



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Relazione del Presidente alla chiusura del bilancio del 31/12/99
• di Marino Luminari

ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 6** Le infezioni urinarie da catetere
• di L. Persico e G. Persico
- 13** Cuore polmonare cronico da Schistosomiasi. Illustrazione di un caso
• di F. Cardano, M.M. Ciammarella, A. Galanti, R. Maida, R. Pica, M.L. Polito, C. Rossi

APPUNTAMENTI

- 15** Recensione del libro:
"Transculturata: percorsi conoscitivi di psichiatria e psicologia transculturale"
• di G. Villa

AGENDA DELLA SCUOLA

- 16** Scadenze di segreteria

DAL 6 AL 17 NOVEMBRE SI TERRANNO LE ISCRIZIONI AI CORSI TRIMESTRALI E SEMESTRALI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE PER L'ANNO ACCADEMICO 2000/2001

RELAZIONE DEL PRESIDENTE ALLA CHIUSURA DEL BILANCIO DEL 31/12/99

■ di Marino Luminari

Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Sono lieto di rivolgere ai presenti un caro saluto a nome del neoeletto Consiglio Direttivo, pressoché integralmente confermato nella sua composizione per il triennio 1999/2002 e, ringraziando tutti per la fiducia ancora una volta accordata, desidero riferire i risultati conseguiti nel corso del 1999 in modo che con il mio assenso, essi possano raccogliere una generale e piena approvazione.

Da un'attenta ed obiettiva valutazione di cifre e di fatti, è possibile affermare che una buona quota degli obiettivi prefissati è stata raggiunta, mentre sono state poste le basi per portare a termine gli obiettivi rimasti in sospeso e realizzare quelli di nuovo proponimento.

Anche per il 1999 gli sforzi sono stati diretti ad accrescere la visibilità della nostra Istituzione e a migliorarne l'offerta didattica e formativa che rimane il suo peculiare campo di azione.

1) Didattica

Sulla base di tali motivazioni, è stato portato a conclusione il sondaggio statistico mediante interviste telefoniche su un campione di iscritti ai corsi trimestrali e semestrali, per verificare l'effettiva qualità dei corsi

e rafforzarne la serietà ed il valore. Il campione intervistato è stato di 251 unità, pari all'11,35% dei discenti complessivi, e sono stati presi in considerazione unicamente i presidi ospedalieri di Roma che presentano il maggior numero di corsi attivati e, quindi, di iscritti.

Al campione intervistato sono state poste 10 domande le cui risposte sono state rappresentate graficamente ed accompagnate dalle relative considerazioni.

Nel corso delle rilevazioni non si è tenuto conto della tipologia dei corsi, bensì del numero degli iscritti e, tale scelta metodologica è stata dettata dalla considerazione che un numero maggiore di iscritti è di per sé espressione di regolare svolgimento del corso. Il sondaggio ha messo in evidenza un quadro piuttosto positivo dei corsi organizzati dalla Scuola, testimoniando che di questi circa il 50% è stato in linea con gli obiettivi prefissati volti ad ottimizzare le risorse disponibili e a migliorare la didattica ospedaliera.

In ordine allo sfoltimento e al risanamento dei corsi minori, anche per quest'anno è stato confermato il numero minimo di 3 iscritti per l'autorizzazione all'effettuazione degli insegnamenti.

L'attività della Scuola relativamente ai corsi semestrali e trimestrali per l'anno accademico 1999 ha fatto registrare i seguenti dati: 257 corsi attivati, con circa 1900 iscritti ed un corpo docente costituito da 628 insegnanti. Rispetto all'anno precedente si è dunque verificato un leggero calo degli iscritti e del numero degli insegnamenti, mentre è rimasto pressoché invariato il numero medio degli iscritti a corso che è risultato pari a circa 7,5 unità.

Per quanto riguarda i dati relativi ai corsi biennali, nel 1999 ne sono stati proposti ed accettati 17, dei quali 3 successivamente annullati per mancanza di adesioni, con un numero complessivo di circa 230 iscritti ai quali devono aggiungersi i 68 iscritti al 2° anno dei corsi biennali iniziati nell'anno precedente.

Un plauso particolare va rivolto al corso biennale in Management sanitario che si è felicemente concluso nel mese di dicembre con una breve cerimonia imperniata sulle testimonianze positive dei 36 allievi e seguita dalla consegna dei diplomi. Il grande successo è stato ottenuto in considerazione anche degli itinerari didattici e professionalizzanti previsti dalle nuove leggi che richiedono, oggi, ai medici una conoscenza teorica ed applicativa delle problematiche gestionali, tale da metterli in condizione di gestire piani di miglioramento e di innovazione dei servizi, destinati a caratterizzare le strutture sanitarie in termini di dinamismo, competitività e qualità delle prestazioni erogate.

In sostanza, per quanto riguarda l'offerta didattica della Scuola, è emersa la necessità di individuare nuovi criteri per il prossimo futuro,

in modo da poter realizzare una formazione mirata in base alle richieste e alle esigenze manifestate anche dalle Aziende ospedaliere e poter così agevolare la procedura di accreditamento dei corsi.

Nel programma del neoletto Direttivo, tra i nuovi obiettivi, è stato proposto di realizzare un riassetto ed una riformulazione dei programmi didattici in linea con le esigenze attuali e le metodologie moderne dell'insegnamento, tenendo ben presente l'interesse verso i rapporti con l'Università e le altre istituzioni didattiche e curando il potenziamento continuo dei rapporti con le Società Specialistiche.

È stato nominato un gruppo di lavoro con il compito di individuare le ipotesi e le linee di sviluppo della crisi della didattica ospedaliera. Alla riunione del Direttivo del 29 aprile scorso, sono stati presentati i risultati di tale analisi, sintetizzati in un documento che è stato suddiviso in tre parti essenziali.

La prima parte è dedicata al tema della trasparenza della Scuola Medica Ospedaliera, attraverso l'interpretazione delle leggi vigenti e la possibilità per la SMORRL di realizzare una didattica in linea con i tempi e riconosciuta dal Ministero della Sanità. La seconda parte è rivolta alla metodologia della didattica per la quale è prevista la necessità oltre che di un ammodernamento tecnico, ricorrendo anche a supporti informatici, di individuare temi specifici da offrire a tutti gli ospedali sulla base delle esperienze trascorse nonché delle esigenze manifestate.

Una terza parte del programma è dedicata al tema delle iniziative pubblicitarie il cui sviluppo è stato considerato più che mai necessario.

2) Presenza della Scuola nei centri periferici.

Nel corso del 1999 è stata portata avanti, con ottimi risultati, l'opera di avvicinamento della Scuola alla vita culturale, didattica e sociale delle provincie e notevoli consensi sono stati manifestati per l'aumentata capacità di attrazione che la Scuola ha dimostrato nei confronti dei medici del territorio.

Di particolare interesse è stata l'iniziativa promossa dalla provincia di Viterbo, consistente in tre giornate di aggiornamento che si sono tenute il 24 aprile, il 22 maggio e il 19 giugno, rispettivamente dedicate ad argomenti di patologia digestiva, ad argomenti di medicina interna e a temi a carattere multidisciplinare. Alla realizzazione di tale iniziativa, che ha visto anche la partecipazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Viterbese, la Scuola ha collaborato con l'intervento diretto di alcuni membri del Direttivo oltre che con un contributo economico. Grande entusiasmo ha suscitato anche il primo Corso nazionale di formazione per formatori, organizzato il 23 ed il 24 aprile dall'Ordine dei Medici di Latina in collaborazione con la Scuola Medica. Tale corso ha rivestito una particolare importanza poiché a livello nazionale è stato il primo insegnamento rivolto alla formazione del medico docente e, solo dopo pochi mesi, si è tenuto un corso analogo nella Regione Emilia Romagna che è considerata all'avanguardia proprio nel campo della formazione.

Anche la provincia di Frosinone, attraverso il Coordinatore dell'Ospedale di Cassino, ha organizzato con il contributo della Scuola un Convegno sul tema dell'emergenza cardiologica che si è tenuto il 23 giu-

gno scorso. A tale iniziativa hanno partecipato anche il Direttore Generale dell'Azienda ASL di Frosinone, il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia ed il Sindaco di Cassino.

3) Attività promozionali.

Di grande importanza è stato considerato anche il collegamento operativo della Scuola con le altre strutture pubbliche o private che si occupano di sanità, ed è stata più volte evidenziata la necessità di potenziare i contatti con le Società scientifiche, le Scuole di Specializzazione Universitarie, i 5 Ordini dei Medici delle Province del Lazio e le Associazioni ospedaliere, per realizzare iniziative comuni.

