



# SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

BOLLETTINO ON LINE  
[www.smorrl.it](http://www.smorrl.it)

## SOMMARIO

### EDITORIALE

- 1** ECM. Educazione Continua in Medicina e Scuola Medica Ospedaliera di Roma  
 • di M. Luminari

### ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 4** Le più comuni urgenze ed emergenze in una unità operativa di medicina interna  
 • di L. Persico, P. Boni, G. Persico
- 9** Lezioni dalla "Mucca pazza"  
 • di G. Visco

### APPUNTAMENTI

- 13** La tre giorni di Cernobbio. Ouverture sulla sanità futura  
 • di G. De Simone

### AGENDA DELLA SCUOLA

- 16** Aggiornamento all'Elenco dei Coordinatori di ospedale. Scadenze di segreteria.

## ECM. EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA E SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA

■ di Marino Luminari  
*Presidente della Scuola Medica Ospedaliera*

**È** partito il 22 novembre 2000 con la presentazione del Ministro della Sanità, Professor Umberto Veronesi, il progetto per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) che dovrà interessare, dopo una prima fase sperimentale, tutti gli operatori dell'intero comparto sanità.

Il progetto consiste in un programma promosso al fine di mantenere alto il livello di aggiornamento della professionalità degli operatori sanitari, attraverso attività formative di vario tipo: congressi, seminari, corsi, stages.

Una Commissione è stata istituita con Decreto del Ministero della Sanità il 5 luglio 2000 per elaborare il programma ECM e per realizzarlo in 2 fasi, quella sperimentale e ricognitiva, riservata ai soli medici e odontoiatri che avrà la durata di 6 mesi e quella definitiva che succederà alla prima, aperta a tutti i destinatari del provvedimento. Compiti fondamentali della Commissione sono quelli di definire i crediti che debbono

essere maturati dagli operatori (tali crediti rappresentano una misura dell'impegno e del tempo che ogni professionista deve dedicare annualmente all'aggiornamento) e stabilire i requisiti per l'accreditamento dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative. I crediti formativi sono espressi in numeri che verranno assegnati ad ogni attività formativa programmata, calcolati sulla base di indicatori elaborati dalla Commissione Nazionale. Ogni operatore sanitario dovrà raccogliere un certo numero di crediti ogni triennio (150, variando la quota media annuale da 20 a 80). Tali crediti potranno essere ottenuti partecipando a manifestazioni alle quali è definita in anticipo l'entità numerica del credito.

L'accreditamento delle manifestazioni consiste nel riconoscimento da parte della Commissione Nazionale di un certo evento formativo per il quale alcune strutture indicate dal Ministero hanno fatto richiesta e alle quali il Ministero

## A V V I S I

**SONO STATI PROROGATI I TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI DOCENZA ANNO ACCADEMICO 2001/2002**

stesso fornisce parere favorevole, dopo attenta valutazione del programma e delle indicazioni fornite dagli organizzatori.

Tutti i soggetti pubblici e privati che svolgono istituzionalmente attività formativa possono presentare domanda di accreditamento: Regioni, Aziende Sanitarie Locali e Aziende ospedaliere, Istituto Superiore di Sanità, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Università, Ordini professionali, Fondazioni, Scuole di formazione, Società e Associazioni professionali, Società scientifiche, Case di cura private, Aziende farmaceutiche.

La richiesta viene fatta solo per via informatica, tramite collegamento con l'apposito sito Internet della Sanità ([www.sanita.it](http://www.sanita.it)) compilando una propria scheda anagrafica.

Con l'accREDITAMENTO i vari soggetti indicati sono autorizzati a dispensare attività formative residenziali e attività formative a distanza. Per le prime il discente deve recarsi nelle sedi in cui esse vengono svolte (congressi, seminari, convegni, corsi e altre manifestazioni a carattere di ufficialità e di notorietà).

Per le attività formative a distanza, il discente non deve spostarsi dal suo posto di lavoro o dal suo domicilio e deve seguire l'evento scelto, o individualmente o in gruppo, utilizzando materiale informatico o cartaceo e concludendo la sua attività con un test di profitto.

Il programma ECM viene a colmare una grave lacuna del nostro ordinamento sanitario, a lungo lamentata dalle categorie

coinvolte che hanno visto da una parte inaridirsi le fonti più vive dell'insegnamento medico ospedaliero e, dall'altra, scemare la fiducia ed il credito presso il cittadino.

È arduo infatti per i medici seguire singolarmente il continuo e rapido sviluppo delle conoscenze biomediche e l'evoluzione delle risorse tecnologiche e organizzative del mondo sanitario; i cittadini, dal canto loro, hanno tutto il diritto di pretendere per la loro salute una garanzia che solo una qualificata educazione medica continua a livello istituzionale può loro fornire.

La Scuola Medica Ospedaliera di Roma si è mossa tempestivamente per allinearsi alle norme del provvedimento ministeriale dal quale essa ritiene di poter recuperare quel prestigio e quei valori professionali che hanno rappresentato per generazioni di medici romani, e non solo romani, motivo di stima e di orgoglio.

In questi ultimi anni il numero delle iscrizioni ai vari corsi pratici e teorico pratici (i cosiddetti corsi semestrali) della Scuola è andato progressivamente scemando e ciò ha destato rammarico ed allarme in chi alla Scuola ha sempre dedicato, oltre al tempo e all'entusiasmo anche un sincero e disinteressato impegno culturale. Non possiamo però dimenticare che da anni non si fanno concorsi e nelle graduatorie per l'accesso alle carriere d'ospedale e di altre istituzioni pubbliche, non è quasi più richiesto l'attestato di partecipazione a corsi e manifestazioni di

formazione e di aggiornamento. Probabilmente gli Enti erogatori di tale tipo di insegnamento si sono inflazionati ed il valore dei loro titoli ha subito parallelamente una svalutazione in serietà e affidabilità che ha motivato la tanto attesa normativa sui crediti.

Per quanto riguarda più direttamente la Scuola, è venuto meno anche quel riconoscimento ufficiale dei diplomi, legittimato per anni da un accordo con gli Ordini dei Medici laziali, a sua volta garantito dal riconoscimento giuridico della Scuola da parte della Regione Lazio.

Non solo, ma nella prima e faticosa tappa di attuazione della Riforma Sanitaria e nelle successive correzioni e rielaborazioni, i medici ospedalieri hanno dovuto affrontare incombenze del tutto estranee alla loro mentalità e alla loro preparazione. Fino a poco tempo fa essi operavano in strutture ospedaliere dove potevano esercitare gratificanti compiti didattici oltre a quelli tecnico-professionali, mentre oggi sono chiamati a rispondere ad esigenze amministrative che ne hanno minato la serenità e diminuita la disponibilità ad aggiungere problemi a problemi.

Il medico ospedaliero deve oggi vedersela con i DRG, con i budget, con i problemi dell'aggregazione interdisciplinare e dell'organizzazione dipartimentale, in un momento di transizione anche riguardo ai mezzi di comunicazione e di insegnamento avviati ad una informatizzazione pressoché globale ancora aspra per molti e per la maggioranza ancora da acquisire.

La prospettiva di percorrere carriere soggette a rinnovi di contratto condizionati non solo dalla qualità della preparazione professionale ma anche dalla capacità a "tenere di conto", non può certamente lusingare e sollecitare verso la didattica e la tutorialità tra i letti di corsia.

La Scuola Medica Ospedaliera che riflette nell'insegnamento dell'arte la situazione dei suoi principali protagonisti risente evidentemente del travaglio che li coinvolge.

Va poi aggiunto che da tempo la Scuola sta conducendo una operazione di bonifica dei suoi corsi "parcellari", ossia quelli il cui modesto richiamo (1-2 iscritti) è da attribuire o allo scarso interesse della disciplina proposta, o al modesto impegno con cui viene realizzata, o alla sovrapposibilità con altri corsi meglio strutturati e rappresentati.

Tutto ciò può rendere ragione del calo di iscritti che non deve essere vissuto con eccessiva autocritica in quanto là dove con i corsi biennali la Scuola ha erogato un tipo di insegnamento a livello elevato, con migliore scelta e articolazione dei programmi, obbedendo a richieste di discipline innovative e d'avanguardia tecnologica, oppure dalle tematiche assolutamente attuali come la managerialità, tutti corsi finalizzati più che al conseguimento del "pezzo di carta" all'acquisizione di un tipo di preparazione concreta e qualificante, i corsi sono aumentati nel numero, nelle adesioni e nella soddisfazione manifestata dagli studenti al termine di ogni insegnamento.

