dreyling M, Thieblemont C, Little RF, Aurer I, Van Oers MHJ, Takeshita K, Gopal A, Rule S, de Vos S, Kloos I, Kaminski MS, Meignan M, Schwartz LH, Leonard JP, Schuster SJ, Seshan VE. International Working Group consensus response evaluation criteria in lymphoma (RECIL 2017). *Ann Oncol.* 2017 Jul 1;28(7):1436-1447. doi: 10.1093/annonc/mdx097. PMID: 28379322; PMCID: PMC5834038.
43. Fusco R, Petrillo M, Granata V, Filice S, Sansone M, Catalano O, Petrillo A. Magnetic Resonance Imaging Evaluation in Neoadjuvant Therapy of Locally Advanced Rectal Cancer: A Systematic Review. *Radiol Oncol.* 2017 Aug 16;51(3):252-262. doi: 10.1515/raon-2017-0032. PMID: 28959161; PMCID: PMC5611989.
44. Lin T, Narang A. Advances in Radiotherapy for Rectal Cancer. *Surg Oncol Clin N Am.* 2023 Jul;32(3):461-473. doi: 10.1016/j.soc.2023.02.003. Epub 2023 Apr 4. PMID: 37182987.
45. Granata V, Fusco R, Catalano O, Avallone A, Palaia R, Botti G, Tatangelo F, Granata F, Cascella M, Izzo F, Petrillo A. Diagnostic accuracy of magnetic resonance, computed tomography and contrast enhanced ultrasound in radiological multimodality assessment of peribiliary liver metastases. *PLoS One.* 2017 Jun 20;12(6):e0179951. doi: 10.1371/journal.pone.0179951. PMID: 28632786; PMCID: PMC5478136.

46. Reijers SJM, Gennaro N, Bruining A, van Boven H, Snaebjornsson P, Bekers EM, van Coevorden F, Scholten AN, Schrage Y, van der Graaf WTA, Haas RLM, van Houdt WJ. Correlation of radiological and histopathological response after neoadjuvant radiotherapy in soft tissue sarcoma. *Acta Oncol.* 2023 Jan;62(1):25-32. doi: 10.1080/0284186X.2023.2166427. Epub 2023 Jan 13. PMID: 36637511.
47. Gennaro N, van der Loo I, Reijers SJM, van Boven H, Snaebjornsson P, Bekers EM, Bodalal Z, Trebeschi S, Schrage YM, van der Graaf WTA, van Houdt WJ, Haas RLM, Velichko YS, Beets-Tan RGH, Bruining A. Heterogeneity in response to neoadjuvant radiotherapy between soft tissue sarcoma histotypes: associations between radiology and pathology findings. *Eur Radiol.* 2025 Mar;35(3):1337-1350. doi: 10.1007/s00330-024-11258-6. Epub 2024 Dec 19. PMID: 39699680.
48. Boxberg M, Langer R, Woertler K, Knebel C, Rechl H, von Eisenhart-Rothe R, Weichert W, Combs SE, Hadjamu M, Röper B, Specht K. Neoadjuvant Radiation in High-Grade Soft-Tissue Sarcomas: Histopathologic Features and Response Evaluation. *Am J Surg Pathol.* 2022 Aug 1;46(8):1060-1070. doi: 10.1097/PAS.0000000000001922. Epub 2022 Jun 3. PMID: 35687332.
49. Gomatou G, Tzilas V, Kotteas E, Syrigos K, Bouros D. Immune Checkpoint Inhibitor-Related Pneumonitis. *Respiration.* 2020;99(11):932-942. doi: 10.1159/000509941. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33260191.
50. Grassi F, Granata V, Fusco R, De Muzio F, Cutolo C, Gabelloni M, Borgheresi A, Danti G, Picone C, Giovagnoni A, Miele V, Gandolfo N, Barile A, Nardone V, Grassi R. Radiation Recall Pneumonitis: The Open Challenge in Differential Diagnosis of Pneumonia Induced by Oncological Treatments. *J Clin Med.* 2023 Feb 10;12(4):1442. doi: 10.3390/jcm12041442. PMID: 36835977; PMCID: PMC9964719.
51. Tarantino P, Viale G, Press MF, Hu X, Penault-Llorca F, Bardia A, Batistatou A, Burstein HJ, Carey LA, Cortes J, Denkert C, Diéras V, Jacot W, Koutras AK, Lebeau A, Loibl S, Modi S, Mosele MF, Provenzano E, Pruneri G, Reis-Filho JS, Rojo F, Salgado R, Schmid P, Schnitt SJ, Tolaney SM, Trapani D, Vincent-Salomon A, Wolff AC, Pentheroudakis G, André F, Curigliano G. ESMO expert consensus statements (ECS) on the definition, diagnosis, and management of HER2-low breast cancer. *Ann Oncol.* 2023 Aug;34(8):645-659. doi: 10.1016/j.annonc.2023.05.008. Epub 2023 Jun 1. PMID: 37269905.

52. Guckenberger M, Lievens Y, Bouma AB, Collette L, Dekker A, deSouza NM, Dingemans AC, Fournier B, Hurkmans C, Lecouvet FE, Meattini I, Méndez Romero A, Ricardi U, Russell NS, Schanne DH, Scorsetti M, Tombal B, Verellen D, Verfaillie C, Ost P. Characterisation and classification of oligometastatic disease: a European Society for Radiotherapy and Oncology and European Organisation for Research and Treatment of Cancer consensus recommendation. *Lancet Oncol.* 2020 Jan;21(1):e18-e28. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30718-1. PMID: 31908301.
53. Beets-Tan RGH, Lambregts DMJ, Maas M, Bipat S, Barbaro B, Curvo-Semedo L, Fenlon HM, Gollub MJ, Gourtsoyianni S, Halligan S, Hoeffel C, Kim SH, Laghi A, Maier A, Rafaelsen SR, Stoker J, Taylor SA, Torkzad MR, Blomqvist L. Magnetic resonance imaging for clinical management of rectal cancer: Updated recommendations from the 2016 European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) consensus meeting. *Eur Radiol.* 2018 Apr;28(4):1465-1475. doi: 10.1007/s00330-017-5026-2. Epub 2017 Oct 17. Erratum in: *Eur Radiol.* 2018 Jun;28(6):2711. doi: 10.1007/s00330-017-5204-2. PMID: 29043428; PMCID: PMC5834554.
54. Siriwardena AK, Serrablo A, Fretland ÅA, Wigmore SJ, Ramia-Angel JM, Malik HZ, Stättner S, Søreide K, Zmora O, Meijerink M, Kartalis N, Lesurtel M, Verhoef C, Balakrishnan A, Gruenberger T, Jonas E, Devar J, Jamdar S, Jones R, Hilal MA, Andersson B, Boudjema K, Mullamitha S, Stassen L, Dasari BVM, Frampton AE, Aldrighetti L, Pellino G, Buchwald P, Gürses B, Wasserberg N, Gruenberger B, Spiers HVM, Jarnagin W, Vauthey JN, Kokudo N, Tejpar S, Valdivieso A, Adam R; Joint E-AHPBA/ESSO/ESCP/ESGAR/CIRSE 2022 Consensus on colorectal cancer with synchronous liver metastases. The multi-societal European consensus on the terminology, diagnosis and management of patients with synchronous colorectal cancer and liver metastases: an E-AHPBA consensus in partnership with ESSO, ESCP, ESGAR, and CIRSE. *HPB (Oxford).* 2023 Sep;25(9):985-999. doi: 10.1016/j.hpb.2023.05.360. Epub 2023 Jul 13. PMID: 37471055.
55. de Rooij M, Israël B, Tummers M, Ahmed HU, Barrett T, Giganti F, Hamm B, Løgager V, Padhani A, Panebianco V, Puech P, Richenberg J, Rouvière O, Salomon G, Schoots I, Veltman J, Villeirs G, Walz J, Barentsz JO. ESUR/ESUI consensus statements on multi-parametric MRI for the detection of clinically significant prostate cancer: quality requirements for image acquisition, interpretation and

radiologists' training. *Eur Radiol.* 2020 Oct;30(10):5404-5416. doi: 10.1007/s00330-020-06929-z. Epub 2020 May 19. PMID: 32424596; PMCID: PMC7476997.