In tale ottica, nei giorni del 2 e 3 luglio scorsi, presso l'Ospedale S. Spirito, la Scuola Medica romana ha preso parte al Convegno "Giornate romane di Chirurgia Maxillo-Facciale" in collaborazione con l'Associazione Romano Laziale di Chirurgia Maxillo-Facciale e con l'Azienda Sanitaria Locale RM/E. Felice esito ha avuto anche la Tavola Rotonda sul tema "La didattica presso gli ospedali: esperienza sul territorio", tenuta il 18 dicembre scorso presso l'ospedale S. Spirito ed organizzata dalla Azienda Sanitaria Locale RM/E e dall'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" con la significativa partecipazione, oltre che della Scuola Medica romana, della Federazione delle Scuole Mediche italiane.

Anche le cerimonie organizzate per l'inaugurazione di alcuni corsi (ad es.: i corsi biennali in ortognatodonzia e dietoterapia e nutrizione clinica), o per la loro chiusura con la consegna dei diplomi (ad es. corso di Management sanitario e di Chirurgia Maxillo-Facciale), e gli

stessi patrocini concessi dalla Scuola a diversi convegni e tavole rotonde, sono finalizzati a sviluppare quell'attività promozionale volta ad accrescere la trasparenza e la pubblicità della nostra istituzione.

A tal proposito, è stato posto il problema di definire i rapporti con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere per ottenere la disponibilità degli stessi a far svolgere i corsi nelle rispettive strutture e ad elaborare con la Scuola più specifici programmi di formazione per i dipendenti del S.S.N.

Un dialogo in tal senso è già stato avviato con l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata, con la quale è stata stipulata una Convenzione nel giugno del 1998, e proprio in questi giorni con l'Azienda Sanitaria Locale RM/E.

4) Attività delle Commissioni.

A parte alcune direttive, nuove o di maggiore impegno, i problemi organizzativi della Scuola si sono dimostrati gli stessi dei precedenti periodi, per cui il nuovo Consiglio ha provveduto a confermare le vecchie Commissioni (rapporti con le Istituzioni, rapporti con le Scuole Mediche Ospedaliere, rapporti con gli Ospedali ed i loro Coordinatori, ausili didattici, attività editoriali, coordinamento delle aree di specialità, organizzazione e programmazione degli insegnamenti) e a crearne due nuove destinate a curare i rapporti con altri Enti culturali e con la Sanità Militare.

Di alcune Commissioni, già precedentemente istituite per rendere più incisiva e più snella l'attività della Scuola, è gradito ricordare i notevoli risultati conseguiti, vedi ad esempio quella dei mezzi didattici e quella editoriale.

La prima ha permesso ai responsabili dei vari corsi di disporre di quelle attrezzature utili ad un moderno svolgimento delle lezioni, con una proiezione decisa verso nuovi orizzonti, di cui presto sarà testimonianza anche la realizzazione di un sito in Internet.

L'altra Commissione, quella editoriale, da anni ha assolto diligentemente i propri impegni con apprezzabili risultati, riuscendo ad assicurare per il 1999 una regolare uscita degli ultimi 3 numeri del Bollettino e del 5° numero dei Quaderni, dove sono state raccolte alcune delle lezioni più rappresentative del corso biennale in Endocrinologia, mentre è in corso di avanzato allestimento il 2° numero della Collana di aggiornamenti dedicato all'Ortognatodonzia.

A proposito delle Commissioni, il Presidente rivolge un caloroso appello a tutti gli Associati a proporsi per un loro eventuale inserimento in uno degli organismi citati in modo che, con un concorso più ampio e più consapevole, si possa dare alla Scuola una visibilità più adeguata alle sue tradizioni ed un'impronta più marcata al suo operato.

5) Accreditementi.

Il Direttivo è seriamente impegnato in questo settore della nostra attività perché da esso scaturiranno sia la qualificazione per un inserimento della Scuola a pieno titolo tra le società scientifiche destinate alla didattica medica, sia gli incentivi indispensabili per incrementare la popolazione dei discenti.

Nella riunione del mese di dicembre, è stata messa in risalto la necessità primaria che la Scuola venga individuata come struttura formativa accreditata e, evidenziando la disso-

nanza che realmente esiste tra l'elemento centrale e quello regionale in merito alla formazione continua, è stato suggerito di spostare il proprio obiettivo di lavoro sul piano regionale. La rappresentante della Regione Lazio in seno al Direttivo ha ritenuto utile informare che, con la riorganizzazione interna della Regione in Dipartimenti attualmente in atto, tutta la parte relativa alla formazione dovrebbe tornare ad essere gestita dal Dipartimento del Servizio Sanitario regionale che è in fase di costituzione e questo semplificherebbe la procedura di accreditamento della Scuola Medica Ospedaliera. Dai colloqui intercorsi con funzionari del Ministero della Sanità, con la FNOMC&O e con l'ANPO, è emerso che per i problemi della didattica ospedaliera la presenza della Scuola fra gli istituti deputati all'insegnamento nel prossimo futuro sarà presa in debita considerazione solo in funzione delle effettive potenzialità e capacità, nonché della reale rappresentatività. A tal proposito è considerato di grande importanza anche lo strumento federativo (FE.S.M.O.) che, assicurando una base unitaria e più ampia, è volto a conferire alla didattica ospedaliera quella consistenza di credibilità e affidabilità che può consentire il dialogo, a livello nazionale, con le Istituzioni ed il Ministero della Sanità.

6) Organizzazione interna.

Anche per quest'anno è stato adottato il calendario la cui proposta, aggiornata rispetto alle precedenti, è stata ritenuta utile al fine di pianificare l'attività amministrativo-segretariale della Scuola. Nel 1999 è stato approvato dal Direttivo e già iniziato il progetto di automazione

della Segreteria e di informatizzazione dei corsi, necessario anche in vista di un adeguamento all'anno 2000 del sistema informatico esistente. Nel programma di rinnovamento sono previste, tra le altre iniziative, la progettazione e la realizzazione della struttura tecnologica del sito WEB-Internet, l'implementazione della posta elettronica e del fax centralizzato, la creazione di un sistema per il rilascio automatico dei certificati e delle informazioni mediante chiosco elettronico.

Il progetto approvato è composto da tre moduli: il primo contiene tutte le funzionalità necessarie all'informatizzazione della Scuola Medica; in particolare è in questa fase che viene sviluppata l'analisi funzionale della procedura di base riguardante corsi, docenti, discenti, attestati.

Il secondo modulo è costituito dall'estensione tecnologica Internet che prevede l'adozione di strumenti tecnologici innovativi quali il fax centralizzato, la posta elettronica ed il sito WEB-Internet. L'ultimo modulo riguarda l'adozione di sistemi di informazione passivi con elementi tecnologici quali il chiosco elettronico (o totem), che permette all'utente di ottenere tutte le informazioni desiderate che potranno essere stampate, ed il sistema telefonico di messaggistica vocale.

Il processo di informatizzazione ha mostrato tra i vantaggi evidenti quello di ridurre il lavoro ripetitivo del personale di segreteria, che potrà quindi essere impiegato in maniera diversa, oltre ad una riduzione della spesa necessaria per il materiale di stampa e le relative spedizioni. Il Direttivo ha anche approvato l'acquisto dell'Hardware necessario per supportare la

nuova procedura informatica e, per l'anno 2000, è prevista la messa a punto del programma in atto di automazione dell'attività organizzativa, amministrativa e scolastica interospedaliera.

7) Sede.

È rimasto in sospeso il problema della mancanza di una sede presidenziale, nonché dell'ampliamento degli uffici di segreteria, anche se una proposta concreta in tal senso è pervenuta per iscritto dal Direttore Generale della ASL RM/E, Dott. Amadei, che si è adoperato per risolvere l'annoso problema.

Il Dott. Amadei ha infatti confermato la disponibilità dell'Azienda Roma E a concedere alla Scuola locali idonei nel cortile dei Frati ove svolgere le attività di istituto, spiegando che i ritardi nella consegna di tali locali sono stati causati dai lavori del S. Spirito, attualmente in fase di superamento.

8) Bilancio.

Passando all'analisi tecnica, il bilancio sottoposto all'attenzione dei Soci perché sia confortato dalla loro approvazione presenta al 31/12/1999 un disavanzo di gestione di £.1.298.221.

Tale risultato trae origine dal comparto economico in cui il totale proventi è di £. 572.709.399 ed il totale spese è di £. 574.007.620.

La valutazione delle voci di bilancio è stata fatta ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza, nella prospettiva della continuazione dell'attività ed in conformità a quanto disposto dall'art 2426 c.c.

I crediti sono iscritti secondo il valore presumibile di realizzazione. Le immobilizzazioni immateriali

sono state iscritte al costo di acquisto inclusi tutti gli oneri di diretta imputazione e non sono state ammortizzate in quanto inizieranno a produrre la loro utilità a partire dal prossimo esercizio, anno di entrata in funzione della nuova procedura software.