Auspichiamo dunque che i tanto sospirati crediti ridiano vigore alla tradizionale attività didattica della Scuola e, inoltre, che la normalizzazione della vita ospedaliera possa restituire ai suoi medici la capacità e l'entusiasmo per dedicarsi a quei processi di formazione e aggiornamento delle giovani leve che li hanno visti sempre brillanti protagonisti.

Per la esigenza di un allineamento immediato al Programma, dopo i richiesti adempimenti per l'inserimento della nostra istituzione nel novero dei soggetti autorizzati a fornire educazione formativa, sono stati interpellati tutti gli organizzatori dei corsi già in programma per l'Anno Accademico 2000-2001 scegliendo quelli aventi i requisiti prospettati dalle prime indicazioni della Commissione Ministeriale: corsi di discipline di base, di provata e più elementare utilità, destinati alla fase sperimentale del Programma che si concluderà al termine del 1° semestre dall'avvio.

Sono stati pertanto iscritti i sottolencati corsi in attesa che, superata questa prima fase, anche i molti altri della Scuola possano essere inseriti: "La morfologia delle cellule del sangue", "Attualità in tema di endocrinologia", "Elettrocardiografia pratica" (Ospedale S. Camillo-Forlanini); "La terapia antalgica nel dolore cronico" (Ospedale S. Giovanni); "Aspetti clinici della malattia diabetica" (INRCA di Roma); "Riconoscimento e trattamento eventi urgenza ed emergenza", "Medicina d'urgenza" (Ospedale S. Filippo Neri); "Chirurgia d'ur-

genza", "Oncologia medica: diagnosi, clinica, terapia" (Ospedale S. Eugenio); "Chirurgia d'urgenza dell'apparato digerente" (Ospedale Umberto 1° - Frosinone); "Corso di formazione in flebologia" (Ospedale Nuovo Regina Margherita); "Cure palliative" (Policlinico Militare di Roma).

Va da sé che la scadenza a breve termine degli adempimenti previsti dalla Commissione non ha messo la Scuola nella condizione di inserire la totalità dei suoi corsi, in particolare quelli biennali.

Le norme per accedere al programma sono giunte ad iscrizioni già ultimate per i corsi abituali della Scuola i quali, pertanto, avranno regolare svolgimento tanto più che per quei pochi che sono stati inseriti nel Progetto, la Commissione Nazionale non prevede assegnazione di crediti.

Abitualmente la Scuola pone a fine aprile la scadenza per l'accettazione dei corsi proposti dai docenti per l'Anno Accademico successivo. Probabilmente quest'anno i termini saranno dilazionati perché sulla scorta di norme definitive che saranno successivamente emanate, la Scuola intende immettere tutta la sua attività didattica nel progetto crediti. Diversamente dal passato, i suoi corsi oltre al bagaglio tecnico-culturale delle discipline insegnate dovranno fornire alla totalità dei medici e non solo a quelli cui interessa adire a concorsi e carriere, i requisiti per continuare a svolgere la loro attività professionale. ■

## LE PIÙ COMUNI URGENZE ED EMERGENZE IN UNA UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA

■ di L. Persico \*, P. Boni \*\*, G. Persico \*\*

\* *Primario medico emerito - Ospedale S. Giovanni - Roma.* \*\* *Dirigente medico internista di I° livello - III Divisione medica - Ospedale S. Giovanni - Roma - Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata.*

La distinzione tra urgenze e emergenze e cioè tra i due ordini di fenomeni cui si riferisce il titolo di questo intervento, richiede un breve cenno chiarificatore. L'urgenza è un accadimento patologico ad esordio spesso improvviso, per lo più non grave, che necessita di una pronta diagnosi e di misure terapeutiche immediate, ma che non mostra in genere caratteri di manifesta o rilevante pericolosità e che semmai possiede, talora, solo una pericolosità potenziale (tabella n°1). La colica biliare, ad esempio, rientra nel novero delle urgenze, giacché provoca al paziente grave disagio derivante proprio dagli intensi dolori, i quali, di per sé, non espongono a specifici rischi, ma esigono il rapido impiego di sintomatici per sopprimerli. Lo stesso può dirsi, sempre a titolo di esempio, per una ritenzione acuta di urina o per una crisi ipertensiva. Ma se è vero, come poc'anzi accennato, che per lo più le urgenze non presentano caratteri di immediata pericolosità, quest'ultima, tuttavia, in certi casi può anche sopraggiungere, allorché le urgenze stesse non vengano controllate efficacemente in tempi brevi. Può infatti accadere, ad esempio,

che un attacco di asma cardiaco, se non affrontato con congrua tempestività, finisca per trasformarsi in un edema polmonare acuto con le implicazioni prognostiche che ne derivano; così come può accadere, tanto per farvi un altro esempio, che si sviluppi una encefalopatia iposmolare, allorché, in caso di iponatriemia da emodiluizione, si lasci scendere il tasso ematico del sodio troppo al di sotto delle 120 mmol/L.

L'emergenza, invece, è un evento del pari acuto, la cui causa responsabile va identificata al più presto, ma la cui comparsa, oltre che indurre spesso grave disagio, può mettere a repentaglio l'integrità fisica del malato e talvolta anche la sua vita; motivo per cui è indispensabile non solo un rapido inquadramento diagnostico, ma soprattutto la pronta adozione di misure e terapeutiche in grado di fronteggiare l'evento stesso e di scongiurarne gli effetti più pericolosi.

L'elenco delle principali emergenze con cui può capitare di imbattersi in un reparto di internistica, figura nella tabella N° 2. Da quest'ultima si evince come una parte di tali emergenze siano di appannaggio prevalentemente cardiologico, per

cui ad esse riserveremo solo un accenno, lasciando al cardiologo l'incarico di parlarvene più estesamente.

C'è anche da aggiungere che per alcune delle emergenze, il compito dell'internista si limita in verità al loro tempestivo riconoscimento e alla identificazione delle loro cause, poiché spesso, per affrontarle, è indispensabile il contributo di esperti delle specialità nel cui ambito rientrano. Occorre altresì rilevare che nel corso del tempo ed in specie nell'ultimo decennio, due fondamentali vicende organizzative hanno in qualche misura modificato il profilo epidemiologico, non tanto delle urgenze, quanto piuttosto quello delle emergenze riscontrabili nelle unità di Medicina interna. In primo luogo, la sempre più frequente istituzione di reparti e servizi a carattere specialistico, in cui, dopo il ricovero, vengono accolti i pazienti in base al tipo di affezione che presentano o quanto meno in base al tipo di affezione predominante, giacché, specie negli anziani, è abituale la contemporaneità di malattie della più diversa natura. Indirizzò, questo, che imponendo una preliminare selezione, ha indotto non solo una

sorta di diaspora delle forme morbose in cui eventuali urgenze ed emergenze possono verificarsi, ma ha portato ad uno sfoltimento numerico di tali forme anche attraverso la contemporanea riduzione di recettività dei reparti internistici, i quali oggi si limitano spesso ad ospitare non più di 30-40 malati e talvolta anche meno.

Siamo perciò ormai ben lontani dall'epoca delle famigerate macrodivisioni che accoglievano 70-80 e persino 100 e più pazienti di ogni genere e nelle quali poteva capitare di tutto.

In secondo luogo la nascita ed il crescente sviluppo, ormai verificatosi da tempo nella maggior parte dei principali istituti ospedalieri, dei dipartimenti di emergenza-accettazione, con i loro centri di terapia intensiva, sub-intensiva e di breve monitoraggio. Si tratta, come è noto, di centri dove non solo vengono affrontate le urgenze e le emergenze di coloro che provengono dall'esterno, colpiti da eventi morbosi con le suindicate caratteristiche, ma dove possono essere traslocati anche coloro che entrino in fase critica mentre sono già in corsia. Orbene, anche questa moderna organizzazione operativa, ha in qualche misura ridotto la possibilità di imbattersi negli eventi in esame, giacché l'accurato filtraggio clinico-strumentale effettuato all'ingresso e la stabilizzazione immediata e preliminare, allorché sia realizzabile, di fenomeni morbosi potenzialmente capaci di evolvere verso fasi di pericolosità, sono di certo in grado di limitare l'eventuale improvvisa

Tabella n°1

### PRINCIPALI URGENZE RISCONTRABILI IN UNA UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA

- crisi ipertensive
- asma cardiaco
- certe tachicardie improvvise  
(come ad esempio, fibrillazione atriale, tachicardia sopraventricolare, etc)
- crisi asmatiche bronchiali
- coliche biliari
- coliche renali
- ritenzione acuta di urina
- crisi comiziali
- crisi ipoglicemiche
- chetoacidosi diabetica
- ictus cerebri minori
- cadute al suolo dovute a qualsiasi causa
- trombosi venose profonde
- riacutizzazioni di insufficienza respiratoria cronica di origine broncopneumopatica
- emorragie digestive non gravi
- stati confusionali  
(delirium)
- disordini elettrolitici  
(iponatriemia da emodiluzione, iperpotassiemie, ipopotassiemie, ipercalce-  
mie)

comparsa di urgenze e soprattutto di emergenze, nel successivo regime di ricovero ordinario. Malgrado la restrizione casistica di ordine quantitativo e qualitativo che l'odierna struttura

funzionale ospedaliera attualmente comporta per le unità di internistica, urgenze ed emergenze continuano comunque a verificarsi e a rappresentare un vero e proprio banco di prova del senso clinico dei medici ed in particolare della prontezza del loro giudizio interpretativo e della loro tempestività decisionale.