56. Manganaro L, Lakhman Y, Bharwani N, Gui B, Gigli S, Vinci V, Rizzo S, Kido A, Cunha TM, Sala E, Rockall A, Forstner R, Nougaret S. Staging, recurrence and follow-up of uterine cervical cancer using MRI: Updated Guidelines of the European Society of Urogenital Radiology after revised FIGO staging 2018. *Eur Radiol.* 2021 Oct;31(10):7802-7816. doi: 10.1007/s00330-020-07632-9. Epub 2021 Apr 14. Erratum in: *Eur Radiol.* 2022 Jan;32(1):738. doi: 10.1007/s00330.

## 12.APPENDICI

---

### APPENDICE A - STRINGHE DI RICERCA BIBLIOGRAFICA

La ricerca bibliografica è stata condotta nel periodo 2010 – 2025 nelle seguenti banche dati biomediche: PubMed/MEDLINE, Scopus e Google Scholar. Di seguito sono riportate le stringhe di ricerca effettivamente utilizzate per ciascun database, adattate alla sintassi specifica di ciascuna piattaforma.

#### Database 1: PubMed/MEDLINE

```
"Computed Tomography"[MeSH] OR "CT") AND ("Oncology" OR "Cancer" OR "Neoplasm*") AND ("Structured Report*" OR "Standardized report*" OR "Radiology report*")
```

**Periodo di riferimento:** 2010–2025

**Record recuperati:** n = 470

#### Database 2: Scopus

```
TITLE-ABS-KEY (( "Computed Tomography" OR "CT") AND ("Oncology" OR "Cancer" OR "Neoplasm") AND ("Structured Report" OR "Standardized report" OR "Radiology report")) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2026 TITLE-ABS-KEY (( "Computed Tomography" OR "CT") AND ("Oncology" OR "Cancer" OR "Neoplasm") AND ("Structured Report" OR "Standardized report" OR "Radiology report")) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2026
```

**Periodo di riferimento:** 2010–2025

**Record recuperati:** n = 421

#### Database 3: Google Scholar

```
intitle:"computed tomography" ("structured report" OR "standardized report" OR "radiology report") (oncology OR cancer OR neoplasm)
```

**Periodo di riferimento:** 2010–2025

**Record recuperati:** n = 504

**Nota metodologica:** Le stringhe per Scopus e Google Scholar sono state adattate alla sintassi specifica di ciascun database, mantenendo gli stessi domini concettuali della stringa PubMed. In PubMed sono stati utilizzati i termini MeSH controllati; in Scopus il campo TITLE-ABS-KEY consente la ricerca su titolo, abstract e parole chiave; in Google Scholar è stato utilizzato l'operatore intitle: per il termine 'computed tomography' al fine di restringere la ricerca ai documenti pertinenti, mentre gli altri termini sono stati ricercati nel testo completo. Il filtro temporale (2010–2025) è stato applicato tramite l'interfaccia di ricerca avanzata.

## APPENDICE B - I QUATTRO MODELLI DI IMPLEMENTAZIONE DELLE RBPCA

La presente appendice riporta i quattro modelli operativi derivati dalle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA): tre modelli di referto strutturato TC (Modelli 1–3) per le fasi di stadiazione, valutazione della risposta al trattamento e follow-up, e un modello di richiesta di esame TC comune ai tre scenari (Modello 4).

### MODELLO 1 – REFERITO STRUTTURATO TC: STADIAZIONE

<b>Tumore primario</b>		
Rilevabile ( <i>tumore rilevabile o non visibile alla TC</i> )	Sì	No
<i>Sito (per ogni sito specificare sede e numero delle lesioni)</i>		
Polmone		
Stomaco		
Mammella		
Testa-collo		
Esofago		
Fegato		
Coledoco		
Pancreas		
Intestino tenue		
Colo		
Retto		
Milza		
Peritoneo		
Utero		
Ovaie		
Rene		
Colecisti		
Vescica		
Uretere		
Testicolo		
Altri (melanoma; sarcoma; linfoma; ...)		
<i>Dimensioni</i> <i>(valutazione bidimensionale)</i>	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
<i>Struttura</i>	isovascolare/ipovascolare/ipervascolare per lesioni polmonari specificare se solide, GGO, miste o escavate	

Infiltrazione delle strutture vicine (specificare le strutture coinvolte come vasi sanguigni, organi, diaframma, peritoneo)	Sì	No
<b>Metastasi linfonodali</b>		
<i>Locoregionali</i>		
Sito		
(per il polmone, specificare il numero della stazione coinvolta)		
Numero		
Dimensioni (valutazione bidimensionale)	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
Struttura		
<i>Catene Linfonodali non loco-regionali</i>		
Sito		
Numero		
Dimensione	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
Struttura		
<b>Metastasi</b>		
<b>Fegato</b>	Sì, specificare: Numero di lesioni visibili [Numerico] Per ciascuna lesione target (max N=2):	No
Sito (specificare segmento epatico, lesione parenchimale, periduttale o subcapsulare)		
Dimensione (valutazione bidimensionale)	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
Struttura	isovascolare/ipovascolare/iperavascolare	
Infiltrazione delle strutture vicine (specificare le strutture coinvolte come vasi sanguigni, organi, diaframma, peritoneo)	Sì (vene sopraepatiche, rami della vena porta, vasi biliari, ilo epatico, diaframma, colecisti, organi vicini)	No
Distanza dalla capsula epatica e dal diaframma	mm	
Distanza dai vasi sanguigni	mm	
Distanza dalla colecisti	mm	
<b>Polmone</b>	Sì, specificare: Numero di lesioni visibili [Numerico] Per ciascuna lesione target (max N=2):	No
Sito	Lobo polmonare e segmento polmonare	

Dimensione <i>(valutazione bidimensionale)</i>	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
Struttura	solido, GGO, misto o escavato	
Infiltrazione nelle strutture adiacenti	Sì	No
<b>Encefalo</b>	Sì, specificare: Numero di lesioni visibili [ <i>Numerico</i> ] Per ciascuna lesione target (max N=2):	No
Sito	Includere se si tratta di tessuto o meninge e la presenza di carcinomatosi meningea	
Dimensione <i>(valutazione bidimensionale)</i>	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
Struttura		
Edema	Sì	No
<b>Altri organi (compreso lo scheletro)</b>	Sì (specificare) per organi solidi Numero di lesioni visibili [ <i>Numerico</i> ] Per ciascuna lesione target (max N=2): Sito, dimensioni, struttura e infiltrazione delle strutture vicine	No
<b>Peritoneo</b>	Sì (PCI)  Per ciascun quadrante riportare il valore numerico per la quantificazione della carcinosi <ul style="list-style-type: none"> <li>- R0: addome medio, compreso l'omento maggiore e il colon trasverso;</li> <li>- R1: parte superiore destra, compreso il fegato destro superiore, la superficie diaframmatica inferiore destra e la superficie posteriore superiore del fegato destro;</li> <li>- R2: epigastrio, compreso il lobo epatico sinistro, l'omento minore, il legamento falciforme e il cuscinetto adiposo addominale superiore;</li> <li>- R3: parte superiore sinistra, compresa la milza, la coda del pancreas, lo stomaco e la superficie diaframmatica inferiore sinistra;</li> <li>- R4: fianco sinistro, compreso il colon discendente e il solco ventrale sinistro;</li> <li>- R5: parte inferiore sinistra, compreso il colon sigmoideo e la parete laterale del bacino sinistro;</li> </ul>	No