Le immobilizzazioni materiali sono rilevate al costo d'acquisto e sistematicamente ammortizzate in relazione alla loro residua possibilità di utilizzazione.

Il valore delle immobilizzazioni materiali non è comprensivo delle spese sostenute per mantenerle in efficienza onde garantirne la vita utile prevista, la capacità e la produttività originaria; tali spese vengono infatti considerate a carico del conto economico nell'esercizio in cui sono state effettuate.

Per il calcolo della quota di ammortamento, si è tenuto conto della residua possibilità di utilizzazione applicando le norme di cui al D.P.R. del 9/07/1986 ed i coefficienti stabiliti con D.M. 31/12/1988 ritenuti sufficientemente rappresentativi del normale periodo di deperimento e consumo.

I cespiti di valore unitario inferiore al milione, sono stati integralmente ammortizzati nell'esercizio.

Le immobilizzazioni finanziarie sono valutate al valore nominale e sono costituite da obbligazioni della Banca di Roma e dal credito verso la compagnia assicuratrice costituito dall'avvenuta stipula di una polizza di assicurazione TFR al fine di garantire una gestione ottimale del fondo trattamento di fine rapporto dei dipendenti. I debiti sono rilevati al loro valore nominale.

I ratei ed i risconti passivi sono stati iscritti con il consenso del Colle-

gio dei Revisori dei Conti e si riferiscono in massima parte alle quote di iscrizione ai corsi, incassate nel 1999, ma di competenza dell'anno 2000.

Il fondo T.F.R. è stato determinato in misura corrispondente a quella prevista dalle vigenti disposizioni di legge e contrattuali che regolano il rapporto di lavoro.

I costi del personale comprendono l'intera spesa per il personale dipendente ivi compresi gli scatti di contingenza e gli accantonamenti di legge.

Nel comparto delle spese generali un'attenzione a parte meritano le spese per stampati e manifesti.

Tale conto è costituito dalle spese di stampa di un numero dei Quaderni, di tre numeri del Bollettino, oltre che dell'ordinario materiale di stampa (programma corsi, locandine varie, buste, carta intestata, verbali di esame etc.).

Per quanto riguarda gli ammortamenti si precisa che gli stessi sono stati calcolati sulla base della durata utile dei cespiti.

Le spese sono rappresentate in maniera abbastanza analitica e non necessitano quindi di particolari delucidazioni.

I proventi per prestazioni sono costituiti da quote di iscrizione ai corsi semestrali e biennali oltre che dai diritti di segreteria per il rilascio dei certificati; tale conto risulta ridotto in applicazione della delibera del Consiglio Direttivo nella quale è stato stabilito di includere nella quota di iscrizione ai corsi il rilascio dei certificati.

Fra i proventi finanziari vi sono interessi maturati sui C/C bancari nonché su i titoli posseduti; a tal proposito è importante evidenziare la buona tenuta del rendimento

dei titoli posseduti (tasso di interesse netto circa del 5%) segno di una buona scelta degli strumenti finanziari non di rischio ma di buona redditività. Tali proventi conseguiti hanno contribuito a far fronte alle ordinarie spese di gestione nonché all'assegnazione di ausili didattici pur in presenza di un calo delle iscrizioni ai corsi, evitando così un assottigliamento delle risorse con conseguente depauperamento del patrimonio della Scuola.

Ai sensi di legge si fa presente che tutti i Consiglieri elettivi nonché i Soci docenti hanno prestato la loro opera gratuitamente in conformità alle norme statutarie.

In merito alle risultanze di gestione è stato proposto all'Assemblea degli Associati di coprire il disavanzo con il patrimonio netto.

9) Conclusioni.

In sostanza nel corso del 1999 è emersa come primaria la necessità di affrontare con decisione il problema della didattica la cui crisi interessa non solo la SMORRL, ma quasi tutte le istituzioni che operano nel settore, particolarmente nel campo della formazione professionale e dell'aggiornamento.

Non possiamo infatti ignorare i riflessi che si proiettano in tutte le istituzioni, compresa la nostra, dalla situazione civile e sociale ed in particolare sanitaria che caratterizza il nostro paese nel difficile momento attuale.

Con la preghiera di non trascurare questa circostanza determinante il Presidente ha chiesto e ottenuto l'approvazione del bilancio.

Roma, 2 marzo 2000

LE INFEZIONI URINARIE DA CATETERE

■ di Luciano Persico* e Giorgio Persico**

* *Primario Medico Emerito - Ospedale S. Giovanni, Roma*

** *Dirigente Medico di I° livello - ASL RM G, Palestrina (Roma)*

Le infezioni urinarie (IU)(*) costituiscono uno degli eventi patologici che più spesso costringono a sottoporsi a controllo medico. Basti pensare, ad esempio, che negli USA almeno 7 milioni (1a) di individui ne vengono colpiti ogni anno. In prevalenza si tratta di donne, per lo più giovani e per il resto sane. Si calcola, infatti, che il 20% circa (1a) di queste ultime, vadano incontro a flogosi urinarie almeno una volta nella loro vita. Al di sopra dei 50 anni, le IU mostrano invece una incidenza simile in entrambi i sessi, mentre con l'avanzare della età divengono prevalenti negli uomini, come complicazione di malattie prostatiche.

I germi invadono l'albero urinario con due modalità (1a). Nel 95% circa dei casi seguono la via ascendente e cioè penetrano dall'esterno nella uretra che percorrono fino ad arrivare in vescica, mentre in caso di pielonefrite raggiungono il rene risalendo dalla vescica lungo l'uretere. Solo nel 5% dei casi l'albero urinario è invaso per via ematica e quando ciò avviene, se si

tratta di germi virulenti, come ad esempio, *Staphylococcus Aureus*, è anche possibile lo sviluppo di accessi renali.

I microorganismi da cui per lo più dipendono le IU acquisite in comunità, sono batteri gram-negativi appartenenti al gruppo delle Enterobatteriacee (1a).

Nell'80% circa dei casi sono rappresentati da *E. Coli*, cui seguono, al secondo posto, *Staphylococcus Saprophyticus* ed *Enterococcus*. Solo nell'1-2% dei casi si rinvenivano invece *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus* e talora *Streptococchi* dei gruppi B e D. Nei pazienti ricoverati in ospedale, invece, la flora microbica, come dimostra la *Figura 1*, è più composita ed anche più varia risulta la prevalenza delle specie che ne fanno parte. In tali pazienti, inoltre, è più comune il riscontro di ceppi che resistono a non pochi antibiotici.

Diversi fattori espongono al rischio di andare incontro ad IU (1a). Tra questi, ad esempio, nelle donne sessualmente attive, figura l'impiego, a scopo anticoncezionale, di diaframmi e spermicidi, che probabilmente facilitano la colo-

nizzazione degli agenti microbici nella vagina e nella uretra e cioè in sedi da dove, a seguito di contatti sessuali, possono risalire in vescica. Non di rado, peraltro, il trasporto di germi nelle sedi di accesso alla vescica, può aver luogo anche ad opera di manovre manuali che, nelle stesse circostanze, vengono effettuate nell'area ano-vulvare. La gravidanza, nella misura del 4-10%, ed il post-partum, nella misura del 25-30%, si accompagnano a batteriuria, cui possono far seguito flogosi urinarie; una evenienza che ha luogo anche nel 20% circa delle donne in post-menopausa, a seguito di alterazione della flora genitale endogena. Nell'uomo giovane, invece, le IU sono rare. Allorché si sviluppano, ciò in genere accade quando si intrattengono rapporti omosessuali o a causa di fimosi o come conseguenza di rapporti sessuali con donne la cui vagina è colonizzata da micro-organismi patogeni.

Dopo i 50 anni, come si è già accennato, sono le prostatopatie che, in specie quando si accompagnano a ristagno di urina in vescica, accrescono il rischio di infezio-

(*) Per infezione urinaria, a rigore di termini, dovrebbe intendersi solo la presenza nella urina di batteriuria significativa. Non necessariamente, infatti, quest'ultima si accompagna a sintomi, segni e dati di laboratorio indicativi di flogosi urinaria e cioè a fenomeni che documentano l'azione patogena svolta dai germi. Viceversa, nella nomenclatura corrente, il termine di infezione urinaria si

adopera in genere in senso omnicomprensivo, limitandosi tutt'al più e non sempre, a distinguere queste infezioni in sintomatiche ed asintomatiche, a secondo che si accompagnino o no ai fenomeni indicativi di flogosi poc'anzi ricordati. Ciò non di rado rende difficile comprendere a quali delle due evenienze, e cioè infezione o flogosi, si riferiscono gli Autori che trattano questi temi.

ni dell'albero urinario, facendo così prevalere nell'uomo, rispetto alle donne di pari età, le flogosi cui tali infezioni possono dar luogo. Il ristagno, infatti, facilita la contaminazione urinaria da parte degli agenti microbici, la loro proliferazione e il loro attacco alle pareti vescicali e cioè fenomeni cui può far seguito lo sviluppo di processi flogistici.