Come si evince dalle tabelle che vi ho mostrato, molteplici, anche se meno comuni e meno eterogenee di un tempo, sono le circostanze in cui l'internista deve provvedere prontamente. L'analisi delle singole evenienze morbose che vi figurano esula dai compiti e dai limiti di questo breve rapporto. Alla esposizione panoramica di tali evenienze occorre tuttavia aggiungere qualche nota di commento.

In primo luogo, come si è già accennato, almeno per una parte delle urgenze in elenco, il confine che le separa dalle emergenze vere e proprie, non sempre è ben definibile e tutt'altro che invalicabile. Tale confine può modificarsi, infatti, ad opera di diverse variabili, come la tempestività con cui le urgenze si affrontano, la validità dei mezzi che si impiegano per controllarle, nonché il contesto clinico nel quale compaiono. Ad esempio, una fibrillazione atriale insorta all'improvviso, non costituisce in genere un evento drammatico e ad alto rischio, in altre parole, una emergenza, pur richiedendo immediate misure terapeutiche per sopprimerla o per contenerne gli effetti. Ma può tra-



sformarsi in un evento assai pericoloso e cioè assumere i caratteri di una emergenza vera e propria, qualora si affronti con ritardo, specie nel caso in cui la frequenza cardiaca sia molto elevata e soprattutto se la cardiopatia di origine abbia già compromesso, in misura rilevante, la capacità contrattile del muscolo cardiaco.

Rilievi analoghi sulla necessità di un rapido riconoscimento e di un tempestivo ricorso ai farmaci più adatti al bisogno, riguardano anche le crisi ipertensive, giacché specie se cospicue e controllate in ritardo, possono essere sempre capaci di rompere un equilibrio cardiovascolare già in stato di eventuale precarietà e di facilitare così la comparsa di eventi acuti anche molto gravi.

Mutatis mutandis, rilievi del genere valgono non meno per le riacutizzazioni a rapido sviluppo, che per lo più sopravvengono ad opera di processi infettivi intercorrenti, della insufficienza respiratoria da broncopneumopatie croniche ostruttive. Ma d'altra parte non va nemmeno dimenticato come talvolta, malgrado il corretto impegno assistenziale, sia lo stesso evento morboso con cui ci si imbatte, che sfugge al controllo dei mezzi terapeutici ordinari. Può così succedere, ad esempio, che una melena, insorta con i caratteri clinici e di laboratorio propri di un'urgenza diagnostica e terapeutica, per il persistere della emorragia ad onta delle congrue misure curative adottate, evolva verso il quadro di una vera e propria

Tabella n°2

### PRINCIPALI EMERGENZE RISCONTRABILI IN UNA UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA

- infarto miocardico acuto
- edema polmonare acuto
- tachi/bradiaritmie sostenute  
(come ad esempio, tachicardie ventricolari, blocchi atrio-ventricolari di grado elevato, malattia del nodo del seno, etc)
- stati di shock
- arresto cardiaco
- encefalopatia epatica acuta
- ictus cerebri maggiori di origine ischemica o emorragica
- emorragie digestive gravi
- insufficienza renale acuta
- encefalopatia respiratoria
- embolia polmonare
- altre embolie arteriose  
(periferiche e viscerali)

emergenza, tale da richiedere un indilazionabile intervento chirurgico.

Le crisi ipoglicemiche, invece, benché sempre di frequente comparsa, rappresentano oggi un problema di più facile e rapida soluzione, in virtù del più assiduo monitoraggio delle glicemie, effettuabile prontamente al letto del malato con l'ausilio dei glucometri elettronici tascabili, dagli stessi infermieri professionali, che spesso, con l'impiego di sostanze zuccherine, riescono a fronteggiare con successo tali situazioni già prima dell'arrivo del medico. Restano viceversa fonte di grave rischio gli stati di scompenso diabetico, giacché su di essi incombono l'acidosi ed il coma, anche se, grazie alla assiduità dell'odierno monitoraggio glicemico e a meno che non con-

comitino o sopravvengano affezioni aggravanti, è difficile, al giorno d'oggi, che, in corso di degenza, abbiano luogo sviluppi così drammatici.

Qualche parola vale pure la pena di spendere sulle cadute traumatizzanti, tutt'altro che rare in una corsia di internistica. È ovvio che qui si impone l'urgenza di un soccorso tempestivo, oltre che per valutare la entità e la natura del danno eventualmente instauratosi, anche per la scelta delle eventuali misure terapeutiche da adottare nei singoli casi.

Un campo, quello delle cadute, che riguarda principalmente individui anziani, i quali costituiscono oggi la assoluta maggioranza nella popolazione dei ricoverati e che può coinvolgere, oltre all'internista, anche i radiologi, i chirurghi, gli orto-

pedici, gli otoiatri ed i neurologi.

Uno dei compiti più delicati che in tali circostanze l'internista deve assolvere, è quello di stabilire se la caduta ha avuto luogo accidentalmente o se viceversa ha fatto seguito a qualche specifico evento patologico, come, ad esempio, ad un episodio vertiginoso o ad un ictus cerebri con fenomeni paretici od atassici o ad una perdita di coscienza di cui occorrerà poi cercare la causa responsabile.

Una urgenza/emergenza, e come si vede anche qui il limite di demarcazione è sfumato, cui l'internista deve non di rado provvedere in prima persona, è rappresentato dalla encefalopatia epatica acuta, che è di comune riscontro nei cirrotici. Colta sul nascere, non è in genere difficile averne ragione, ma può diventarlo se invece di essere indotta da evenienze di modesto rilievo, come, ad esempio, assunzione clandestina di cibi proteici in misura superiore al consentito, squilibri elettrolitici da inappropriato uso di diuretici, paracentesi evacuative troppo rapide e non adeguatamente compensate da somministrazione di albumina, infezioni intercorrenti, etc., insorge, invece, come complicanza di emorragie intestinali. Eventi, questi ultimi, che spesso fanno seguito alla cosiddetta gastropatia erosivo-congestizia dei cirrotici, in cui fortunatamente le emorragie sono non di rado modeste e controllabili senza grandi difficoltà, ma che possono anche dipendere dalla

rottura di varici esofago-gastriche, in cui la emorragia è assai più cospicua e tale da richiedere immediati tentativi endoscopici di legatura o sclerosi dei vasi venosi che sanguinano, per interrompere un iter che altrimenti può portare al coma epatico e all'obitus.

Altro accadimento che deve far sempre scattare un allarme "rosso", è lo shock che però in una unità operativa di internistica è di insolito riscontro. Talvolta è cardiogeno e può verificarsi, ad esempio, a seguito di tachiaritmie sostenute in pazienti con una cardiomiopatia dilatativa o con una malattia della diastole, oppure, occasionalmente, come conseguenza di un IMA. Talvolta, invece, è ipovolemico e far seguito ad una emorragia gastro-intestinale acuta. Raro, anche se meno inconsueto, è il caso di ipovolemia scioccante da disidratazione, talvolta riscontrabile a causa di una occasionale ma profusa diarrea, in individui anziani, spesso decaduti psichicamente e che proprio a causa della loro condizioni mentali, non sono in grado di allertare con tempestività gli addetti alla assistenza. Né va dimenticato che all'ombra degli stati di shock alligna sempre il rischio di una insufficienza renale acuta, specie se allo shock si affiancano, ciò che spesso accade nelle persone di età avanzata, altre malattie, come diabete mellito, ipertensione arteriosa, arteriosclerosi, etc., in grado, a loro volta, di rendere i reni più vulnerabili agli effetti emodinamici del collasso circolatorio.