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- R6: bacino, compresi gli organi genitali interni femminili, la vescica, il colon sigmoideo e la tasca di Douglas;</li> <li>- R7: parte inferiore destra, compreso il cieco, l'appendice vermiforme e la parete laterale della pelvi destra;</li> <li>- R8: fianco destro, compreso il colon ascendente e la cavità addominale destra;</li> <li>- R9: digiuno prossimale;</li> <li>- R10: digiuno distale;</li> <li>- R11: ileo prossimale;</li> <li>- R12: ileo distale.</li> </ul> <p>È necessario valutare diverse strutture critiche, come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio.</p>	
<b>Reperti accidentali e/o condizioni di urgenza/emergenza</b>	Sì (specificare)	No
<b>Conclusione</b>		

**MODELLO 2 – REFERITO STRUTTURATO TC: VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO**

<b>Tumore primario</b>		
Rilevabile ( <i>tumore visibile o non visibile alla TC</i> )	Sì	No
<i>Sito</i> (per ogni lesione specificare sede e numero)		
Polmone		
Stomaco		
Mammella		
Testa-collo		
Esofago (chiarire se è presente una protesi e se è priva di tumore)		
Fegato		
Dotto biliare comune (chiarire se è presente una protesi e se è priva di tumore)		
Pancreas		
Intestino tenue		
Colon (chiarire se è presente una protesi e se è priva di tumore)		

Retto (precisare se è presente una protesi e se è priva di tumore)		
Milza		
Peritoneo		
Utero		
Ovaie		
Rene		
Colecisti		
Vescica		
Uretere		
Testicolo		
Altri (melanoma; sarcoma; linfoma; etc)		
<i>Dimensioni (valutazione bidimensionale)</i>	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>
<i>Struttura</i>	Isovascolare/ipovascolare/ipervascolare Per le lesioni polmonari, specificare se solide, GGO, miste o escavate  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	
<i>Infiltrazione delle strutture vicine (chiarire le strutture coinvolte come vasi sanguigni, organi, diaframma, peritoneo)</i>	Sì  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	No
<b>Metastasi linfonodali</b>		
<i>Locoregionali</i>		
Sito (per il tumore polmonare, specificare il numero della stazione coinvolta)	<i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	
Numero	<i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	

Dimensioni ( <i>valutazione bidimensionale</i> )	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>
Struttura	<i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
<i>Linfonodi distanti</i>		
Sito	<i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
Numero	<i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
Dimensioni ( <i>valutazione bidimensionale</i> )	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>
Struttura	<i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
<b>Metastasi</b>		
<b>Fegato</b>	Sì (specificare): Numero di lesioni visibili [ <i>Numerico</i> ] <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>  Per ciascuna lesione target (max N=2):	No
Sito  (chiarire segmento epatico, lesione parenchimale, periduttale o subcapsulare)	<i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	

Dimensioni (valutazione bidimensionale)	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>
Struttura	isovascolare/ipovascolare/ipervascolare  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
Infiltrazione delle strutture adiacenti	Sì (vene sopraepatiche, rami della vena porta, vasi biliari, hilum epatico, diaframma, colecisti, organi vicini)  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	No
Distanza dalla capsula epatica e dal diaframma	mm  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	
Distanza dai vasi sanguigni	mm  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	
Distanza dalla colecisti	mm  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	
<b>Polmone</b>	Sì, specificare: Numero di lesioni visibili [ <i>Numerico</i> ]  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>  Per ciascuna lesione target (max N=2):	No
Sito	Lobo polmonare e segmento polmonare  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	

Dimensioni (valutazione bidimensionale)	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>
Struttura	solida, GGO, mista o escavata  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
Infiltrazione delle strutture adiacenti	Sì  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	No
<b>Encefalo</b>	Sì, specificare: Numero di lesioni visibili [Numerico]  <i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>  Per ciascuna lesione target (max N=2):	No
Sito	Compresa l'indicazione se si tratta di tessuto o meninge e la presenza di carcinomatosi meningeo  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	
Dimensioni (valutazione bidimensionale)	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>
Struttura		
Edema	Sì  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	No

<b>Altri organi (compreso lo scheletro)</b>	Sì  <i>I dati devono essere confrontati con l'esame TC precedente</i>	No
<b>Peritoneo</b>	Sì (PCI)  Per ogni quadrante riportare il valore numerico relativo alla quantificazione dei carcinosi <ul style="list-style-type: none"> <li>- R0: addome medio, compreso l'omento maggiore e il colon trasverso;</li> <li>- R1: parte superiore destra, compreso il fegato destro superiore, la superficie diaframmatica inferiore destra e la superficie posteriore superiore del fegato destro;</li> <li>- R2: epigastrio, compreso il lobo epatico sinistro, l'omento minore, il legamento falciforme e il cuscinetto adiposo addominale superiore;</li> <li>- R3: parte superiore sinistra, compresa la milza, la coda del pancreas, lo stomaco e la superficie diaframmatica inferiore sinistra;</li> <li>- R4: fianco sinistro, compreso il colon discendente e il solco ventrale sinistro;</li> <li>- R5: parte inferiore sinistra, compreso il colon sigmoideo e la parete laterale del bacino sinistro;</li> <li>- R6: bacino, compresi gli organi genitali interni femminili, la vescica, il colon sigmoideo e la tasca di Douglas;</li> <li>- R7: parte inferiore destra, compreso il cieco, l'appendice vermiforme e la parete laterale del bacino destro;</li> <li>- R8: fianco destro, compreso il colon ascendente e la cavità addominale destra;</li> <li>- R9: digiuno prossimale;</li> <li>- R10: digiuno distale;</li> <li>- R11: ileo prossimale;</li> <li>- R12: ileo distale.</li> </ul> <p>È necessario valutare diverse strutture critiche, come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme o l'ilo epatico e l'epigastrio.</p>	No

	<i>I dati devono essere confrontati con esame TC precedente</i>	
<b>Complicanze potenzialmente correlate al trattamento</b>	Sì	No
<i>Sito</i>		
Polmone	Polmonite Bronchiolite	
	Polmonite da radiazioni Polmonite organizzativa Polmonite interstiziale non specifica Polmonite da ipersensibilità Danno alveolare diffuso - Sindrome da distress respiratorio acuto Reazione sarcoidosica	
Fegato	Epatite CASH SOS	
Pancreas	pancreatite interstiziale edematosa o pancreatite necrotizzante	
Rene	Nefrite o insufficienza renale	
Complicanze gastrointestinali	Colite (diffusa; segmentaria; colite pseudomembranosa e colite neutropenica) Enterite Enterocolite Perforazione gastrointestinale Fistola Ischemia dell'intestino tenue Malattia del trapianto contro l'ospite Pneumatosi	
Vasi	Trombosi arteriosa e venosa Emorragia	
Peritoneo	Liquido e striature	
<b>Reperti accidentali</b>	Sì (specificare)	No
<b>Conclusione</b>		

### MODELLO 3 – REFERTO STRUTTURATO TC: FOLLOW-UP

<b>Ripresa/recidiva</b>	Sì	No
<i>Sito</i> (per ogni lesione specificare sede e numero)		

<i>Dimensioni (valutazione bidimensionale)</i>	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
<i>Struttura</i>	isovascolare/ipovascolare/ipervascolare per lesioni polmonari specificare se solide, GGO, miste o scavate	
<i>Infiltrazione delle strutture vicine (specificare le strutture coinvolte come vasi sanguigni, organi, diaframma, peritoneo)</i>	Sì	No
<b>Metastasi linfonodali</b>		
Sito (per il tumore polmonare chiarire il numero della stazione coinvolta)		
Numero		
Dimensione	Diametro massimo sulle immagini assiali (mm)	Diametro perpendicolare al diametro massimo (mm)
Struttura		
<b>Per lesioni epatiche chiarire</b>		
Distanza dalla capsula epatica e dal diaframma	mm	
Distanza dai vasi sanguigni	mm	
Distanza dalla colecisti	mm	