L'incompleto svuotamento della vescica è anche alla origine delle infezioni urinarie che non di rado complicano le cosiddette "vesciche neurologiche", ciò che avviene nei casi in cui la vescica non è in grado di liberarsi del suo contenuto in urina per difetto degli impulsi nervosi destinati ad attivare la sua muscolatura espulsiva.

Non vanno poi dimenticati altri fattori, come, ad esempio, la inadeguatezza dei mezzi biologici di difesa, in specie di ordine immunitario, condizione, questa, che

può riscontrarsi indipendentemente dal sesso dei pazienti, e, non ultimo, la brevità della uretra femminile, la cui lunghezza è di circa 4 cm.

Tale carattere anatomico rende infatti più facile il passaggio in vescica di germi che nella uretra siano riusciti ad impiantarsi e a colonizzare. La incontinenza delle valvole vescico-uretrali rende invece possibile il reflusso di urina infetta nelle cavità calico-pieliche e la eventuale invasione microbica dei reni, con sviluppo di pielonefriti.

Ma tra i fattori in grado di esporre al rischio di IU, quello che occupa una posizione di gran lunga dominante è rappresentato dal cateterismo vescicale (6).

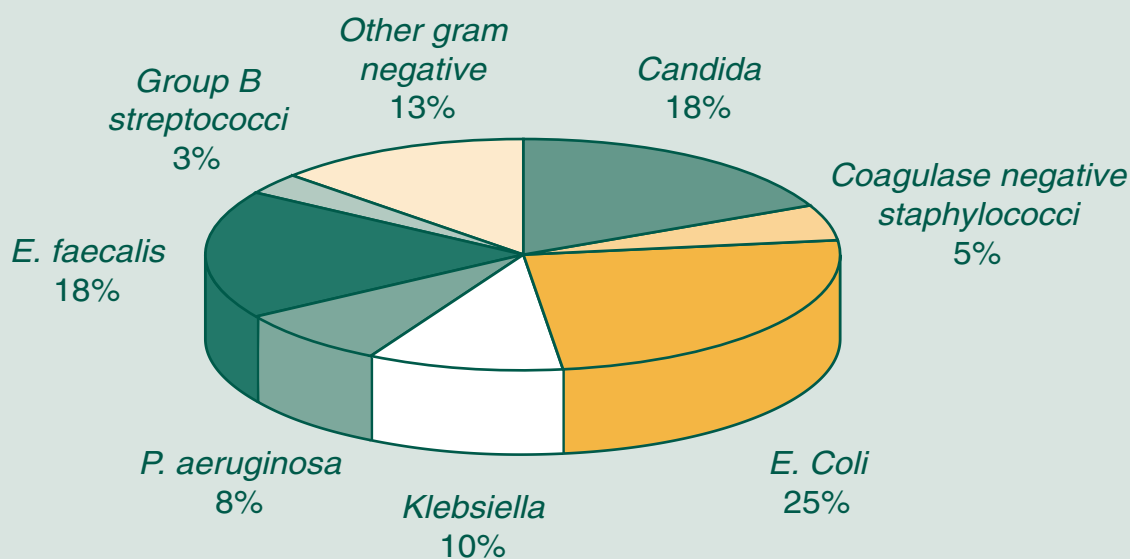
Una manovra, quest'ultima, che è all'ordine del giorno in ambito ospedaliero e che proprio a causa della frequenza con cui ad essa si ricorre, rende molto comuni le IU correlate al suo impiego.

Tali infezioni, infatti, corrisponderebbero al 40% circa di tutti gli eventi infettivi che hanno origine in ospedale ed ammonterebbero, almeno negli USA, a più di un milione di casi ogni anno (5, 7).

Si calcola, altresì, che in circa la metà degli individui in cui occorre mantenere il catetere in vescica per almeno cinque giorni, si sviluppano batteriurie e/o candidurie. Senza poi contare che le batteriurie asintomatiche associate alla presenza di catetere, costituiscono anche una cospicua riserva di microorganismi resistenti, in specie nelle unità di terapia intensiva (4, 3). C'è da aggiungere, inoltre, che tali infezioni rappresentano la causa più comune di batteriemie nosocomiali e che anche quando non si accompagnano a fenomeni clinici di flogosi urinaria, risulterebbero associate ad un significativo aumento della mortalità ospedaliera (6).

Figura 1

ESEMPI DI FLORA MICROBICA RISCONTRATA NELLA URINA DI PAZIENTI CON INFEZIONE URINARIA IN CORSO DI RICOVERO OSPEDALIERO



(Da: 6)

Se si escludono le rare pielonefriti ematogene, che per lo più sono dovute a *Staphylococcus Aureus*, la maggior parte dei microorganismi responsabili di queste infezioni appartengono alla flora perineale del paziente stesso o provengono dalle mani di coloro che effettuano il cateterismo e/o maneggiano il sistema di raccolta della urina (6).

I germi possono giungere in vescica con due modalità (6). La prima risulta avvalersi della via extraluminale e comporta una contaminazione della vescica che può essere immediata o tardiva. Quella immediata è da ricondurre alla inoculazione in vescica di agenti patogeni ad opera del catetere medesimo, giacché quest'ultimo li trasporta con sé dalla uretra nel momento in cui viene posto a dimora. La contaminazione tardiva, sempre per via extra-luminale, ha invece luogo a seguito della risalita in vescica di microorganismi provenienti dal perineo e dalle strutture corporee che vi si trovano, ma che si fanno strada lungo un film mucoso secreto dalle ghiandole mucipare dell'uretra e disposto tra la superficie interna di quest'ultima e la superficie esterna del catetere. Di tale biofilm, secondo recenti indagini, entrerebbero a far parte anche la proteina di Tamm-Horsfall e sali urinari come l'apatite e la struvite (1).

La seconda modalità di infezione coinvolge invece la via intraluminale. I germi, cioè, accedono al lume del catetere ed entrano in vescica attraverso di esso, reflueno dal sistema di raccolta della urina, contaminandosi per difetto di chiusura delle sue connessioni e/od a causa delle manovre manuali

richieste per gestirlo. Finora, tuttavia, il contributo spettante a ciascuna delle due suindicate modalità, era rimasto incerto. Ricerche da poco concluse (6) sulle malattie dei cateteri, hanno però permesso di effettuare in proposito alcuni interessanti rilievi. In primo luogo hanno documentato che quando la gestione dei pazienti sottoposti a cateterismo si ottimizza al massimo, può verificarsi una significativa caduta di frequenza di queste complicazioni infettive. Esse, infatti, come si evince dall'esito di tali ricerche, sono giunte ad un minimo di 15 casi per ogni 100 cateteri posti in sede e cioè al più basso livello finora noto.

In secondo luogo si è visto che il rapporto donna/uomo delle infezioni associate all'impiego di catetere è di circa 3:1. Infine, con specifico riguardo alle modalità di arrivo dei germi nella vescica, si è potuto stabilire che i 2/3 di esse posseggono una origine extraluminale. Anche la quota di quelle intraluminari, però, appare tutt'altro che trascurabile se si considera l'enfasi con cui dovunque sono giudicati i sistemi di drenaggio chiusi. Questo tipo di drenaggio, infatti, si ritiene che costituisca il più importante mezzo in grado di ridurre le IU conseguenti all'uso di cateteri e comunque in grado di ritardarne la insorgenza, qualora il soggiorno del catetere in vescica debba protrarsi. Le indagini testé citate dimostrano però che anche quando si rispettino le norme più severe cui attenersi allorché si applica un catetere, le IU si riducono sensibilmente, ma non si riesce ad evitarle del tutto.

I dati raccolti, dunque, fanno

anche comprendere come al giorno d'oggi sia quasi impossibile disporre di un sistema di raccolta delle urine esente dal rischio di contaminazione, rischio che per di più va incontro ad una ulteriore crescita se si prolunga, con il trascorrere dei giorni, la permanenza in situ del catetere. In definitiva, anche con il personale più accorto e più addestrato alla gestione di questi attrezzi, finché sussiste la necessità di svuotare periodicamente la sacca di raccolta della urina, i microorganismi continueranno ad avere la possibilità di accesso in vescica per via endoluminale (6). Né sembra, d'altra parte, che certi accorgimenti, come la istillazione di antisettici nella sacca o la continua irrigazione della vescica con liquidi antimicrobici o l'impiego di cateteri pre-connessi con il tubo di drenaggio, siano risultati efficaci nell'impedire ai germi tale accesso.