Una particolare attenzione va poi sempre rivolta ad un'altra evenienza che è in continuo agguato anche nei reparti di medicina interna e cioè la embolia polmonare. Un evento morboso, questo, per il quale occorre sempre che l'indice di sospetto sia alto e che, ciò malgrado, continua a rimanere spesso indagnosticato e per contro spesso erroneamente chiamato in causa per spiegare accadimenti, in specie terminali, di tutt'altra natura. Le multiforme, insidiose e piuttosto aspecifiche modalità con cui le embolie si manifestano e che possono andare da una improvvisa ed inspiegabile dispnea, associata o no a tachicardia e/o a tosse, oppure da un vago od intenso dolore toracico, fino alla eventuale comparsa di una sincope o di uno shock ostruttivo irreversibile od anche di morte improvvisa allorché la embolia sia massiva, fanno comprendere come a fronte di queste manifestazioni, la diagnosi riesca non di rado a sfuggire o ad aver luogo con ritardo. Ecco perché le circostanze capaci di favorire la possibile insorgenza di episodi embolici vanno sempre tenute nel debito conto, in specie negli anziani allettati a causa di certi processi morbosi, come, ad esempio, un emiplegia od un grave scompenso congestizio di cuore od una malattia neoplastica, tanto per limitarsi ad alcune delle affezioni di più comune riscontro, in grado di complicarsi con lo sviluppo di flebotrombosi emboligene. Nel campo delle embolie polmona-

ri, infatti, oltre che il trattamento, purtroppo non sempre efficace e tempestivo, molto di più può una accorta, sistematica ed intensiva profilassi, che va attuata con la maggiore urgenza possibile e con ogni disponibile mezzo. Condizioni di urgenza e di emergenza possono altresì verificarsi nell'ambito degli ictus cerebrali. Urgenti sono sempre le indagini volte a stabilire la origine ischemica od emorragica dello stroke e le misure terapeutiche con cui affrontare i singoli problemi più immediati che l'ictus di per sé comporta, nonché quelli che derivano dalla eventuale concomitanza di altre malattie. Là dove vi sia un'equipe all'uopo predisposta ed esistano le condizioni cliniche permissivi, anche la trombolisi può far parte dei mezzi terapeutici di tempestivo impiego in chi venga colpito da infarto ischemico. Ciò, tuttavia, almeno da noi avviene di rado, poiché sono ancora poche le "Stroke Unit" in cui si può intervenire con questa metodica, sul rapporto rischio/beneficio della quale, d'altra parte, mancano a tutt'oggi opinioni definitive e concordi. A proposito di misure terapeutiche ordinarie, invece, vale la pena di ribadire la opportunità, in caso di ictus ischemico, di non far scendere, almeno per alcuni giorni, i livelli della pressione arteriosa, qualora essi risultino elevati ma non superino i 220/120 mm di Hg, a meno che non lo richiedano eventi patologici extracerebrali. Una condotta del genere, in accordo con le linee-

guida italiane ed internazionali, ha lo scopo di accrescere il flusso sanguigno nell'area di penombra ischemica che circonda l'area necrotica, con il proposito di ridurne, per quanto possibile, il danno e facilitarne il recupero funzionale. Occorre, d'altra parte, esser cauti nel ridurre i livelli pressorri, anche in caso di emorragia ipertensiva, limitandosi a riportarli, almeno in via provvisoria, sui valori preesistenti all'ictus, poiché pure intorno al focolaio emorragico esistono aree ischemiche a rischio. Uno stato di emergenza può poi sopravvenire allorché, sia in caso di ictus emorragico che ischemico, si sviluppi e si estenda, ciò che accade rapidamente in specie nei primi 2-3 giorni, un edema perilesionale cospicuo.

Quest'ultimo, infatti, espone al rischio di un innalzamento critico della pressione endocranica e quindi al rischio di comparsa di ernie encefaliche spesso fatali. In casi del genere, perciò, è necessario far ricorso immediato all'impiego di mezzi osmoattivi, come il mannitolo, mentre è concordemente sconsigliato l'uso dei cortisonici. C'è da aggiungere che nell'ictus emorragico, può talora anche occorrere un rapido svuotamento chirurgico dell'ematoma, specie se cerebellare.

Un cenno, per concludere, spetta infine al problema dell'arresto cardiaco. Tale emergenza, che è di certo la più temibile, ma che per fortuna è di inconsueto riscontro in una corsia di internistica, è associa-

ta, nell'85% dei casi, alla fibrillazione ventricolare. Qui i tempi sono strettissimi, giacché dopo l'arresto cardio-circolatorio, bastano 10-15 sec. per perdere la coscienza, 1 min. per far cessare l'attività troncoencefalica e 4-6 minuti per lo sviluppo di danni cerebrali irreversibili. Benché chiamati con tempestività, quasi mai i rianimatori istituzionali giungono però in tempo utile, ragione per cui è all'internista che spetta l'immediato tentativo di rianimare il paziente con la percussione precordiale se quest'ultimo non ha ancora perso coscienza, o con un vigoroso massaggio cardiaco al ritmo di una compressione al sec., affiancato dalla assistenza respiratoria, utilizzando a tal fine l'unico mezzo immediatamente disponibile e cioè la respirazione bocca a bocca, diretta o con l'usilio di dispositivi, come ad esempio, la maschera di Laerdal, ed inoltre tentando l'impiego della adrenalina endovena se c'è asistolia. Purtroppo, però, l'insuccesso è comune, motivo per cui, come in numerose altre circostanze patologiche, più che le misure terapeutiche da adottare ad evento già occorso, anche qui valgono le misure preventive, qualora ovviamente esistano indizi in grado di far prevedere la possibile comparsa dell'evento stesso. ■

*(Lezione tenuta da L. Persico il 12/1/2001, al corso di Aggiornamento su "Emergenze mediche in corsia", presso l'Istituto Dermatologico della Immacolata. Roma).*



# LEZIONI DALLA “MUCCA PAZZA”

■ di Giuseppe Visco

*Insegnamento di Malattie Infettive - Ist. di Cardio Chirurgia - Università di Roma “Tor Vergata”*

## ■ Il Rapporto Phillips

Sono stati resi noti lo scorso ottobre, in Gran Bretagna, i risultati della pubblica indagine sull'Encefalopatia Spongiforme Bovina (o BSE, la cosiddetta “mucca pazza”) che era stata affidata, alcuni mesi prima, a Lord Phillips, il Secondo Magistrato di quel Paese.

La notizia, benché riportata dalla stampa quotidiana, non aveva suscitato nell'opinione pubblica mondiale quella reazione emotiva che pur avrebbe meritato e ciò non tanto per le dimensioni dell'epidemia e dell'epizoozia quanto per la dovizie e per l'importanza dei dati contenuti nei 16 volumi della relazione, nonché per le eccezionali novità che, sul piano scientifico, stanno emergendo nel settore.

Ritengo perciò utile, per una breve informativa sullo “stato dell'arte” sulla malattia, di partire - dopo una fugace premessa storica - proprio dal “Rapporto Phillips”.

Oggi sappiamo che la BSE (una malattia degenerativa del SNC che colpisce i bovini al di sopra dei 3 anni, manifestandosi con atassia e alterazioni posturali) era comparsa, per la prima volta nel mondo in UK, negli anni '70. Soltanto nel 1987 ne troviamo però le prime segnalazioni scientifiche, ad opera del patologo-veterinario Gerald Wells e dei suoi collaboratori, mentre di poco tempo dopo è l'ipotesi che quei bovini fossero stati contagiati, per via alimentare, dall'agente responsabile dello “scrapie” degli ovini.

Anche lo **scrapie**, come la BSE è, infatti, una forma di Encefalopatia Spongiforme contagiosa, provocata da un agente patogeno che fu dapprima ritenuto di natura virale e, più tardi, denominato “prione scrapie”. La malattia è enzootica in UK, da almeno due secoli, fra alcune famiglie di pecore, ma senza che si sia verificato alcun danno per gli esseri umani.

Apparve quindi chiaro che la diffusione dell'infezione era avvenuta, in UK, per qualcosa che riguardava l'alimentazione dei bovini. In effetti, il passaggio della barriera di specie era coincisa con l'inizio della cosiddetta operazione MBM: Meat-and-Bone Meal. È questo un procedimento - del resto applicato in tutto il mondo fin dal 1926 - che prevede l'uso anche di interiora di pecora (tra cui anche parti di tessuto nervoso) quali integratori dell'alimentazione dei bovini.

Vale qui la pena di soffermarsi sulla cecità e sull'inerzia degli esperti, di fronte a un'iniziativa così traumatica per gli equilibri ecologici, quale era quella di **trasformare degli animali erbivori in carnivori** (a onor del vero i bovini, per il fatto di essere largamente soggetti ad infestazione da Trichinella, dovrebbero essere considerati come occasionalmente carnivori). Ma, all'epoca, anche in UK si era tranquilli, dato che lo scrapie non era mai stato trasmesso all'uomo, anche quando la carne delle pecore infette era stata, inavvertitamente, ingerita.