<b>Peritoneo</b>	<p>Sì (PCI)</p> <p>Per ciascun quadrante riportare il valore numerico relativo alla quantificazione della carcinosi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- R0: addome medio, compreso l'omento maggiore e il colon trasverso;</li> <li>- R1: parte superiore destra, compreso il lobo superiore destro del fegato, la superficie diaframmatica inferiore destra e la superficie posteriore superiore del fegato destro;</li> <li>- R2: epigastrio, compreso il lobo epatico sinistro, l'omento minore, il legamento falciforme e il cuscinetto adiposo addominale superiore;</li> <li>- R3: parte superiore sinistra, compresa la milza, la coda del pancreas, lo stomaco e la superficie diaframmatica inferiore sinistra;</li> <li>- R4: fianco sinistro, compreso il colon discendente e il solco ventrale sinistro;</li> <li>- R5: parte inferiore sinistra, compreso il colon sigmoideo e la parete laterale del bacino sinistro;</li> <li>- R6: bacino, compresi gli organi genitali interni femminili, la vescica, il colon sigmoideo e la tasca di Douglas;</li> <li>- R7: parte inferiore destra, compreso il cieco, l'appendice vermiforme e la parete laterale del bacino destro;</li> <li>- R8: fianco destro, compreso il colon ascendente e la cavità addominale destra;</li> <li>- R9: digiuno prossimale;</li> <li>- R10: digiuno distale;</li> <li>- R11: ileo prossimale;</li> <li>- R12: ileo distale.</li> </ul> <p>È necessario valutare diverse strutture critiche, come la prima ansa digiunale, il legamento falciforme, l'ilo epatico e l'epigastrio.</p>	No
<b>Reperti accidentali e/o condizioni di urgenza/emergenza</b>	Sì (specificare)	No
<b>Conclusione</b>		

#### MODELLO 4 – RICHIESTA DI ESAME TC

<b>DATI CLINICI DEL PAZIENTE</b>	Diagnosi istologica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare: _____)
	SINTOMI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare: _____)  <i>Se sì</i>

		o Momento della comparsa e intensità
	DATI DI LABORATORIO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare: _____)
	STORIA PERSONALE DI CANCRO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <i>Se sì</i> <input type="checkbox"/> Diagnosi istologica e stadiazione (specificare: _____) o Data della diagnosi (specificare: _____) <input type="checkbox"/> Precedenti trattamenti oncologici (specificare: _____)
	STORIA FAMILIARE DI TUMORI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare: _____)
<b>MOTIVO DELLA VALUTAZIONE TC</b>		
<input type="checkbox"/> <b>STADIAZIONE</b>	<i>Precedenti esami radiologici</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <i>Se sì</i> <input type="radio"/> PET <input type="radio"/> Risonanza magnetica <input type="radio"/> TC
<input type="checkbox"/> <b>RISTADIAZIONE</b>	<i>Diagnosi istologica e stadiazione</i>	<input type="checkbox"/> Diagnosi istologica (specificare: _____) <input type="checkbox"/> Stadiazione alla diagnosi (specificare: _____) <input type="checkbox"/> Data della diagnosi (specificare: _____)
	<i>Terapie in corso</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare il numero di ciclo e l'ultima somministrazione: _____)
	<i>Radioterapia</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <i>Se sì</i> ➤ ➤ <b>Sito di trattamento per trattamenti in corso, numero di cicli e tipo di trattamento</b> ➤ ➤ <b>per trattamenti precedenti, da quanto tempo è terminato il trattamento</b>

	<i>Terapia locoregionale (compresa la chirurgia)</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì  <i>Se sì</i> <input type="checkbox"/> Tipo  <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Sede del trattamento
	<i>Precedenti esami radiologici</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì  <i>Se sì</i>  <input checked="" type="radio"/> PET <input checked="" type="radio"/> Risonanza magnetica <input checked="" type="radio"/> TC
<b>FOLLOW-UP</b>		<input type="checkbox"/> Diagnosi istologica (specificare: _____) <input type="checkbox"/> Stadiazione alla diagnosi (specificare: _____) <input type="checkbox"/> Data della diagnosi <input type="checkbox"/> (specificare: _____)
	<i>Trattamenti precedenti</i>	Riportare  <input type="checkbox"/> Tipo di trattamento <input type="checkbox"/> Ultima somministrazione (specificare: _____)
	<i>Ultimi/precedenti esami radiologici</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare: _____)  <i>Se sì</i>  <input checked="" type="radio"/> PET <input checked="" type="radio"/> Risonanza magnetica <input checked="" type="radio"/> TC

## APPENDICE C - SCENARI CLINICI E ITEM DELPHI

La presente appendice descrive, per ciascuno dei tre scenari clinici identificati, il contesto di riferimento e l'elenco degli item sottoposti a votazione mediante metodologia Delphi modificata. Sono inoltre riportati gli item relativi al modello di richiesta di esame TC, comuni ai tre scenari. Per tutti gli item è indicato il livello di accordo raggiunto al termine del processo di consenso.

### Scala di valutazione Likert utilizzata nel processo Delphi:

0 = fortemente in disaccordo

1 = leggermente in disaccordo

2 = moderatamente d'accordo

3 = fortemente d'accordo

Soglia di forte consenso:  $\geq 80\%$  dei valutatori con punteggio 2–3, mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$

### SCENARIO 1 – REFERTAZIONE TC: STADIAZIONE

**Scenario clinico di riferimento:** *Paziente oncologico adulto in fase di prima valutazione della malattia (stadiazione).*

**Contesto clinico:** Definizione del coinvolgimento loco-regionale e sistemico della malattia alla diagnosi, ai fini della classificazione per stadio (T, N, M) e della pianificazione terapeutica in sede di team multidisciplinare (MDT). La TC fornisce informazioni essenziali sulla lesione primitiva, sul coinvolgimento linfonodale, sulle metastasi d'organo e sulla diffusione peritoneale, orientando le scelte tra approccio chirurgico, trattamento sistemico e terapie loco-regionali.

#### Item sottoposti a votazione (n = 9):

N°	Item Delphi (oggetto di votazione)	Accordo %	Mediana	IQR
1	Sede della lesione primitiva, dimensioni bidimensionali (diametro massimo sulle immagini assiali e diametro perpendicolare), struttura e infiltrazione delle strutture contigue.	100%	3	0
2	Coinvolgimento linfonodale loco-regionale e a distanza: sede, numero delle stazioni coinvolte, dimensioni bidimensionali e struttura.	100%	3	0
3	Metastasi epatiche: sede (segmento epatico), numero, dimensioni, struttura e rapporti di contiguità/infiltrazione con strutture vascolari e biliari.	100%	3	0
4	Metastasi polmonari: sede (lobo e segmento), numero, dimensioni, struttura e rapporti di contiguità/infiltrazione con strutture adiacenti.	100%	3	0
5	Metastasi cerebrali: sede, dimensioni, struttura e presenza di edema perilesionale.	100%	3	0
6	Metastasi a distanza incluso lo scheletro: numero, sede, dimensioni, struttura e rapporto con le strutture contigue.	100%	3	0
7	Carcinosi peritoneale: Peritoneal Cancer Index (PCI) con coinvolgimento di strutture critiche (prima ansa digiunale, legamento falciforme, ilo epatico, epigastrio).	100%	3	0

N°	Item Delphi (oggetto di votazione)	Accordo %	Mediana	IQR
8	Reperti accidentali: anomalie anatomiche vascolari e non vascolari, eventuali condizioni di urgenza/emergenza.	100%	3	0
9	Conclusioni: sintesi dei dati più significativi riscontrati all'esame TC.	100%	3	0

Nota: tutti gli item hanno raggiunto consenso forte (accordo  $\geq 80\%$ , mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$ ) al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR pari a 0 indica assenza di dispersione (100% dei votanti con punteggio 3).