Tra le infezioni extra-luminari, il maggiore numero è rappresentato da quelle tardive e cioè da quelle che compaiono dopo diversi giorni dalla introduzione del catetere; esse corrispondono a circa 2/3 di tutti i casi che hanno luogo seguendo tale via. Le forme immediate e cioè le forme che insorgono, con le modalità cui si è già fatto cenno, fin dal primo giorno, probabilmente dipendono da una incongrua disinfezione perimeatale o da contatti contaminanti con chi inserisce il catetere.

Se l'impiego di guanti sterili piuttosto che di quelli non sterili, sia utile per ridurre il rischio di contaminazione, è ancora incerto. Secondo alcuni rilievi, anzi, questa misura cautelativa sarebbe

rimasta infruttuosa (2). Tuttavia, la minore incidenza di IU registrabile quando i cateteri vengono applicati in sala operatoria, fa supporre che tale accorgimento potrebbe in realtà essere vantaggioso. Sono invece apparsi trascurabili i risultati che si ottengono con l'impiego di lubrificanti uretrali antisettici, con il lavaggio meatale giornaliero o con l'impiego topico di creme antibiotiche, mentre di qualche utilità sembra essere il ricorso a cateteri rivestiti di antibatterici, come, ad esempio, i nitrofurani (6).

C'è da aggiungere, infine, che l'accesso extra-luminale in vescica dei germi, ha un ruolo importante sia nell'uomo che nella donna. Nell'uomo, però, è probabile che la frequenza e l'entità della contaminazione meatale siano minori ed inoltre il percorso che i microrganismi debbono compiere per arrivare in vescica è anche più lungo. Pertanto il rischio assoluto di contrarre una IU da catetere attraverso tale via, è più basso nell'uomo che nella donna.

L'uso di antibiotici a scopo profilattico non è in grado di prevenire le IU da catetere e facilita per di più lo sviluppo di resistenze batteriche (1a). Inoltre la batteriuria non dovrebbe essere trattata quando rimane asintomatica e cioè quando non dà luogo a fenomeni clinici e di laboratorio indicativi di infiammazione. Nella maggior parte dei casi in cui il drenaggio vescicale si protrae solo per pochi giorni, la batteriuria regredisce infatti spontaneamente dopo 1-2 settimane dalla rimozione del catetere. Se persiste al di là di tale limite, diviene invece opportuno il ricorso ad un ciclo

terapeutico di 10-14 giorni (1a). Nei pazienti cateterizzati a lungo termine, l'impiego di antibatterici per via sistemica, scelti in base all'antibiogramma, è indicato solo nel caso in cui compaiano fenomeni clinico-laboratoristici di flogosi urinaria (1a).

La soglia standard per attribuire significatività ad una batteriuria è in genere di 10^5 (100.000) UFC (Unità Formanti Colonia)/ml (1a). Nei pazienti sintomatici con piuria, tuttavia, e cioè con la presenza nel sedimento urinario di un numero di leucociti >10 /c.m. (Campo Microscopico) a 400 ingrandimenti (fig.1), anche una carica microbica molto più bassa di quella suindicata, si considera bastevole per porre diagnosi di flogosi urinaria di origine infettiva. L'opportunità di accettare come significative anche cariche batteriche inferiori a quelle convenzionalmente stabilite, in specie quando si tratta di pazienti sottoposti a cateterismo, si desume dal rilievo che, attenendosi strettamente al criterio delle 100.000 UFC/ml, fino ad 1/3 delle flogosi urinarie verrebbero sottovalutate, sfuggendo così alla terapia (1a). In presenza di catetere, comunque, la diagnosi di infezione e cioè di semplice batteriuria, può essere già posta con una carica microbica di 10^3 UFC/ml (6).

Da quanto fin qui illustrato si evince, dunque, in primo luogo che malgrado il ricorso ai più vari accorgimenti, le IU da catetere, sia asintomatiche sotto forma di batteriurie significative, sia sotto forma di flogosi clinicamente e laboratoristicamente manifeste, continuano dovunque a verificarsi spesso e rappresentano tutt'ora

un problema di non scarso rilievo nell'ambito delle infezioni ospedaliere. Le ottimistiche percentuali cui si riferiscono Tambyak et al. (1999) (6) a proposito della loro indagine riguardante 235 casi di IU tra 1462 pazienti cateterizzati, pari cioè a 15 casi ogni 100 cateteri tenuti in vescica per 24h o più, possono, almeno fino ad oggi, essere considerate una sorta di traguardo al quale, chiunque abbia a che fare con questi problemi, vorrebbe avvicinarsi. Esistono tuttavia motivi per supporre che percentuali epidemiologiche del genere siano non poco lontane da quelle di sicuro più alte che potrebbero registrarsi nella realtà ospedaliera nostrana. Se si considera, infatti, che anche laddove cercano di attenersi alle più congrue norme precauzionali, come è occorso, ad esempio, nel caso poc'anzi ricordato della indagine di Tambyak et al., le IU restano all'ordine del giorno, e se si tiene conto che forse si riuscirà in futuro a diminuirne ulteriormente la frequenza proprio con l'adozione più rigida di tali norme, appare evidente come le modalità con cui ha ancora luogo la gestione dei cateteri in certe nostre corsie, non lascino intravedere, almeno per il momento, prospettive favorevoli in merito ad un più sensibile declino di queste infezioni.

Le inadempienze che riguardano la corretta gestione dei cateterizzati sono infatti ancora molte. Tra di esse figura, ad esempio, l'abbandono della sacca di raccolta dell'urina sul pavimento sottostante il letto, in mezzo alla polvere che inevitabilmente si deposita al suolo.

Questa collocazione di fortuna per lo più dipende dal fatto che il sostegno metallico della sacca non può agganciarsi al bordo della rete metallica su cui poggia il materasso, a causa di reciproche inadattabilità strutturali. I più diligenti risolvono il problema sostituendo il reggi-sacca metallico con dei lacci, ma capita che per incuria ciò non sempre avvenga. Una situazione, questa, che porta talora anche ad un'altra deprecabile eventualità e cioè che il medico inconsapevole, accostandosi al letto del paziente per visitarlo, pesti qualcosa di molliccio, qualcosa che altro non è se non la sacca lasciata o caduta in terra. Circostanze del genere, tuttavia, come è facile comprendere, espongono la sacca ed il suo dispositivo di svuotamento, qualora essa ne sia dotata, ad una forte contaminazione esterna che può tradursi in un maggiore rischio di contaminazione interna nel corso delle manovre occorrenti per rimuovere l'urina di cui la sacca si è riempita. Un rischio del genere manca invece quando la sacca è priva di deflussore, laddove ancora di tali sacche si faccia uso, ma al suo posto subentra quello di contaminazione intraluminale diretta attraverso il catetere, se, come spesso accade, non si adottano le dovute precauzioni, quando la sacca, ormai piena viene deconnessa per rimpiazzarla con un'altra vuota. Non insolito è anche l'appoggio, per lo più temporaneo, della solita sacca sul piano del letto, magari dopo averla raccolta dal suolo, ciò che talora avviene per iniziativa del malato stesso. Tale collocazione, però, mentre da una parte ostacola

lo svuotamento della vescica, dall'altra può facilitare il reflusso di urina all'interno di quest'ultima e quindi la potenziale risalita di germi attraverso il lume del catetere. Il ritardo dello svuotamento della sacca per negligenza o distrazione del personale è un'altra eventualità che può aumentare il rischio di ordine infettivo dei cateterizzati. Se la sacca, infatti, si riempie fino al limite massimo della sua capacità divenendo così più pesante e se per di più giace al suolo, non viene ad essere soltanto ostacolato il deflusso di urina dalla vescica e quindi favorito il ristagno in quest'ultima; può infatti anche accadere che la sacca sovradiestesa, sprovvista di un proprio sostegno, attraverso le strutture che la collegano al palloncino di ancoraggio del catetere, eserciti un'azione traente sul collo vescicale, provocando soluzioni di continuo della sua mucosa. In tali circostanze, oltre ad accrescersi il rischio di infezione, aumenta anche quello che si sviluppi un vero e proprio processo infiammatorio per innesto dei germi laddove la mucosa diviene più vulnerabile. Né va poi dimenticata un'altra evenienza che non è di raro riscontro nel panorama composto di coloro che sono sottoposti a cateterismo in ospedale, e cioè che il catetere, magari decorrente al di sotto di una coscia, anziché al di sopra come dovrebbe, resti imbrattato di feci, perse per riduzione del controllo sfinterico, in specie da coloro che sono compromessi ad opera di malattie nervose e/o psichiche. Una circostanza, questa, che può rendere facile la comparsa di cistiti e/o pielonefriti.