A partire dal 1987 l'epizoozia di BSE si diffuse a macchia d'olio in UK (dove, come abbiamo detto, ha portato all'abbattimento di ben 177.390 capi bovini, con un picco massimo di 37.000 animali nel 1993). Fu solo alla fine del 1987 - dopo un periodo in cui le relative informazioni erano state volutamente tenute nascoste dal Ministero dell'Agricoltura inglese - che la Direzione Centrale Veterinaria decise di dare l'allarme, vietando temporaneamente, dal 1988, la MBM. L'anno successivo è stato poi proibito il consumo umano di tutte le interiora bovine e, successivamente, adottate numerose altre misure igieniche rivolte ad arginare il contagio.

Secondo il Rapporto Phillips, la realtà è, però, diversa: pur avendo contribuito largamente alla diffusione dell'EBS, la MBM non è la vera né la sola responsabile del superamento della barriera di specie da parte del “prione scrapie”, fenomeno che è stato, invece, provocato, negli anni '70, da una mutazione genica - forse spontanea - in una mucca inglese, che ha dato origine al “prione bovino”.

La maggiore responsabilità nella diffusione dell'epizoozia sta però, soprattutto, nella nuova normativa adottata negli anni '80 - in UK come altrove - per la produzione delle farine proteiche di origine animale destinate al bestiame. In essa (con finalità “ecologiche”) era stata, fra l'altro, eliminata dal processo lavorativo la fase

di estrazione, recupero ed eliminazione dei solventi chimici, con la conseguenza di produrre farine più ricche di grassi (che facilitano la sopravvivenza dei prioni patologici).

Con le misure adottate dal governo inglese, l'epizootia si è rapidamente ridimensionata in quel Paese. Ciononostante, però, almeno altri 30.000 casi in UK e quasi 500 in Irlanda si sono verificati in bovini nati dopo il 1988 quando, in teoria, non avrebbe dovuto esserci più alcun rischio. Il fenomeno è stato spiegato con la colposa (o dolosa?) negligenza con cui, almeno all'inizio, furono applicate le nuove norme.

Cosa succedeva, nel frattempo, nel resto dell'Europa dove, tra l'86 e il '96, si sono avuti 436 casi di BSE (dei quali 2, nel 1994, in Italia)? In un primo momento era sembrato che la BSE non fosse autoctona al di fuori del Regno Unito, in quanto tutti i casi segnalati in Europa erano in animali importati dall'UK o nutriti con mangime della medesima provenienza.

Negli ultimi anni, però, ci si è resi conto che l'infezione era dilagata in tutta l'Europa, quando sono stati registrati i primi casi di animali nati nel Continente. Questi casi costituiscono però soltanto una piccola parte dei 475 bovini segnalati in Portogallo, dei 365 in Svizzera, 233 in Francia, 19 in Belgio e 16 in Germania. In Italia abbiamo finora circa 10 casi autoctoni (la prima fu la famosa "mucca 103" di Pontevecchio). Di conseguenza, la Comunità Europea ha emanato, nel tempo, una serie di divieti di importazione di prodotti agricoli dall'UK, che sono state poi oggetto di polemiche e proteste. È stato inoltre vietato l'uso, nell'alimentazione umana, di quasi tutte le interiora bovine ed in

particolare del cervello e dei visceri addominali (come le animelle, la "pajata" e la milza cara ai siciliani e ai toscani mentre al momento si salvano trippa e rognoni); nonché delle parti muscolari alle quali aderiscono gangli nervosi spinali come la "bistecca alla fiorentina".

Più di recente, una volta messe a punto metodiche attendibili per accertare la presenza di prioni patologici nel bestiame sulle carni macellate (sostanza cerebrale), sono state dettate le nuove norme che impongono controlli a tappeto sulla nuova malattia.

Ad esempio, in Italia, circa 800.000 bovini di età superiore ai 30 mesi verranno ogni anno controllati, all'atto della macellazione, con il test diagnostico "rapido" (ricerca del prione nel tessuto cerebrale con metodo Western Blot) e successiva conferma istologica della positività. Non esiste, infatti, una risposta sierologica anticorpale all'infezione da prione né ha ancora ottenuto convalida il test *in vivo* per la ricerca del prione sul tessuto tonsillare.

Ci sembra, a questo punto, necessario precisare quanto, fino ad oggi, si sa sulle caratteristiche dei prioni e sulle relative malattie.

### ■ I prioni

Le malattie da prioni (umane ed animali) sono associate, per definizione, all'accumulo patologico nelle cellule nervose della forma anomala di una proteina normalmente presente nella sostanza cerebrale dei mammiferi e che è detta **proteina-prione cellulare (PrP(c))**. Il suo significato non è ancora noto ma il suo ruolo non è, comunque, vitale per la cellula.

La PrP(c) normale è codificata da un gene dell'ospite che, nell'uomo, è situato nel cromosoma 20 (il che

vuol dire che il relativo "piano di costruzione" è programmato in quel cromosoma). Al contrario, la forma anomala PrP(sc) - che dal PrP(c) deriva - ha sempre un significato Patologico.

Ma quale la differenza fra le due forme? Mentre la composizione chimica ("struttura primaria") di questi prioni differisce da una specie all'altra, essa è sempre la stessa (per ciascuna specie) nelle forme normali che patologiche. Ciò che fa diversi i due prioni è la loro conformazione molecolare (c.d. "strutture secondaria e terziaria"), che è prevalentemente **elicoidale** nel cellulare e **laminare** in quello patologico.

Il primo prione patologico è stato scoperto nel 1982 ed è quello dello scrapie, per opera dell'americano S.B. Prusiner (che per questo ha ricevuto il Nobel della Medicina). Successivamente sono stati trovati altri prioni, collegati a rare malattie umane, come la malattia di Creutzfeldt Jacob e l'insonnia fatale e - in veterinaria - le encefalopatie spongiformi del visone, del mulo, del cane, dei felini, dell'alce e di alcuni ungulati esotici: un elenco quanto mai provvisorio, trattandosi di materia in continua evoluzione.

I prioni sono sostanze proteinae e cioè non vere e proprie proteine fra le cui principali proprietà, finora note, troviamo: a) l'assenza, nella loro struttura, di acidi nucleici. I prioni sono, infatti, capaci di moltiplicarsi con un meccanismo diverso dal sistema DNA, che era l'unico, finora noto, per tutta la materia vivente; b) la loro elevata resistenza al calore, al freddo, alle radiazioni (UV e ionizzanti) e ai disinfettanti (come la formalina). I prioni non resistono, invece, ad un corretto autoclavaggio (= alte temperature. +

alte pressioni) né alla soda caustica, che ne scompagina la struttura.

I prioni patogeni si distinguono poi dai normall: a) per il fatto di essere resistenti anche alla digestione da parte degli enzimi (proteasi) delle cellule; b) per il loro potere "infettante". In verità, l'infezione da prioni appare come un fenomeno molto *sui generis*: esso è legato alla loro capacità di ancorarsi e di penetrare poi nelle cellule nervose dell'ospite, interagendo con i prioni normali che vi si trovano, i quali prioni vengono indotti a ripiegarsi continuamente e a dar luogo a nuove forme laminari (in luogo di quelle elicoidali), che si accumulano nelle cellule.

Alla realizzazione di questo obiettivo partecipa però anche l'ospite, con un suo fattore genetico di predisposizione. Sensibili all'attacco del prione patologico sono, infatti, soltanto gli organismi viventi le cui cellule sono dotate di una certa "proteina X", che avrebbe la funzione di "chaperon molecolare". In effetti, la sua mancanza, come avviene in un particolare ceppo di topini, detto KO, rende l'ospite resistente all'infezione.

#### ■ Le malattie da prioni nei mammiferi e nell'uomo

Si pensa che la formazione di prioni patologici nel SNC dei mammiferi colpiti da Encefalopatia Spongiforme Trasmissibile (TSE), possa avvenire in tre circostanze:

- a) nelle forme **ereditarie**, per una mutazione patogena del genoma, che rende il prione normale predisposto a formare aggregati patologici;
- b) in quelle **acquisite**, per inseminazione dei prioni normali da parte di quelli patologici (ed in questo caso si potrebbe parlare di una specie di infezione);

- c) nelle rarissime forme **sporadiche**, per spontanea conversione del prione normale in quello patologico.