## SCENARIO 2 – REFERTAZIONE TC: VALUTAZIONE RISPOSTA AL TRATTAMENTO

**Scenario clinico di riferimento:** Paziente oncologico adulto in corso di trattamento sistemico (chemioterapia, immunoterapia, target therapy) con TC di rivalutazione (re-staging).

**Contesto clinico:** Valutazione dell'efficacia del trattamento in corso attraverso il confronto sistematico con l'esame TC basale. Il referto deve consentire al MDT di classificare la risposta (completa, parziale, stabilità, progressione) e di identificare precocemente eventuali complicanze correlate al trattamento, orientando le decisioni di continuazione, modifica o sospensione della terapia.

### Item sottoposti a votazione (n = 10):

N°	Item Delphi (oggetto di votazione)	Accordo %	Mediana	IQR
1	Sede della lesione primitiva, dimensioni bidimensionali, struttura e infiltrazione delle strutture contigue, con confronto sistematico rispetto all'esame TC precedente al trattamento.	100%	3	0
2	Coinvolgimento linfonodale loco-regionale e a distanza: sede, numero stazioni, dimensioni, struttura, con confronto rispetto al TC precedente.	100%	3	0
3	Metastasi epatiche: sede, numero, dimensioni, struttura, rapporti vascolari e biliari, con confronto rispetto al TC precedente.	100%	3	0
4	Metastasi polmonari: sede, numero, dimensioni, struttura, rapporti con strutture contigue, con confronto rispetto al TC precedente.	100%	3	0
5	Metastasi cerebrali: sede, dimensioni, struttura, edema perilesionale, con confronto rispetto al TC precedente.	100%	3	0
6	Metastasi a distanza incluso lo scheletro: numero, sede, dimensioni, struttura, con confronto rispetto al TC precedente.	100%	3	0
7	Carcinosi peritoneale: PCI con strutture critiche, con confronto rispetto al TC precedente.	100%	3	0
8	Complicanze relative al trattamento in corso: sede, natura e entità della reazione, ai fini del management terapeutico.	100%	3	0
9	Reperti accidentali: con confronto rispetto al TC precedente al trattamento.	100%	3	0
10	Conclusioni: sintesi dei dati più significativi con confronto rispetto all'esame TC precedente al trattamento.	100%	3	0

Nota: tutti gli item hanno raggiunto consenso forte (accordo  $\geq 80\%$ , mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$ ) al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR pari a 0 indica assenza di dispersione (100% dei votanti con punteggio 3).

### SCENARIO 3 – REFERTAZIONE TC: FOLLOW-UP

**Scenario clinico di riferimento:** *Paziente oncologico adulto in fase di sorveglianza post-trattamento attivo.*

**Contesto clinico:** Monitoraggio nel tempo finalizzato all'identificazione precoce di ripresa o recidiva di malattia, alla valutazione della risposta a lungo termine e al rilevamento di eventuali complicanze tardive correlate ai trattamenti pregressi. Il referto TC deve garantire piena confrontabilità con gli esami precedenti e fornire al MDT gli elementi necessari per le decisioni di ritrattamento o prosecuzione della sorveglianza.

#### Item sottoposti a votazione (n = 6):

N°	Item Delphi (oggetto di votazione)	Accordo %	Mediana	IQR
1	Ripresa/recidiva di malattia: sede della lesione, dimensioni bidimensionali, struttura e infiltrazione delle strutture contigue (per ciascuna lesione se multiple).	100%	3	0
2	Coinvolgimento linfonodale loco-regionale e a distanza: sede, numero stazioni, dimensioni, struttura.	100%	3	0
3	Lesioni epatiche: distanza rispetto alla capsula, ai vasi ematici, ai vasi biliari e dalla colecisti.	100%	3	0
4	Carcinosi peritoneale: PCI con coinvolgimento di strutture critiche (prima ansa digiunale, legamento falciforme, ilo epatico, epigastrio).	100%	3	0
5	Reperti accidentali e/o condizioni di urgenza/emergenza.	100%	3	0
6	Conclusioni: sintesi dei dati più significativi riscontrati all'esame TC.	100%	3	0

Nota: tutti gli item hanno raggiunto consenso forte (accordo  $\geq 80\%$ , mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$ ) al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR pari a 0 indica assenza di dispersione (100% dei votanti con punteggio 3).

### SCENARIO 4 - MODELLO DI RICHIESTA DI ESAME TC DA PARTE DELL'ONCOLOGO

**Scenario clinico di riferimento:** *Medico clinico richiedente (oncologo) in tutti e tre gli scenari (stadiazione, rivalutazione risposta, follow-up).*

**Contesto clinico:** Il modello di richiesta TC definisce le informazioni minime che il medico richiedente deve trasmettere al radiologo per garantire appropriatezza dell'esame e ottimizzazione della procedura diagnostica. Una richiesta clinicamente completa migliora l'accuratezza diagnostica e favorisce una comunicazione efficace tra oncologo e radiologo nell'ambito del percorso di cura multidisciplinare.

#### Item sottoposti a votazione (n = 4):

N°	Item Delphi (oggetto di votazione)	Accordo %	Mediana	IQR
1	Dati clinici generali del paziente: diagnosi istologica (ove disponibile), sintomatologia, dati di laboratorio più significativi, precedenti neoplasie personali e/o familiari.	100%	3	0
2	Fase di stadiazione – dati strumentali precedenti: risultati più significativi di eventuali precedenti procedure diagnostiche (imaging, biopsie, esami endoscopici).	100%	3	0
3	Fase di ri-stadiazione/valutazione risposta al trattamento: diagnosi istologica e stadio, terapie in corso (tipo: chemioterapia, immunoterapia, target therapy; numero di ciclo; data ultima somministrazione), pregressi trattamenti loco-regionali (radioterapia, chirurgia, ablazione), dati delle precedenti procedure diagnostiche più significative.	100%	3	0
4	Fase di follow-up: diagnosi istologica e stadio, pregresse terapie mediche e tipo, pregressi trattamenti radioterapici, loco-regionali e/o chirurgici, dati delle precedenti procedure diagnostiche più significative.	100%	3	0

*Nota: tutti gli item hanno raggiunto consenso forte (accordo  $\geq 80\%$ , mediana  $\geq 2$ , IQR  $\leq 1$ ) al II round mediante metodologia Delphi modificata. L'IQR pari a 0 indica assenza di dispersione (100% dei votanti con punteggio 3).*

Sezione	N° item	Consenso raggiunto
Refertazione TC – Stadiazione	9	100% (II round)
Refertazione TC – Valutazione risposta al trattamento	10	100% (II round)
Refertazione TC – Follow-up	6	100% (II round)
Modello di richiesta TC (tutti gli scenari)	4	100% (II round)
<b>TOTALE</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

“Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa”

Io sottoscritto/a **NICOLETTA GANDOLFO** nato/a **GENOVA** .....il ...**22/07/1965**.....

residente a **PIETRA LIGURE (SV)** in **VIA CASTELLARI, 68**

C.F. ...**GNDNLT65L62D969B**...

in qualità di:

Capofila delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) per la stesura di un modello di richiesta di un esame di Tomografia Computerizzata (TC) e di un modello di refertazione radiologica di un esame TC per il paziente oncologico.

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante ‘testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa’ circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

- 1- *che tutte le raccomandazioni della BPCA sono in linea con le leggi italiane vigenti, norme e regolamenti delle agenzie regolatorie italiane e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza*
- 2- *di impegnarmi a non presentare né pubblicare le RBPCA in tutto o in parte prima del completamento del processo di valutazione*

Genova , li 18/1/2026

In fede

**Nicoletta Gandolfo**



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*“Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa”*

Io sottoscritto Nicola Silvestris

nato Bisceglie il 29/5/69

residente a Bisceglie in Via don Pancrazio Cucuzziello, 16/c – 76011 Bisceglie (BT)

C.F. SLVNCL69E29A883W

in qualità di:

Capofila delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) per la stesura di un modello di richiesta di un esame di Tomografia Computerizzata (TC) e di un modello di refertazione radiologica di un esame TC per il paziente oncologico.