C'è da aggiungere, infine, che tra i fattori evitabili che concorrono allo sviluppo di queste IU, si annoverano da un lato anche l'impiego troppo "disinvolto" dei cateteri vescicali quando, invece, se ne potrebbe fare a meno; dall'altro l'abitudine, ancora diffusa, di lasciare troppo a lungo il catetere in vescica, dimenticando che quanto più si protrae la cateterizzazione, tanto più cresce il rischio di complicanze infettive. Come è facile desumere da questa impietosa ma realistica disamina, molte evenienze che rendono ancora oggi così frequenti le IU da catetere, dipendono in buona parte dalle modalità con cui è gestito l'impiego di questo semplice strumento. Le norme cui occorre attenersi quando un catetere viene applicato e la nozione degli accorgimenti che consentono di trasformarlo il meno possibile in un complice di "reati" infettivologici, vanno in realtà facendosi sempre più strada, ma purtroppo non sempre e dovunque trovano una rigorosa attuazione. Le irregolarità gestionali cui si è poc'anzi fatto cenno, tutte rilevate scrupolosamente di persona, oltre a costituire esempi di occasioni in cui si offre al catetere, suo malgrado, la possibilità di dare man forte alla negligenza di chi deve invece prevenirne gli effetti indesiderati, costituiscono una inconfutabile prova di come abbiano serio fondamento i giudizi critici su esposti. Basterebbero, infatti, solo un maggiore impegno ed un'adesione più congrua alle regole della professionalità, per ridurre anche da noi, in maggior misura, i danni di chi si affida alla nostra assistenza ed il costo economico occorrente per ripararli.

■ **Accorgimenti raccomandati per prevenire le infezioni e le flogosi urinarie da catetere. Linee-guida rielaborate da: Ministero della Sanità, Comitato Nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza.**

1) I cateteri vescicali vanno applicati solo quando esiste una precisa indicazione clinica al loro impiego e rimossi al più presto possibile, non appena, cioè, vengano a mancare i motivi che hanno indotto ad usarli. Tali motivi sono:

- Ostruzione acuta vescico-uretrale e ritenzione urinaria
- Disfunzione nervosa permanente della vescica. In tali circostanze, la procedura di scelta è quella del cateterismo intermittente che spesso il paziente addestrato è in grado di praticarsi da solo. Al cateterismo permanente si ricorre, invece, quando il malato non è in grado di autocateterizzarsi o quando l'autocateterismo è molto difficoltoso.
- Monitoraggio della diuresi in pazienti in condizioni critiche, ad esempio, per shock, per insufficienza renale acuta, per coma, per compromissione dello stato psichico, etc. Allorché il paziente sia in grado di collaborare, il monitoraggio della diuresi va effettuato invitando il paziente stesso a raccogliere la urina negli appositi contenitori.
- Interventi chirurgici nel corso dei quali è necessario che la vescica resti vuota, come, ad esempio, quelli sull'apparato urinario, sull'apparato genitale o su certi tratti del tubo digestivo.
- Terapia di tumori vescicali con farmaci antineoplastici.
- Gravi ematurie e piurie per evitare il tamponamento uretrale.

– Esecuzione di test di funzione vescicale.

– Incontinenza urinaria laddove esistano motivate controindicazioni all'impiego di mezzi alternativi. Tra questi figurano soprattutto i pannoloni, preferibili in malati che posseggano autonomia motoria e nelle donne. L'utilizzo dei pannoloni richiede accurata pulizia personale, allo scopo di prevenire macerazioni cutanee ed infezioni tegumentali batteriche e micotiche. Nell'uomo cooperante, ma allettato, si può far ricorso al condom-catetere.

– Svuotamento della vescica prima del parto, se la donna non è in grado di farlo spontaneamente.

2) L'assistenza al paziente cateterizzato deve avvenire solo ad opera di personale che possieda appositi requisiti e che sia quindi anche al corrente del rischio infettivologico cui espone il cateterismo vescicale.

3) Accurato lavaggio delle mani di chi esegue il cateterismo, senza riguardo al fatto che si usino guanti. Il lavaggio va ripetuto anche dopo la inserzione del catetere, nonché prima e dopo qualsiasi manipolazione del sistema di drenaggio, come ad esempio, prelievo di campioni di urina o svuotamento della sacca.

4) Il catetere va inserito impiegando tecniche aseptiche e presidi sterili. Per l'antisepsi del meato uretrale, dopo accurato lavaggio dei genitali, usare soluzioni antisettiche a base di polivinilpirrolidone iodio (Betadine), associazione di clorexidina e cetrimide o derivati del cloro, possibilmente in confezione mono-dose. Anche il lubrificante, se possibile, deve essere in monodose o comunque derivare da una confezione multidose

manipolata in modo da evitarne la contaminazione.

5) La raccolta della urina deve avvenire mediante sacche sterili a circuito chiuso, provviste di rubinetto di drenaggio. Dopo aver collegato il catetere alla sacca, quest'ultima non dovrà essere più deconnessa per tutta la durata della cateterizzazione.

6) Qualora occorra la raccolta di piccole quantità di urina, ad esempio per esame colturale, il campione deve essere prelevato attraverso l'apposito dispositivo accuratamente disinfettato con i mezzi di cui poc'anzi si è fatto cenno, utilizzando ago e siringa sterili.

La raccolta di quantità maggiori di urina o lo svuotamento della sacca debbono essere effettuati asepticamente attraverso il rubinetto di deflusso. Per impedire la sua contaminazione vanno adottate le seguenti misure:

- lavarsi le mani ed indossare guanti puliti prima di manipolare il rubinetto;
 - assicurarsi che il rubinetto non venga mai a contatto con il pavimento;
 - evitare che i bordi del contenitore dove viene raccolta la urina drenata, vengano a contatto con il rubinetto;
 - disinfettare il rubinetto ogni qual volta esso venga manipolato.
- 7) Assicurarsi che il deflusso della urina dal catetere al sistema di raccolta avvenga sempre liberamente. Evitare perciò che si verifichino angolature o compressioni del catetere e del tubo di afflusso di cui è provvista la sacca di drenaggio, svuotare regolarmente quest'ultima onde evitarne la eccessiva replezione e mantenerla sempre al di sotto del livello della vescica.

Il catetere va poi fissato in modo opportuno sia per lasciare al malato una certa autonomia di movimento, sia per impedire che il palloncino endovesicale di ancoraggio del catetere venga ad esercitare un effetto traente e cioè un effetto in grado di traumatizzare la mucosa del collo della vescica stessa.

8) Quando si verifica l'ostruzione del catetere, è preferibile cambiarlo piuttosto che ricorrere a ripetute irrigazioni per eliminare il materiale ostruente. Per accorgersi della sua presenza ci si può basare sui seguenti criteri:

- riscontro di sedimenti adesi alla parete interna del tubo trasparente che connette il catetere alla sacca. Tale reperto, infatti, deve far presumere che sedimenti analoghi si siano depositati sulla parete interna del catetere, riducendone od ostruendone il lume.

- Rilievo di sedimenti sabbiosi alla palpazione del tratto terminale del catetere.

9) I cateteri a permanenza non vanno sostituiti ad intervalli prestabiliti, ma quando si rinvergono irregolarità nella loro funzione.

10) La irrigazione della vescica con antibiotici o disinfettanti non risulta, fino ad oggi, che sia in grado di ridurre il rischio di batteriuria e cioè di infezione urinaria nei pazienti cateterizzati, motivo per cui è inutile effettuarla. Attualmente, l'unica indicazione al lavaggio vescicale è rappresentata dal rilievo di urina fortemente ematica con eventuali coaguli o fortemente corpuscolata per piuria e/o per presenza di abbondante detrito. In tali casi il lavaggio va eseguito in condizione di asepsi, in sistemi a circuito chiuso, con l'impiego di cateteri a 3 vie. ■

BIBLIOGRAFIA



- 1) AMICOSANTE G., MENICHETTI F., VENDITTI M., *Infezioni nosocomiali ed antibiotico-resistenza*, Il pensiero scientifico, Ed. Roma, 1999, p. 108.
- 1a) BACHELLER C.D., BERNSTEIN J.M., *Urinary Tract infections*, Med. Clin. North Am., 1997-81 (3)-719.
- 2) CARAPETI E.A., ANDREWS S.M., BENTLEY P.S., *Randomized Study of sterile versus non sterile urethral catheterisation*, Ann. R. Coll. Surg. Engl., 1996-78-59.
- 2a) Ministero della Sanità, Comitato Nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza, CORTECCHIA W., CURTI C., DAMETTO M.P. ET AL., *Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) nei pazienti cateterizzati: uso di catetere e assistenza infermieristica*, Giorn.Ital. Inf. Osp. (GIIO), 1996-3 n.1 (gennaio-marzo) (Documenti).
- 3) JARLIER V., FOSSE T., PHILIPPON A., *Antibiotic susceptibility in aerobic gram-negative bacilli isolated in intensive care unit in 39 French teaching Hospitals*, (ICU study) Intensive Care Med., 1996-22-1057.
- 4) SIEBERT J.D., THOMAS R.E. JR, GERSON L.V., *Emergence of antimicrobial resistance in gram-negative bacilli causing bacteremia during therapy*, Am. J. Clin. Path., 1993-100-47.
- 5) STAMM V.E., *Catheter-associated urinary tract-infection. Epidemiology, pathogenesis and prevention*, Am. J. Med., 1991-91-(Suppl. 38) 65s.
- 6) TAMBYAH P.A., HALVORSON K.T., MAKI D.G., *A prospective study of pathogenesis of catheter-associated urinary tract infections*, Mayo Clin. Proc., 1999-74-131.
- 7) WARREN J.W., *The Catheter and Urinary tract infections*, Med. Clin. North Am., 1991-75 (2)-481.