In sostanza, la caratteristica di tutte le encefalopatie spongiformi trasmissibili è la presenza di un prione patologico nel tessuto cerebrale, mentre ne viene esclusa la presenza in quello muscolare.

Queste malattie del bestiame erano note fin dagli inizi del XX secolo, per alcune loro particolarità, come la lunghezza del periodo di incubazione (10-20 anni) e il decorso, rapidamente letale.

Nel 1954 Bjorn Sigurdsson, in Islanda, dimostrava la trasmissibilità degli agenti causali (all'epoca ritenuti virus) di due di queste encefalopatie della pecora: il Visna ed il Maedi e, nel 1957, un altro Premio Nobel, Gajdusek individuava per la prima volta una malattia umana, il **kuru**, molto simile a quella degli ovini.

Il **kuru** è una malattia degenerativa progressiva del SNC umano, che si manifesta inizialmente come una forma di neurastenia e si complica più tardi con difetti della memoria, allucinazioni e delirio, concludendosi con uno stato demenziale e con la morte.

La malattia era, all'epoca, endemica negli altopiani della Nuova Guinea, fra le tribù di lingua Fore. Altro merito di Gajdusek è stato quello di aver scoperto che la trasmissione interumana dell'infezione era legata alle pratiche di cannibalismo rituale (ingestione del cervello dei defunti), in uso fra quelle popolazioni prima degli anni '60.

Nel 1959 i veterinari cominciarono a far notare le analogie che legavano il kuru alle encefalopatie degli ovini, ipotizzando cause analoghe per entrambe e, seguendo questo suggerimento, Gajdusek trasmise speri-

mentalmente allo scimpanzé anche il kuru, sempre per inoculazione intracerebrale.

Ed è stato proprio questo brillante studioso ad avanzare l'ipotesi - rivelatasi poi esatta - che questa malattia esotica fosse simile ad una già nota affezione degenerativa del SNC umano: la **Malattia di Creutzfeld-Jacob (CJD)**, diffusa in tutto il mondo ma fino allora considerata come di natura eredo-familiare.

Si tratta di una rara affezione dell'età matura, a comparsa sporadica. Solo negli anni '90 ne è stata, però, spiegata la patogenesi alla luce, da un lato, del nuovo rivoluzionario concetto di prione e dall'altro della dimostrazione, così come avviene per il kuru, della sua trasmissibilità allo scimpanzé, sempre per inoculazione intra-cerebrale.

Nello stesso tempo ci si accorse però che alcuni casi di CJD non erano affatto familiari o sporadici e presentavano invece elementi sospetti per un'origine infettiva, spesso con trasmissione attraverso strumenti chirurgici. Questa forma di CJD è stata perciò chiamata **jatrogenica** e finora fatta risalire alle seguenti manovre:

- a) contaminazione del SNC ad opera di strumenti chirurgici o di aghi da EEG (sterilizzati al calore), precedentemente utilizzati su pazienti affetti da questa malattia;
- b) trapianti di cornea o di meningi (da cadavere);
- c) somministrazione di preparati di ormone ipofisario di origine umana (da cadavere).

Un certo allarme ha recentemente sollevato una segnalazione, proveniente dall'EIRE, dove nel 1998 era stata utilizzata una partita di vaccino antipolio (proveniente dall'UK),

contenente il siero di un donatore di sangue che aveva successivamente manifestato una forma di CJD. La fortissima diluizione (1:63.000) del campione infetto ci lascia tranquilli sul rischio legato a quell'episodio. Si è aperta però la discussione sull'opportunità di utilizzare donatori (di sangue o di organi) residenti da tempo in UK.

In questo campo l'iniziativa del nostro Ministero della Sanità di escludere questi donatori ha suscitato, soprattutto all'estero, qualche polemica - non essendo stato finora mai descritto neanche un caso di CJD di origine trasfusionale - ma rientra nella politica di forte rigore finora adottata nel nostro Paese, che ci consente di guardare con sufficiente tranquillità ai futuri sviluppi dell'epidemia.

Dal 1990, dopo lo scoppio dell'epidemia di BSE è stato chiesto ai neurologi e agli anatomo-patologi inglesi di notificare tutti i casi di CJD (anche solo sospetta) e i risultati dell'iniziativa non si sono fatti attendere: nel giro di 6 anni, sono stati così identificati, in UK, 10 pazienti affetti da una nuova **variante della malattia** il cui numero, nel giro di 4 anni è salito a 86. Al di fuori dei confini britannici, un solo caso è stato osservato in Francia, nel 1996, e mai nessuno in Italia.

Le caratteristiche distintive della vCJD rispetto alla fCJD sembrano, a tutt'oggi, essere le seguenti:

- a) insorgenza in età più precoce, con possibilità di colpire anche gli adolescenti;
- b) quadro clinico in parte diverso;
- c) costante presenza nel SNC, oltre che del prione patologico, di placche amiloidi simili a quelle ritrovate in molti casi di kuru;
- d) assenza, nell'ospite, delle muta-

zioni geniche tipiche della forma familiare ma presenza di un fattore genetico di predisposizione;

- e) frequente, pregressa esposizione al prione della BSE, in assenza di ogni altro fattore di rischio.

Cosa sappiamo finora sulle modalità dell'infezione? Come abbiamo detto, i prioni infettanti sono capaci di penetrare nell'ospite per la via digestiva o per quella transcutanea. La loro prima localizzazione nell'organismo è nelle stazioni linfatiche, da dove raggiungono le vie nervose periferiche percorrendole, per via ascendente, fino al SNC.

Non tutti i "ceppi" prionici hanno la stessa capacità infettante: quando, ad esempio, si ha a che fare con prioni provenienti da specie diverse, il contagio è arduo o addirittura irrealizzabile - e, comunque, a decorso lento o lentissimo - mentre, tra prioni della stessa specie (che sono quindi tra loro identici come composizione chimica) l'incubazione sarà più breve ed il decorso più rapido.

Anche la via d'ingresso condiziona l'incubazione e il decorso: entrambi più brevi in caso di inoculazione nel SNC (sperimentale o jatrogenica) e più lenti in quella per via digestiva.

### ■ Conclusioni

La storia emozionante delle nuove entità patogene, emerse negli ultimi decenni nel campo delle malattie nervose e di quelle infettive (non dimentichiamo i retrovirus), merita qualche riflessione.

In primo luogo essa ribadisce i limiti del nostro sapere anche in un campo, come quello delle malattie infettive, dove si pensava di conoscere quasi tutto.

Con la comparsa di questo nuovo mondo di agenti patogeni, che sono

al limite tra la sostanza vivente e quella inanimata, si apre oggi davanti a noi un vasto orizzonte di studi e di conoscenze, che saranno di grande aiuto per il progresso dell'umanità.

Basti pensare ai rapporti fra le malattie da prioni e quelle, in qualche modo avvicinabili ma molto più frequenti, che sono ancora in cerca del loro agente causale, come il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson e l'amiloidosi.

Ma oltre all'invito all'autocritica ed allo stimolo a non abbassare la guardia, cercando invece di estendere al massimo i limiti del sapere e di applicare conseguentemente le più rigorose norme preventive (il che non sempre è stato fatto, persino in Paesi di grande senso civico), altre ammonizioni ci vengono dalla "mucca pazza". Dobbiamo infatti riconoscere che l'episodio della "mucca pazza" rappresenta una grave sconfitta per gli uomini di scienza i quali, nel momento in cui non si sono opposti - lo scandalo appartiene al Regno Unito ma sarebbe potuto accadere anche da noi - a scelte, quali l'aver forzato la natura, rivoluzionando l'alimentazione del bestiame e riducendo le misure di sicurezza, o l'aver tenuto sotto silenzio in UK per quasi un anno le informazioni sul dilagare dell'epizoozia da BSE, hanno purtroppo derogato dal loro ruolo di "consiglieri tecnici" della classe politica. È questa, in verità, la lezione più importante da apprendere dalla "mucca pazza": contro ogni evidenza scientifica, in questa occasione sono stati esercitati gravi e pericolosi "poteri" politici, rappresentati da un lato da violenze ecologiche e dall'altro da censure su informazioni che nessuno aveva il diritto di tener segrete.

E oltretutto, si è trattato di scelte che si sono poi rivelate del tutto fallimentari! ■



# LA TRE GIORNI DI CERNOBBIO. OUVERTURE SULLA SANITÀ FUTURA

■ di Giorgio De Simone

*Dirigente Medico Az. Sanitaria S. Camillo Forlanini - Membro dell'Esecutivo della SMORRL - Segretario della FESMO*

**L'**appuntamento, denso di promesse e di suggestioni, ha costituito una occasione di approfondimento e di confronto invero significativa sugli scenari del presente e su quanto è chiamato a preparare l'adeguamento culturale, metodologico e strutturale della Sanità del nostro Paese.