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante “testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

- 1- che tutte le raccomandazioni della BPCA sono in linea con le leggi italiane vigenti, norme e regolamenti delle agenzie regolatorie italiane e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza*
- 2- di impegnarmi a non presentare né pubblicare le RBPCA in tutto o in parte prima del completamento del processo di valutazione*

Bari, li 19/1/26

*prof. NICOLA SILVESTRIS*  
Direttore U.O.C. Oncologia Medica  
I.R.C.C.S. Istituto Tumori Giovanni Paolo II  
Segretario Nazionale Associazione  
Italiana Oncologia Medica (AIOM)  
Codice Regionale: 929397

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a ..... Iljana Bednarova .....  
nato/a ..... Bagdad (Iraq) ..... il ..... 26/03/1986 .....  
residente a ..... Padova (PD) ..... in Via ..... Camillo Manfroni 15 .....  
C.F. BDNLNI86C66Z225C .....

in qualità di:

**co-autore**

.....

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Napoli, li ..... 16/01/2026 .....

In fede  
Iljana Bednarova

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta BERARDI ROSSANA nata SENIGALLIA (AN) il 14.03.1973

residente a SENIGALLIA (AN) in STRADA DELLE SALINE 70/B

C.F. BRR RSN 73C 54I 608S

in qualità di:

REVISORE

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

X che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario NON CORRELATI AL PRESENTE LAVORO:

Astellas, Bayer, BMS, Boeringher Ingelheim, EISAI, J&J, Lilly, GSK, Incyte, Lionhealth.

Ancona, li 18.01.2026

In fede

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a Giordano Domenico Beretta  
nato/a Vimercate (MI) il 04/09/1958  
residente a Brembate (BG) in Via Andrea Moretti 17  
C.F. BRTGDN58P04M052J

in qualità di:

estensore delle raccomandazioni

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

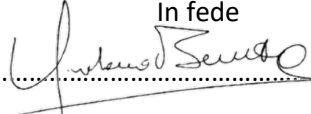
**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi per l'argomento relativo alle raccomandazioni presenti nel paper
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Relatore e Responsabile scientifico a evento non ECM per conto Servier  
Spese per partecipazione a congressi internazionali Astra Zeneca, takeda, Sanofi, Roche

Napoli, li 24/01/2025

In fede  


## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto Dr. Roberto Bordonaro nato a Catania il 08/03/1963

residente a Tremestieri Etneo (CT) in Via San Gaspare Bertoni 4

C.F. BRDRRT63C08C351U

in qualità di:

Co-autore

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

(barrare la voce di interesse):

l'assenza di conflitto di interessi

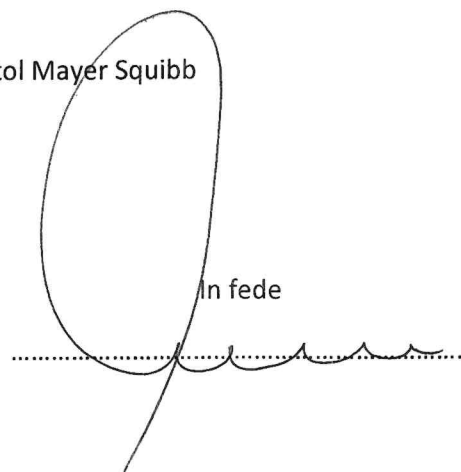
che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

AstraZeneca, Bayer, Sanofi, Novartis, Amgen, Roche, Pfizer, Janssen Cilag, Bristol Mayer Squibb

Catania, li 20.01.2026.....

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a Emilio Bria

nato/a Frascati (RM) il 16 Ottobre 1973

residente a Verona in Via Marsala 1/A, 37128

C.F. BRIMLE73R16D773E

in qualità di:

Membro Panel di Esperti, Co-Autore

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Partecipazione a Advisory Boards/Fees per Relazioni Scientifiche/Coordinamento da Astra-Zeneca, Roche, Merck-Sharp & Dome, Pfizer, Eli-Lilly, Bristol-Myers Squibb, Novartis, Takeda, Pierre-Fabre, Amgen, Daichii-Sanyio, Celltrion.

Napoli, li 18/01/2026

In fede



.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto Luca Brunese nato a Napoli il 09.06.1966 ed ivi residente in via Morgantini n. 4

C.F. BRNLCU66H09F839Y

in qualità di:

Componente del Gruppo di lavoro SIRM-AIOM

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Napoli, li 19 gennaio 2026

In fede

Prof. Luca Brunese

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a ..... Carrafiello Gianpaolo .....

nato/a ..... Eboli ..... il 24 / 09 / 1966 .....

residente a ..... Milano (MI) ..... in Via ..... Vittor Pisani, 13 .....

C.F. .... CRRGPL66P24D390B .....

in qualità di:

Professore di I fascia

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Consultant Terumo

---

Consultant Medtronic

---

Napoli, li ..... 20/01/2026 .....

In fede

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a .....Damiano Caruso.....

nato/a .....Roma..... il .....22/...20/1985.....

residente a .....roma..... in Via .....Nomentana 246.....

C.F. ....CRSDMN85R22H501X

in qualità di:

.....autore.....

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

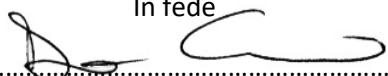
che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Napoli, li .....18.01.2025.....

In fede

.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto Carlo Catalano, nato a Roma il 3-9-1965 a Roma in via Cola di Rienzo 28, 00192, CF: CTLCRL65P03H501V,

in qualità di Membro del Panel di Esperti,

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

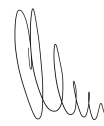
l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

Roma, 18 Gennaio 2026

In fede

Carlo Catalano



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io SAVERIO CINIERI sottoscritto/a  
nato/a FRANCAVILLA F. (BR) il 22/07/1960  
residente 1 a FRANCAVILLA F. in Via SMEANA, 14  
C.F. CNR SUR 606220761T.

in qualità di:

Direttore UOC ONCOLOGIA MCV

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

(barrare la voce di interesse):

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

LILLY ONCOLOGY, ROCHE, MENARIN STEMUNIS,  
PFIZER ONCOLOGY, NOVARTIS, PRES. NAZ. FONDAZIONE  
ALOM

Napoli, li 30 GENNAIO 20  
BRINDISI

In fede  
Azienda Sanitaria Locale BR  
P.O. "A. PERRINO" BRINDISI  
U.O.C. ONCOLOGIA  
Saverio CINIERI  
Cod. 712964

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a .....Chiara CREMOLINI.....

nato/a .....La Spezia..... il .....26.2.1984.....

residente a .....La Spezia..... in Via .....Roma 71.....

C.F. ....CRMCHR84B66E463Q.....

in qualità di:

..... **Membro del Panel di Esperti** .....

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:
  - AbbVie, Amgen, Astra Zeneca, Bayer, Bicara Therapeutics, BMS, GSK, J&J, Lilly, Merck, Mirati, MSD, Nordic Pharma, Roche, Pfizer, Pierre Fabre, Revolution Medicine, Rottapharm, Servier, Shionogi, Takeda, Tempus;

Napoli, li .....19.1.26.....

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta Ginevra Danti

Nata a Firenze il 28/10/1988

residente a Firenze in Via Bovio 14

C.F. DNTGVR88R68D612V

in qualità di:

Membro del Panel di Esperti

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Firenze, 17/01/26

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a .....NERINA DENARO.....nato/a  
.....MESSINA..... il .....11...../04/1982.....  
residente a .....SAN DONATO MILANESE..... in Via .....TRIULZIANA 52A.....  
C.F. ....DNRNRN82D51F158U

in qualità di:

.....AUTORE

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

X l'assenza di conflitto di interessi


che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MILANO, li .....17/01/2026.