CUORE POLMONARE CRONICO DA SCHISTOSOMIASI. ILLUSTRAZIONE DI UN CASO

■ **F. Cardano, M.M. Ciammaichella, A. Galanti, R. Maida, R. Pica*, M.L. Polito, C. Rossi**

U. o. d. Medicina I per l'urgenza - Dirigente Medico di II livello: Dr. G. Cerqua

** Laboratorio di microbiologia, virologia e parassitologia - Dirigente medico di II livello: Dr. O. Recchia
Azienda Ospedaliera S. Giovanni - Addolorata, Roma*

■ Introduzione

La Schistosomiasi è una malattia parassitaria da Trematodi del genere *Schistosoma*, i quali, allo stadio adulto, si localizzano nel sistema circolatorio dei vertebrati. Le specie in grado di infestare l'uomo sono *Schistosoma mansoni* (Schistosomiasi intestinale ed epato-splenica), *Schistosoma haematobium* (Schistosomiasi urogenitale o vescicale), *Schistosoma japonicum*, *Schistosoma mekongi* e *intercalatum*.

La distribuzione geografica della specie è abbastanza tipica giacché è condizionata da fattori ambientali, tra cui, in particolare figura la presenza dello specifico ospite intermedio, un mollusco, che vive nelle acque dolci dell'Africa, del Medio Oriente, dei Caraibi, dell'America Meridionale, della Cina, delle Filippine e dell'Indonesia.

L'infestazione dei vertebrati (ospiti definitivi) prevede il contatto con acqua contenente la cercaria (stadio infestante) che penetra attraverso la cute, e per via linfatica o venosa è trasportata al cuore dal quale viene poi immessa nei capillari dei polmoni. Successivamente alcuni dei parassiti emigrano nel fegato dove raggiungono la maturità sessuale. Dopo l'accoppiamento, gli adulti percorrono a ritroso la vena porta e le vene mesenteriche fino a raggiungere il plesso emor-

roidario, sede questa in cui la femmina si separa dal maschio e procedendo sempre controcorrente, va a deporre le uova nelle diramazioni vascolari più sottili.

Ciò avviene dopo circa 40 giorni dal momento dell'infestazione.

L'attività patogena degli schistosomi è essenzialmente riconducibile all'immunoreazione dell'ospite nei confronti degli antigeni dei vermi adulti e delle uova. Queste ultime, per via venosa, raggiungono il fegato dove vanno ad ostruire i capillari presinusoidali. Ivi inizia la formazione di granulomi il cui sviluppo determina epatomegalia e fibrosi portale, ma non provoca danni epatocellulari rilevanti.

Ne conseguono ipertensione portale, comparsa di circoli collaterali ed ascite.

Attraverso anastomosi porto-cavali, tuttavia, le uova possono arrivare anche nel piccolo circolo, sede in cui provocano la insorgenza di una flogosi granulomatosa nelle arteriole, con sviluppo di endarterite proliferativa, responsabile a sua volta di ipertensione polmonare, di ipertrofia ventricolare d. e quindi di "cuore polmonare cronico" (CPC).

Nella milza le uova inducono fenomeni iperplastici.

Nell'intestino e finanche nell'esofago, la liberazione di enzimi pro-

teolitici causa erosioni puntiformi ed edema della sottomucosa a seguito dello sviluppo locale di lesioni granulomatose.

La sindrome anatomico-clinica che si indica come "cuore polmonare cronico" e alla quale si è poc'anzi fatto cenno, si contrassegna, come è noto, per la comparsa di ipertrofia ventricolare d. a seguito di processi morbosi che alterano la struttura e la funzione dei polmoni.

L'evento fisio-patologico fondamentale che accomuna questi processi e che si sviluppa con varie modalità nel loro contesto, è l'ipertensione arteriosa nel piccolo circolo, giacché è proprio quest'ultima che sovraccarica il ventricolo d. provocandone pian piano l'ipertrofia e la eventuale insufficienza.

Le malattie in grado di provocare la comparsa di CPC sono molteplici e riguardano sia il parenchima che i suoi vasi. In alcune di esse però è proprio la parete vascolare quella elettivamente colpita, come accade, ad esempio, in caso di microembolie polmonari multiple disseminate e ricorrenti.

Orbene, come si evince da quanto poc'anzi esposto, tra le malattie che danneggiano la rete vascolare dei polmoni figura anche la schistosomiasi ed il caso che illustriamo rappresenta un esempio di tale eventualità.

■ Osservazione clinica

Si tratta di una donna brasiliana di 40 anni giunta in ospedale a causa della comparsa di dispnea ingravescente, dapprima solo dopo sforzo, in seguito anche a riposo, di progressiva astenia e di fenomeni lipotimici. Dall'indagine anamnestica risulta che questa donna ha contratto Schistosomiasi nel suo Paese all'età di 28 anni e che in seguito è stata sottoposta a splenectomia per motivi che non sa precisare.

La malata ricorda altresì che tre anni fa ha pure subito un trattamento sclerosante di varici esofagee, sviluppatasi a causa di uno stato di ipertensione portale.

Sul piano obiettivo i reperti di maggior rilievo sono rappresentati da una discreta cianosi periferica, da una modica tachicardia ritmica, dalla presenza di un soffio sistolico (3/6 secondo Levine) ubiquitario, con i caratteri del soffio da eiezione sul focolaio della polmonare e apparentemente olosistolico alla punta, nonché da una modesta epatomegalia. Le indagini di laboratorio e strumentali evidenziano le seguenti anomalie:

- Leucocitosi (16.000 G.B. μ /L) con 60% di eosinofili (8.600 E./ μ L, indicativi di "grande eosinofilia).
- Emogasanalisi: ipossiemia con normocapnia ($pO_2=68$ mm Hg V.N.=85-100 mm Hg; $pCO_2=38$ mm Hg V.N.=35-45 mm Hg).
- Esame parassitologico delle feci: riscontro di uova di *Schistosoma mansoni*.
- RX torace: ingrandimento del ventricolo d. con prominenza dell'arco medio.
- ECG: deviazione assiale d., rotazione antioraria ed anomalie della ripolarizzazione.

- Ecodoppler cardiaco: dilatazione delle cavità di d., grave insufficienza tricuspide, modesta insufficienza polmonare, lieve insufficienza mitralica, minimo shunt d->s.
- Esofago-gastroduodenoscopia: assenza di lesioni gastro-duodenali; presenza di tralci venosi nell'esofago inferiore associati ad erosioni giunzionali.
- Ecografia addomino-pelvica: assenza di lesioni apprezzabili a carico dei visceri esplorati.
- TC addominale con contrasto: tronco portale contenente trombi endoluminali, presenza di circoli collaterali in sede gastrica.

■ Commento

Sulla scorta dei dati clinici, di laboratorio e strumentali fin qui presi in esame, l'affezione della paziente può essere inquadrata come una sindrome da cuore polmonare cronico, indotta da Schistosomiasi. L'impossibilità di disporre di una più congrua colla-

borazione anamnestica da parte della malata, non ha permesso però di stabilire se questo quadro clinico di ordine cardio-polmonare abbia rappresentato l'esito di una infestazione pregressa o se invece sia dipeso da una reinfezione recente.

Due ipotesi, queste, entrambe plausibili. Da un lato, infatti, sebbene la letteratura riporti che la sopravvivenza del parassita si aggira in media sui 3-4 anni, riferisce anche, però, che talvolta la sopravvivenza può superare perfino i 15-20 anni; dall'altro, non si può nemmeno escludere una nuova reinfezione che la malata potrebbe aver contratto nel corso di una sua recente permanenza in Brasile.