La sfida, coniugare la quotidianità delle difficoltà con un cambiamento di concettualità, "dalla sanità alla salute", misurandone l'efficacia sul terreno della ricerca, dell'educazione continua, delle iniziative di vario segno finalizzate al sistema salute.

Tre giorni pertanto di *full immersion* su problematiche irrisolte o in itinere, per delineare necessità, percorsi, soluzioni possibili.

È apparso pertanto coerente con il modello proposto, esordire con una riflessione sullo stato delle cose, registrando:

**a) la cronicità della patologia della spesa**, tale per il trascinarsi di deficit antichi (in qualche misura riequilibrati dell'intesa Stato-Regioni tra l'agosto del 2000 ed il febbraio del corrente anno), per lo sfondamento della spesa farmaceutica (previsto per il 2001 nella misura di circa 4.800 miliardi), per la necessità di investimenti reclamati da una politica della ricerca oggettivamente insufficiente in termini di risorse e di fruibilità, così come dalla esigenza di avviare il recupero del gap forma-

tivo e di ammodernare in rete i servizi sanitari e sociali in chiave di indispensabile integrazione;

**b) una nuova domanda di ricerca, tanto biomedica, quanto sanitaria**, orientata sui problemi emergenti e per converso una offerta ancora inadeguata per respiro ed organicità, rispetto al crescere dei bisogni;

**c) lo stato di sofferenza delle aziende sanitarie** (per deficit di risorse, certo, ma anche di incompiuto processo normativo e mancata innovazione strutturale ed informatica) e, per altri versi, dei soggetti che interagiscono nel sanitario e nel sociale, volendosi con ciò far riferimento al mondo del privato (ivi incluso quello industriale in senso lato e quello del volontariato), per la mancanza di incrocio delle politiche e di incardinamento pertanto di ruolo nell'articolazione della offerta assistenziale e delle opzioni possibili.

Questi i dati di fondo di riferimento, tenuto conto che la salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo che la speranza di salute è più importante della speranza di vita, come afferma la WHO, che la ricerca promette di ampliare sempre più la capacità della medicina predittiva e gli orizzonti di cura come di guarigione, che l'E.C.M. può costituire un fondamentale strumento di crescita e/o di riqualificazione di tutto il personale che opera nel sanitario e nel sociale, che il lievitare dell'impe-

gno progettuale e delle iniziative fattuali, configura un naturale terreno di connessione con il mondo della ricerca e della formazione, con tutti i vantaggi che possono derivarne in termini di ricaduta assistenziale, quanto ad appropriatezza delle cure, qualità percepita e consolidamento quindi di un patto di alleanza con i cittadini.

La premessa, corretta nell'approccio metodologico, ha dato il là alla **prima giornata centrata sul tema della ricerca**, introdotta dal ministro Veronesi, che ha efficacemente tratteggiato i progetti impostati (Salute mentale - BSE - Malattie infettive - Imaging - Cellule staminali - Anziani - Progetti eccellenti ivi inclusi 14 progetti concernenti le applicazioni di linee guida), sottolineato l'impegno di adeguare i finanziamenti, ad oggi fissati in 500 miliardi, per 2/3 assegnati agli Istituti di ricerca scientifica. Tra gli spunti più significativi offerti dagli interventi succedutisi sembra opportuno evidenziare:

- **quanto ricordato dal rappresentante dell'OMS** circa le nuove frontiere della ricerca, da raccordare a determinanti genetici, sociali ed economici della salute, con fruibilità diffusa per i 196 milioni di abitanti dei 51 paesi europei, la illustrazione dell'impegno della commissione sanitaria della comunità Europea, tradottosi da 17 anni e questa parte attraverso il varo ed il finanziamento di programmi-quadro, di cui il



5°, in essere, per l'ammontare di circa 15 miliardi di euro, include il programma qualità della vita;

- **l'accento posto dal Prof. Geraci, neoresponsabile dell'Istituto Superiore di Sanità**, sul rilancio di attività attraverso il progetto genoma (impegnati 140 miliardi) ed il progetto neuroscienze, approvati dal CIPE per cui nel corrente mese saranno pubblicati i relativi bandi, auspicando l'ingresso nel mondo della ricerca di nuovi soggetti e l'incremento di investimenti privati, attualmente, non solo in sanità al di sotto di altri paesi europei (Finlandia 85% - Germania 75% - Italia 50%);
- il contributo di dati e di proposte del mondo industriale in ordine alla esternalizzazione della ricerca (nel 2000 l'investimento extramurale è stato pari al 35% della ricerca farmaceutica), alla capacità manifestata di attrarre risorse da multinazionali e di cimentarsi nel SSN e sul SSN (banche dati, organizzazione del sistema, razionalizzazione dei fattori produttivi, tecnologia, il tutto in collaborazione con la FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere), alla esigenza di dinamizzare il sistema con norme certe e snelle e flessibilità del mercato del lavoro;
- **le esperienze rappresentate dalle regioni ex art. 12 della 502/92**, centrate su temi di più spiccata rilevanza territoriale o su modelli da trasferire in altre realtà regionali, esperienze che hanno coinvolto in molti casi più regioni, aziende territoriali ed ospedaliere, università, organizzazioni private, ottenendo, pur nella ristrettezza dei fondi, significativi finanziamenti ministeriali;
- la necessità rappresentata da autorevoli esponenti del ministero della sanità di aprire la ricerca ad una

pluralità di soggetti, oltre quindi i destinatari istituzionali del fondo, pari all' 1% del FSN (IRCCS, IZP, ISS, ISPEL, Regioni), di ricondurre la valutazione dei progetti ad un solo ambito, la Commissione unica cioè per la ricerca biomedica e per la ricerca sanitaria, di risolvere le incertezze ancora presenti in chiave normativa nella collaborazione pubblico-privato, attraverso ad esempio S.r.l., S.p.A., Fondazioni per pubblico interesse, già sperimentate in altre realtà europee, stabilizzando il percorso proposto dalla 502/92, ripreso dall'art.9 bis della 229, percorso rispetto al quale gli artt. 20 e 59 della finanziaria hanno cercato di dare positivi contributi;

- **l'opportunità infine, richiamata da più voci**, di superare la logica del mercato protetto, di individuare comunque protocolli di riordino dei processi, di investire con la consapevolezza che agli costi alti iniziali di innovazione potranno seguire costi bassi di esercizio e migliori risultati.

**L'E.C.M., che ha tenuto banco la giornata di martedì 10 aprile**, di cui peraltro aspetti di presa più immediata sono contenuti in un inserto pubblicato dal Sole 24 ore, è stata individuata come risorsa strategica per la Sanità di prospettiva, rappresentando ad un tempo un fondamentale elemento di motivazione ed un anello essenziale nella condivisibilità dei fini e degli strumenti.

La fase del censimento del fenomeno, propedeutica al dispiegarsi della formazione permanente a regime per circa 900.000 unità comprensiva di medici e non medici, con i caratteri di una formazione mirata, obbligatoria, misurata e con i fini

di adeguare il sapere, il fare e l'essere, può ormai dirsi conclusa.

Ne è emerso un panorama connotato da:

- oltre 8.000 proposte formative,
- 2.400 providers (in prevalenza appartenenti alle voci "altri", quali providers per così dire non tradizionalmente attesi),
- primato delle case farmaceutiche nella iscrizione degli eventi, a fronte ad esempio delle università che occupano il quarto posto nella relativa classifica,
- carenza di offerta formativa per quel che concerne la diagnostica e la sanità pubblica (rispettivamente penultima ed ultima nella speciale graduatoria, prima essendo risultata la medicina ed - in tale ambito - la cardiologia),
- percentuale del 5% per quel che concerne la formazione a distanza,
- gratuità di 3.400 eventi,
- attribuzione in corso dei crediti ancorché, come noto, fruibili nell'attuale fase sperimentale a fini curriculari, ma non per la costituzione del monte crediti da acquisire obbligatoriamente nel triennio.

La enunciazione di alcuni provvedimenti presi dalla commissione (esclusione delle case farmaceutiche e delle regioni quali providers) e delle linee che ne orienteranno nell'immediato l'azione (è in corso di definizione tra l'altro il cartello degli esperti) ed i chiarimenti forniti a richiesta del vasto uditorio presente, hanno concluso la presentazione mattutina dell'E.C.M., offrendo al dibattito ed alla tavola rotonda pomeridiana ampia materia di discussione.