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto MASSIMO DI MAIO

Nato a Napoli il 14 luglio 1975

Residente a GRAGNANO (NA) in Via SAN SEBASTIANO 45

C.F. DMI MSM 75L14 F839C

in qualità di:

Membro del Panel di Esperti delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) per la stesura di un modello di richiesta di un esame di Tomografia Computerizzata (TC) e di un modello di refertazione radiologica di un esame TC per il paziente oncologico.

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Bayer, Daiichi Sankio, Johnson & Johnson, AstraZeneca, Novartis, Roche, Viatris, Resilience, Astellas.

Torino, 17 gennaio 2026

In fede



.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a Mirko D'Onofrio  
nato/a Manfredonia il 19/10/1972  
residente a Verona in Piazza S. Spirito 2  
C.F. DNFMRK72R19E885A

in qualità di:

Revisore Esterno

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:  
Samsung, Canon, Siemens, Hitachi, Fujifilm, Bracco, Mindray

Verona, li 19/01/2026

In fede

*Mirko D'Onofrio*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a ALESSANDRA FABI

nato/a ROMA il 16/02/1967

residente a ROMA in Via RENTONICO 131

C.F. FBALSN67B56H501J

in qualità di:

**MEMBRO PANEL DI ESPERTI**

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

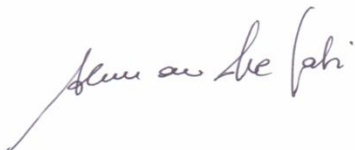
**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: Roche, Lilly, Novartis, AstraZeneca, Pfizer, Seagen, Gilead, MSD, Menarini Stemline, Dompè Biotech

Napoli, li 18.01.2016

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta Roberta Fusco nata il 29.12.1985 a Napoli (NA), residente a Napoli (NA) in Via Fuorigrotta 26, C.F. FSCRRT85T69F839L

in qualità di:

componente del gruppo di sviluppo delle RBPCA

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

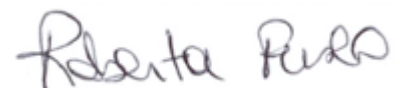
che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Napoli, li 17.01.2026

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a .....**NICOLETTA GANDOLFO**.....

nato/a ...**GENOVA (GE)**..... il ...**22/07/1965**

residente a .....**PIETRA LIGURE (SV)**..... in Via .....**CASTELLARI, 68.**

C.F. ...**GNDNLT65L62D969B**

in qualità di:

**Capofila delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA)**  
.....

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### **DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Genova, li .....18/1/2026.....

In fede  
Nicoletta Gandolfo



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA**

Reso ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto/a ..... ANDREA GIOVANNONI,  
nato/a ..... ANCONA ..... il 22/12/1958  
residente a ..... ANCONA ..... in Via MARATTA 33/A  
C.F. GVGNDR58T22A271M

in qualità di:

MEMBRO DEL PANNELLO DI ESPERTI

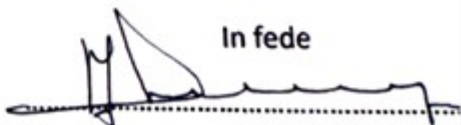
consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

(barrare la voce di interesse):

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Napoli, li 18/1/20

In fede  


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta Vincenza Granata nata il 23.01.1980 a Capua (CE), residente a Vitulazio (CE) in Località Agnena n.10,

C.F. GRNVCN80A63B715A

in qualità di:

componente del gruppo di sviluppo delle RBPCA

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Napoli, li 17.01.2026

In fede



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io ROBERTO GRASSO sottoscritto/a  
nato/a NAPOLI il 5/5/1956  
residente NAPOLI in Via  
MASSIMO STAZIONE 18  
C.F. GRSRT56E05F83PV

in qualità di:

REVISOR ESTERNO

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

DICHIARO:

(barrare la voce di interesse):

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Napoli, li

33 2026

In fede

Roberto Grasso

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

La sottoscritta Incorvaia Lorena.....

nata a Erice (TP)..... il 27/11/1980.....

residente a .San Vito Lo Capo (TP)..... in Via Campidoglio n.15.....

C.F. NCRLRN80S67D423H

in qualità di:

MEDICO ONCOLOGO, SPECIALISTA IN ONCOLOGIA, INCARICATA DA AIOM COME COMPONENTE DEL PANEL DI ESPERTI PER LA STESURA DEL DOCUMENTO CONGIUNTO AIOM/SIRM

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

X che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Speaker o partecipazione ad advisory board: Ipsen, AstraZeneca, Deciphera, GE Helathcare

Palermo, 17/01/2026

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a .....Andrea Laghi.....

nato/a ...Roma..... il ...25/12/1967.....

residente a ....Roma..... in Via Machiavelli 60, 00185.....

C.F. LGHNDR67T25H501F.....

in qualità di:

**Membro del Panel di Esperti**

.....

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

X che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_Bracco, Bayer, GE Healthcare, Guerbet, Siemens\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Napoli, li 18.01.2025.....

In fede  


.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta .....ANNA RITA LARICI.....  
nata .....MATELICA (MC)..... il ...24/02/1964.....  
residente a .....ROMA..... in Via RODI 43.....  
C.F. ...LRCNRT64B64F051H.....

in qualità di:

**MEMBRO DEL PANEL DI ESPERTI**

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

X che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_BOEHRINGER-INGELHEIM, ASTRA ZENECA, CHIESI\_\_\_\_\_

Napoli, li 18/01/2026

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto/a SILVIA MAGNACCI  
nato/a ROMA il 2, 9 / 1958  
residente a TIVENTE in Via TORINO, 21 34123  
C.F. MGN SLV 58 P 42 HSD IK

in qualità di:

MEMBRO DEL PANEL DI ESPERTI NELL'ATTIVITÀ CONCUNTA SIRM - AIOM

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

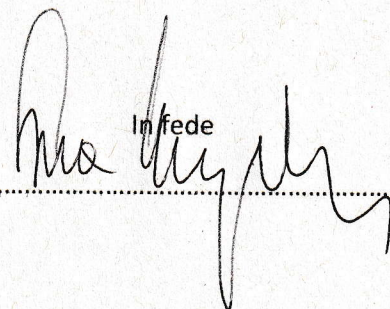
(barrare la voce di interesse):

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Napoli, li 18. 1. 2025

In fede  


## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto Paolo Marchetti

nato/a Roma il 5 novembre 1950

residente a 00191 Roma, in Via Alessandro Fleming 89

C.F. MRCPLA50S05H501N

in qualità di:

### COMPONENTE RACCOMANDAZIONI BUONA PRATICA CLINICA

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

#### DICHIARO:

(barrare la voce di interesse):

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

#### Relazioni di consulenza / advisory:

BMS, Roche, EliLilly, Novartis, AstraZeneca, Pfizer, MSD, Daiichi-Sankyo, Roche, Amgen, Accord, TomaLab

#### Finanziamenti alla ricerca:

Novartis, Roche, EliLilly, BMS, Pfizer, Incyte, Merck Serono, Takeda, Menarini StemCell

#### Fondatore & Presidente (o Chairman):

AISCUP, a Patients' Association

FMP, Foundation for Personalized Medicine, a national independent health and social care charity. The Foundation holds equity shares in Drug-Pin Society.