Per il trattamento terapeutico è stata impiegata Biltricide (praziquantel, non disponibile nel nostro Paese, ma acquistabile presso la farmacia Vaticana) alla dose di 25 mg/Kg per OS T.i.d. per un giorno. ■

BIBLIOGRAFIA



- 1) Warren K.S., The pathology, pathobiology and pathogenesis of Schistosomiasis, Nature, 273:609, 1978.
- 2) Morris W., Knauer C.M., Cardiopulmonary manifestations of Schistosomiasis, Semin. Respir. Infect. 1997, Jun; 12 (2): 159-70.
- 3) Bethlem E.P., Schettino G. De P., Carvalho C.R., Pulmonary Schistosomiasis, Curr. Opin. Pulm. Med. 1997 Sep.; 3 (5): 361-5.
- 4) Klotz F., Hovette P., Mbaye P.S., Fall F., Thiam M., Cloatre G., Pulmonary manifestation of Schistosomiasis, Rev. Pneumol. Clin. 1998 Dec.; 54 (6): 353-8.

RECENSIONE DEL LIBRO “TRANSCULTURA: PERCORSI CONOSCITIVI DI PSICHIATRIA E PSICOLOGIA TRANSCULTURALE”

(a cura di A. Iaria, M.G. Scalise, B. Tagliacozzi - Edizioni Universitarie Romane - Roma, 2000)

■ di **Giorgio Villa**

Medico Psichiatra, Dirigente I° livello - D.S.M. - ASL RM/E

Quando ebbi la ventura di cominciare il mio tirocinio in Gastroenterologia presso l'ospedale Nuovo Regina Margherita rimasi affascinato dalla straordinaria apertura culturale e dalla disponibilità didattica dei colleghi che vi lavoravano e, fra tutti, soprattutto quelle del primario, il professor Rino Cesare Basile. Per me, fino ad allora, l'insegnamento universitario era stato qualcosa di faticoso e di centellinato e lo scoprire la felicità della teoria abbinata alla pratica quotidiana mi ha entusiasmato.

Per questo, appena ne fui in grado, cominciai, come giovane psichiatra, ad insegnare nella Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio cercando di trasmettere quello spirito di generosa disponibilità che avevo trovato, da subito, appena uscito dall'Università.

Come si sa i corsi organizzati dalla Scuola Medica sono svolti dai docenti a titolo completamente gratuito e sono seguiti da medici e psicologi desiderosi di approfondire le proprie conoscenze in aree e discipline di particolare rilievo teorico e teorico-pratico.

Nel libro curato da Antonino Iaria, Maria Grazia Scalise e da Bruno Tagliacozzi ho ritrovato proprio quello spirito di felice generosità e di disponibilità al dialogo e al confronto che caratterizzano

l'operato della Scuola. Infatti, in questo volume sono raccolti alcuni fra i più significativi contributi del corso coordinato da Antonino Iaria, all'epoca direttore del Santa Maria della Pietà (l'ex ospedale psichiatrico della Provincia di Roma), che si è svolto negli otto anni che vanno dal 1985 al 1993.

Come si può notare il titolo del libro è, tuttavia, Transcultura, quasi ad indicare che la psichiatria stessa non può ritenersi immune da un processo di radicale discussione dei suoi assunti teorici di base, tanto più urgente se si considera che in Italia non vi è alcun corso accademico che preveda una specifica formazione in psicologia o psichiatria transculturale.

Come sottolinea Antonino Iaria nella introduzione, il corso ha costituito una sorta di volano per una serie di attività teoriche, incentrate soprattutto intorno al dibattito che si è tenuto al termine di ognuna delle venti lezioni annuali.

Queste sono state svolte da specialisti di varie discipline che fanno riferimento al gruppo delle scienze umane e di attività pratiche connesse alla consulenza fornita nell'ambulatorio, al quale si rivolgevano anche membri delle Organizzazioni internazionali (AC-NUR) e nazionali (CIR) deputati alla assistenza dei rifugiati politici e degli immigrati.

Le quattro sezioni in cui si ripartisce il volume sono: 1) una parte dedicata ad aspetti generali con contributi, fra gli altri, di Iaria, Jarvis, Bernardi, Frighi, Abu Omar e Mauro; 2) una parte dedicata ai problemi dell'immigrazione (Bartocci, Scalise, Carugno, Corvini, Di Gesù, Tamino); 3) una parte da sempre cara agli psichiatri è rappresentata da alcuni contributi (Frighi, Cavallo, Tagliacozzi) su sciamani e medicine; 4) una sezione dedicata al femminile con interventi di Lanternari, Giavatto, Gravissaro Gallo, Zampa, Hassan, Sheikh. Ma è proprio dal primo intervento del volume che si registra, da subito, una grande emozione.

In un intervento di rara freschezza e immediatezza Giovanni Jarvis parla liberamente del suo giovanile incontro con Ernesto de Martino nel corso del lavoro sul campo in Lucania dal quale era scaturito, poi, il libro “La terra del rimorso”. Per molti di noi Jarvis è un maestro, ma ancora di più l'incontro con l'opera di de Martino ha rappresentato come la sconcertante uscita dal tunnel delle certezze della psichiatria biologica.

Leggendo de Martino abbiamo infatti cominciato a capire che normale e folle non era una copia antitetica, ma culturalmente costruita e che le cartelle cliniche dello psichiatra (e quindi di cia-

scuno di noi) saranno lette nel futuro come altrettanti testi etnologici, così come de Martino stesso comincia a fare nel libro, mai completato, che conclude la sua straordinaria carriera di studioso "La fine del mondo".

De Martino, quindi, ha svolto un'opera da pioniere non solo per gli antropologi, ma anche per gli psichiatri, superando in potenza gli ambiti definiti dallo studioso canadese E.D. Wittkower sin dal 1964 e cioè:

- in quale misura l'assetto culturale ed i sistemi di valore relativi influiscano sulla epidemiologia psichiatrica;

- quanto la transizione dei paesi del Terzo Mondo verso standard di vita occidentali costituisca un fattore nocivo alla salute mentale dei singoli;

- se esistano disturbi psichici caratteristici di determinate culture e come sono da considerare o se addirittura tali culture-bound debbano essere visti solo come fenomeni culturali;

- quali siano i metodi diagnostico-terapeutici dei medici tradizionali, quale l'efficacia e in cosa si possano paragonare con l'attività dello psichiatra occidentale.

De Martino insegna costantemente l'arte dello spiazarsi rispetto ai propri sistemi assiologici di pensiero e di azione, anche se questo può risultare faticoso ed infruttuoso per la propria carriera, ma straordinariamente fecondo per la propria autentica vocazione di ricerca.

Andare a ricercare sul campo vuol dire cogliere quanti campi vengano a ricercare noi, cosa che accade con le questioni psicopatologiche legate al disagio dei migranti

e dei rifugiati. L'urgenza di un tale lavoro ha pure il significato di un prezioso antidoto rispetto ai processi paranoidei di attribuzione degli stereotipi del capro espiatorio ai negri, agli zingari, ai "diversi".

Un altro aspetto che circola liberamente nei vari contributi del volume è quello della problematizzazione dell'ovvio: molti autori

fanno riferimento a situazioni sconcertanti per l'osservatore occidentale (si pensi solo al caso della infibulazione cui fa riferimento il contributo di Hassan, Iaria, Scalise e Sheikh), quasi che questi sia in possesso solo di una chiave di lettura e, come scriveva Goethe "Chi conosce solamente la propria lingua non può dirla di conoscerla fino in fondo". ■

■ SCADENZE DI SEGRETERIA ■

30 giugno:

PRESENTAZIONE NUOVE PROPOSTE DI CORSI BIENNALI

31 luglio:

CONSEGNA DEI VERBALI DEI CORSI SEMESTRALI A/A 1999-2000

31 luglio:

PRESENTAZIONE PROGRAMMI DEI CORSI BIENNALI DA RINNOVARE

Dal 6 al 17 novembre:

ISCRIZIONI AI CORSI TRIMESTRALI E SEMESTRALI PER L'ANNO ACCADEMICO 2000/2001

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO (SMORRL)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712 - Sito web: www.smorrl.it

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: M. Luminari
- Vice-Presidente: A. De Laurenzi
- Tesoriere: R. Picardi
- Consiglieri Elettivi: E. Accivile, L. Capurso, A. Centra, F. De Marinis, G. De Simone, E. Fedele, E. Giovannini, L. Persico, Q. Piacevoli
- Consiglieri di Diritto: M. Amadei, L. Benedettelli, A. Campagnano Bruckmann, S. Castorina, G.M. Iadarola, A. Perrone, G. Visco
- Revisori dei Conti: L. Cardillo, F. De Nuccio, F. De Santis
- Direttore Amministrativo: S. Rijli

BOLLETTINO DELLA SMORRL

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- Direttore Responsabile: M. Luminari
- Direttore Scientifico: L. Persico
- Comitato di redazione: E. Accivile, L. Cardillo, D. Manfellotto, L. Persico, V. Rulli, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta
- Grafica e impaginazione: Edizioni Primus
- Stampa: Nuova Tipografia Loffari