Ferma infatti restando la griglia di valutazione costituita:

- a) dal peso del promotore (definito dal suo carattere istituzionale o

- no, dalla capacità formativa dell'area e dalla cadenza di attività),
- b) dalla tipologia dell'evento,
- c) dagli obiettivi della manifestazione,
- d) dalla rilevanza del relatore e dei docenti,
- e) dal metodo dell'insegnamento, ivi incluso o meno l'utilizzo di lingua straniera,
- f) dal numero di ore di attività formativa,
- g) dalla consegna o meno di materiale didattico,
- h) dalle verifiche di presenza effettiva, di qualità percepita e di apprendimento,
- i) dall'entità della collaborazione dei proponenti con la commissione,
- j) dalle fonti di finanziamento pena la non accreditabilità in caso di conflitto di interessi,

l'orientamento dichiarato ha significato la volontà di privilegiare eventi che coniughino qualità, temi al più largo interesse, utili alla diffusione della informazione, la formazione aziendale intensiva, la formazione a distanza, di cui si sta delineando la fisionomia, di includere nell'alveo delle proposte formative attinenti le 53 specialità riconosciute a livello europeo e la medicina di base, il management gestionale, di riconoscere la formazione effettuata in altri paesi della Unione Europea, prevedendosi per quel che concerne paesi non dell'Unione Europea accordi "mediati", raggiunti di volta in volta, di verificare, attraverso personale addestrato, la ortodossia complessiva degli eventi, con il rischio di esclusione dell'evento formativo.

Molte le voci levatesi con l'intento di correggere o di consigliare, le più indicative tese a riequilibrare il rapporto tra formazione teorica e formazione applicata, a perseguire l'obiettivo del governo clinico delle aziende e quindi

dell'essere, a valorizzare l'azienda ospedaliera, primo intercettore della necessità dei cittadini, dei servizi e dei dirigenti, quale promotore e provider in un intelligente rapporto di rete con il territorio, ad evitare in l'eccesso di centralizzazione e la esclusione delle rappresentanze istituzionali della professione dai processi di accreditamento (in entrambi i casi in modo difforme da una diversa, diffusa realtà europea), ad assicurare anche frequentazioni all'estero per chi riveste funzioni di più delicato rilievo, a ripartire la formazione tra temi di base, temi per profilo professionale, temi di specifico interesse in periferia, temi di interesse del singolo professionista, a contemplare crediti per responsabili e relatori degli eventi formativi, ad affrontare il problema dei costi vuoi vincolando fondi del P.S.N. e del P.S.R. coerentemente al finanziamento in atto in altre realtà europee, vuoi consentendo, come in questi, la deducibilità delle spese, orientativamente previste per il medico in circa 10.000.000 nel triennio, ultimo, ma evidentemente non ultimo, ad integrare la commissione nazionale, magari rendendo pubblici gli aspiranti, riconoscendo pari dignità di accesso agli eventi titolo, a cominciare dal mondo ospedaliero.

**La giornata di mercoledì 11 aprile**, che ha concluso la tre giorni, ha tratteggiato segmenti del percorso "dalla sanità alla salute", ponendo l'accento su quanto di più significativo converge verso il fine, coerente con il passaggio del *Welfare State* al *Welfare Community*.

Inaugurata dalla presentazione del portale del ministero della Sanità sulla promozione della salute, con l'obiettivo di far dialogare soggetti e sistemi e di migliorare i punti critici, individuati nel secondo rapporto EURISKO sulla qualità percepita

(tempo, modalità di relazione, informazione), si è snodata attraverso passaggi chiave che hanno toccato il ruolo del terzo settore, il problema delle cure palliative e delle terapie del dolore, quello dei gruppi marginali, le iniziative intraprese dalle regioni, le innovazioni tecnologiche al servizio della salute. Le testimonianze e le prospettive del volontariato, intercettore delle emergenze sociali e catalizzatore di vecchie e nuove povertà tra cui quelle immateriali, il potenziamento degli hospice e delle unità di cure palliative in termini formativi (comunicazione, antropologia, etica), di personale (previsti un fabbisogno di circa 500 medici e 2.500 infermieri professionali ed il coinvolgimento di 30-40 mila medici di famiglia), di facilitazioni prescrittive, la destinazione di percentuali di fondo tra il 3% ed il 5% per la prevenzione pur nella insufficienza delle risorse, i progetti regionali in tema di nefropatie croniche (Basilicata), rete oncologica (Piemonte), morbo di Alzheimer (Lazio), modelli di ricerca (Molise), la proposta della Toscana di incentivare le Aziende Sanitarie che promuovono salute, vanno salutate certo positivamente, pur sottolineando la crisi fiscale della politica sociale, la necessità di migliorare la impostazione strategica ed i raccordi, di facilitare, come dire, una devolution dal basso riducendo il peso dello Stato, di varare un Piano nazionale di Information Technology di orientamento e supporto alle Regioni, secondo quanto positivamente sperimentato in Gran Bretagna, Olanda, Germania e nei paesi nordici, con ciò adeguando la spesa per le tecnologie alle percentuali di fondo dei paesi più avanzati.

Un commento a sé meritano la presentazione del nuovo modello di ospedale progettato da Renzo

## APPUNTAMENTI

Piano ed il piano di e-government approvato nel giugno 2000 dal Consiglio dei Ministri.

La soluzione proposta per sostituire nel tempo ospedali obsoleti, appare certamente di grande interesse e già più regioni hanno chiesto di partecipare al finanziamento del progetto, previsto per un ammontare di circa 350 miliardi, comprensivi di attrezzature, con tempi tecnici orientativi di realizzazione di 18 mesi. Il modello prescelto contempla infatti la allocazione per una estensione di 12-15 ettari in zone periferiche da riqualificare, tali comunque da assicurare la sicurezza del sito anche in relazione alle esigenze della protezione civile e la integrazione con la città per un bacino di riferimento ottimale di 250.000 abitanti.

La struttura, attraversata da un viale urbano (Main Street) di circa 200 metri che ne costituisce la spina dorsale e ne assicura la piena integrazione con la città, articolata su 4 piani, (l'interrato, vero cuore tecnologico, con spazi flessibili, il piano terra destinato all'accoglienza, il primo piano ove sono situati DH, ambulatori, degenze e spazi alberghieri, il secondo piano, con 20 camere operatorie 6 sale parto e 6 Day Surgery, per le funzioni terapeutiche più rilevanti, l'ultimo piano con studi medici, laboratori analisi e degenze) prevede un numero di 400-450 posti letto, 18 di terapia intensiva 20 di astanteria, 74 di DH, 104 di bassa intensità, 221 di alta intensità, con una previsione di vita di circa 25 anni assicurata in particolare dalla flessibilità delle sue soluzioni tecnologiche.

Quanto al piano di e-government, studiato per consentire al cittadino tramite carta elettronica la formulazione di qualsivoglia richiesta e l'ottenimento di risposta garantita dalla messa in rete delle amministrazioni, prevede l'efficacia probatoria del

documento informatico e la legalizzazione della firma digitale ex L. 59/97.

Un obiettivo quindi che assicurerà a regime servizi di trasporto sicuro, di autenticazione, di interoperabilità, di messaggistica e notifica eventi.

Questa l'abbondante messe di informazioni che deve poter stimolare riflessioni consapevoli e tempestività di prese di posizione.

Al di là infatti degli esercizi di dietrologia e di disincanti, è sembrata prevalere la percezione di più punti di non ritorno, incalzata dai tempi della globalizzazione e da nuove emergenze.

Un paese come l'Italia che deve alla risorsa delle capacità del personale

sanitario, a cominciare da quello medico, il credito attribuitogli all'estero in materia di sanità e che si è sostanzialmente autogovernato nell'arco degli ultimi anni, aspira ad aperture di credito non virtuali.

Il riconoscerle, è atto di responsabilità istituzionale, politica, civile. ■

**SI INFORMANO I SOCI  
DOCENTI CHE LA SEGRETERIA  
DELLA SCUOLA SI È TRASFERITA  
PRESSO IL CORTILE DEI FRATI  
DEL COMPLESSO OSPEDALIERO  
SANTO SPIRITO IN SASSIA**



### AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

#### COORDINATORI DIMISSIONARI:

POLICLINICO CASILINO	Dr. Severino Montefusco
OSPEDALE G.B. GRASSI	Dr. Mauro Santero
OSPEDALE CIVILE DI FRASCATI	Dr. Elio D'Agostino

### ■ SCADENZE DI SEGRETERIA ■

**31 luglio:**

**PRESENTAZIONE VERBALI DEI CORSI SEMESTRALI A.A. 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

#### 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:   | F. Condò, 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   |