Napoli, li 31 GENNAIO 2026

In fede  
  
.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a        Vittorio Miele  
nato/a                    Cassino                    il 03/06/1960  
residente a            ROMA                    in Via Vincenzo Ussani 55        C.F. MLIVTR60H03C034Y

in qualità di:

Membro del Panel di Esperti

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

X che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- Partecipazione ad advisory board su invito della ditta GE Healthcare
- Partecipazione a Evento Radiology Academy su invito della ditta Bayer

Napoli, li 18/01/2026

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto/a STEFANIA MONTENEBZI  
nato/a SORGA' (VR) il 26/07/1956  
residente a VERONA in Via F. EMILEI 11  
C.F. MNTSRN56L66I850K

in qualità di:

MEMBRO DEL PANNELLO DI ESPERTI ATTIVITA' CONGIUNTA  
SIMEN - A107

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

(barrare la voce di interesse):

l'assenza di conflitto di interessi

€ che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

€ che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Napoli, li 19/01/2026

Stefania MontenEBZI  
In fede

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a .....Luca Moscetti

nato/a Roma il 24.11.1969

residente a Bologna in Via G Oberdan 31

C.F. MSCLCU69S24H501O

in qualità di:

estensore linee guida

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Consultant: Roche

Honoraria: Eli Lilly, Pzifer Seagen, Novartis,

Advisory Board: Pfizer Seagen, Astrazeneca

---

Modena, li 20.01.2026

In fede

.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a Emanuele Neri

nato/a Pisa. il 11/12/1966

residente a .Pisa in Via Lungarno Buozzi 7

C.F. NREMNL66T11G702X

in qualità di:

### Membri del **Panel di Esperti dell'Attività Congiunta SIRM-AIOM**

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

#### **DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Relatore per Bracco

Pisa, li 18 Gennaio 2026

In fede

Emanuele Neri



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto/a GIANNIPIERO NUNICO  
nato/a BRA (CN) il 14 / 05 / 1968  
residente a CUNEO in Via Angeli 132  
C.F. NILGHA 68E 14B 111 S

in qualità di:

Panel esperti tavolo SIRI-ATOT

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

(barrare la voce di interesse):

Assenza di conflitto di interessi

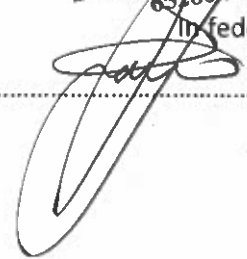
che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Napoli, li 19/1/26

REGIONE PIEMONTE  
ASO 906 CUNEO - A.O.S. CROCE e CARLE  
S.C. ONCOLOGIA 064  
**DIRETTORE**  
Dr. Gianni NUNICO  
65288 N.G.

In fede  


## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto/a FRANCESCO PERRONE

nato/a NAPOLI il 20luglio 1962

residente a Napoli in Via Parco Grifeo n.6

C.F. PRRFNC62L20F839X

in qualità di:

Componente del Comitato Tecnico scientifico

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

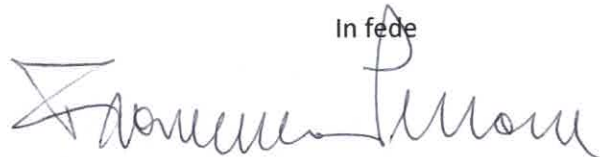
*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Viatrix Italia (advisory board)

Napoli, li 19 gennaio 2026

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta Antonella Petrillo nata il 03.12.1956 a Caserta (CE), residente a Caserta (CE) in Via San Francesco D'Assisi n. 16, C.F. PTRNNL56T43B963X

in qualità di:

componente del Panel di esperti

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Napoli, li 17.01.2026

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta Maria Carmela Piccirillo

nata a Gragnano il 18/10/1977

residente a Napoli in Viale Colli Aminei, 40

C.F. PCCMCR77558E131D

in qualità di:

Dirigente Medico Specialista in Oncologia

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

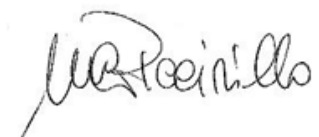
### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:
- Advisory Board per AstraZeneca e Boehringer Ingelheim
  - Grant per ricerca indipendente all'Istituzione da Roche e Astrazeneca

Napoli, li 18/01/2026

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto Dott Carmine Pinto nato a Napoli il 12/04/1959 e residente in Via Delle Lame 57, 40122 Bologna  
C.F. PNTCMN59D12 F839Q

in qualità di:

Membro del Panel di Esperti per l'Attività Congiunta SIRM-AIOM

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

X che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: Accord, Amgen, Astellas, AstraZeneca, Bayer, BeOne, BMS, Daichi Sankyo, GSK, Ipsen, Incyte, Janssen, Jazz, Lilly, Menarini Stemline, Merck, MSD, Novartis, Roche, Sandoz, Servier, and Takeda

Bologna, li 18/01/2026

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritta Lorenza Rimassa

nata a Milano il 7 marzo 1968

residente a Milano in Via Savona 3A

C.F. RMSLNZ68C47F205E

in qualità di:

Membro del Panel di Esperti di Attività Congiunta SIRM-AIOM

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante 'testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa' circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Consulting/advisory role: AbbVie, AstraZeneca, Basilea, Bayer, BMS, Boehringer Ingelheim, Eisai, Elevar Therapeutics, Exelixis, Genenta, Guerbet, Hengrui, Incyte, Ipsen, Jazz Pharmaceuticals, MSD, Nerviano Medical Sciences, Roche, Servier, Taiho Oncology, Zymeworks.

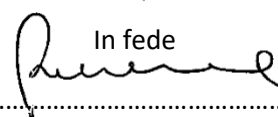
Lectures: AstraZeneca, Bayer, Biologix, BMS, Eisai, Guerbet, Incyte, Ipsen, Roche, Servier.

Research funding to my institution: AbbVie, AstraZeneca, BeiGene, Exelixis, Fibrogen, Incyte, Ipsen, Jazz Pharmaceuticals, MSD, Nerviano Medical Sciences, Roche, Servier, Taiho Oncology, TransThera Sciences, Zymeworks.

Travel expenses: AstraZeneca, Servier.

Milano, li 17 gennaio 2026

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto Luca Maria Sconfienza, nato a Genova il 12/9/1979, residente in via Lecco 22 in Milano, CF SCNLMR79P12D969K

in qualità di:

medico radiologo

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

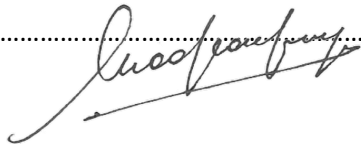
**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: Esaote, Samsung, Canon, Fidia, Bracco Imaging

Milano, 19/1/26

In fede

.....  


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto Alessandro Serafini nato il 17.11.1993 a Savona (SV), residente a Pietra Ligure (SV) in Via Castellari n. 68, C.F. SRFLSN93S17I480C

in qualità di:

componente del gruppo di sviluppo delle RBPCA

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

*(barrare la voce di interesse):*

l'assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

---

---

Torino, il 17.01.2026

In fede



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000*

*"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"*

Io sottoscritto Nicola Silvestris

nato a Bisceglie il 29/5/69

residente a Bisceglie in Via don Pancrazio Cucuzziello, 16/c

C.F. SLVNCL69E29A883W

in qualità di:

### Capofila delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA)

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

#### DICHIARO:

*(barrare la voce di interesse):*

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

**Honoraria, Institutional Grants/Research Support, Advisory Boards, Scientific National and International Meeting Support:** Editree, Effetti, Sanitanova, Vihtal, Aristeia, Pharmalex, Agorà, LeoPharma, Menarini, Servier, Bristol, Glaxo, Isheo, MSD; Member of Working Group AIFA; Member of the Ethics Committee of the Cancer Institute of Bari; National secretary of AIOM

Bari, li 17/1/26

In fede  


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000

"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa"

Io sottoscritto/a PAOLO TRALONGO  
nato/a SR il 24 / 10-1958  
residente a FLORENZA in Via Arcimede 227  
C.F. TRLPLA58R241754D

in qualità di:

ESTENSORE BUONA PRATICA CLINICA

consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. n.445 del 28.01.2000 recante "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" circa la responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazioni false e mendaci e sotto fa propria responsabilità;

**DICHIARO:**

(barrare la voce di interesse):

- l'assenza di conflitto di interessi
- che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
- che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Jansen, Novartis, Merck

Napoli, li 20-1-2026

P. Tralongo In fede

A.S.P. 8 SIRACUSA  
ONCOLOGIA MEDICA  
- Dott. Paolo Tralongo  
C.F. 300100097Z  
Ordine Medici SR 2477  
C.F. TRL PLA 58R24 1754D