



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

SOMMARIO

ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 4** La diagnosi clinica delle metastasi scheletriche
• di Roberto Picardi
- 6** Nuovi compiti per l'Ospedale "L. Spallanzani"
• di Giuseppe Visco

APPUNTAMENTI

- 8** Tavola rotonda: "Il ruolo dell'Ospedale nella didattica per la formazione permanente del medico e per la formazione degli specializzandi"

AGENDA DELLA SCUOLA

- 12** - Aggiornamento all'Elenco dei Coordinatori di ospedale: nuove nomine
- Scadenze di segreteria
- Calendario elettorale ed adempimenti dei Soci

CONVOCAZIONE

ASSEMBLEA GENERALE
ORDINARIA DEI SOCI
DOCENTI PER LA
DESIGNAZIONE DEL
CONSIGLIO DIRETTIVO
DELLA SCUOLA PER IL
TRIENNIO 1996/1999

25 GIUGNO

DALLE ORE 8,00 ALLE ORE 19,00



SEDE: ACCADEMIA LANCISIANA
BORGO S. SPIRITO, 3 - ROMA

TEMPO DI BILANCI E DI PROGRAMMI

Il Consiglio Direttivo uscente.

Siamo al compimento del terzo anno del mandato affidatoci nel 1993 e a fine giugno ci sarà il rinnovo delle cariche direttive della Scuola.

È doveroso che il Presidente, a nome dell'intero Consiglio Direttivo, rivolga il suo saluto ai Soci con una sintesi delle cose fatte ed uno sguardo a quelle ancora da fare.

Per il riepilogo è sufficiente rian dare alla relazione morale con la quale si è chiuso il bilancio 1995. In quella occasione (Assemblea ordinaria dei Soci Docenti del 28 marzo u.s.), il Presidente ha manifestato il proprio compiacimento per i risultati conseguiti non soltanto nel corso del 1995, ma più in generale, nei tre anni di mandato di questo Direttivo nato in acque agitate, ma via via risorgente ad un rigore operativo in crescendo, grazie al contributo di tutti i Consiglieri vecchi e nuovi, se si eccettuano rarissime eccezioni che non hanno inciso in misura rilevante sul ruolino di marcia della Scuola. Riassumendo quanto fu esposto allora, possiamo dire che il primo anno è stato dedicato ad una ristrutturazione del comparto amministrativo, allo scopo di renderlo sempre più effi-

ciente, grazie anche all'impiego di moderne metodiche di lavoro. Il secondo anno si è caratterizzato per un rigoroso censimento del materiale didattico di proprietà della SMORRL assegnato nel corso degli ultimi anni ai vari Ospedali regionali ed in parte non trascurabile disperso o fuori uso.

Tale indagine ha provocato inevitabili ritardi, ma quest'anno ha permesso di procedere in modo organico e razionale a nuove e più consistenti assegnazioni di mezzi, responsabilizzando i coordinatori di ospedale e gli assegnatari dei beni stessi.

Quanto all'attività didattica che costituisce il vero fine della Scuola, il Presidente ha comunicato alcuni dati relativi all'attività della Scuola che, nell'anno 1995-96, si è svolta in 83 presidi ospedalieri della Regione, con 819 corsi semestrali a carattere teorico-pratico o esclusivamente pratico e con un corpo insegnante di 1464 docenti. Il numero complessivo degli iscritti è stato di 3069 unità.

Estremamente positivo il rendiconto dei corsi biennali: nonostante l'incremento del 25% della relativa quota di iscrizione, sono stati attivati 24 corsi (contro i 18 dell'anno

precedente), con un numero di 409 iscritti (di fronte ai 264 dell'anno precedente) e con un corpo docente di circa 700 unità.

Per sostenere l'attività didattica, è stata condotta una campagna pubblicitaria dei corsi della Scuola con comunicati stampa presso le più diffuse testate e presso la stampa specialistica. Sempre nell'intento di migliorare tale attività è stata anche svolta una indagine statistica con il compito di evidenziare l'andamento del numero degli iscritti e dei corsi e le loro possibili relazioni negli ultimi cinque anni accademici (1990/1995).

Con questa iniziativa si sono volute porre le basi per realizzare una più severa selezione dei corsi stessi, valorizzando quelli più frequentati e cercando di eliminare il fenomeno dei corsi con uno o due soli iscritti.

Il terzo ed ultimo anno è stato dedicato a rendere più visibile il ruolo e le funzioni della Scuola anche con l'organizzazione di riunioni congressuali presso i vari presidi ospedalieri, al centro e in provincia.

Ricordiamo il convegno su "L'Azienda ospedaliera e l'anziano" presso l'ospedale San Camillo, il convegno sulla Gastroenterologia presso l'ospedale di Viterbo ed il convegno sulla psichiatria forense presso l'ospedale Psichiatrico S. Maria della Pietà.

Di grande importanza il convegno di Formia del 27 maggio 1995 che ha attivato l'interesse dell'Azienda USL di Latina e dell'Ordine dei Medici di quest'ultima, verso un programma didattico su la formazione del docente e sulla responsabilità legale del medico, da attuare in collaborazione con la nostra Scuola. Si sta altresì lavorando da alcuni mesi alla realizzazione di

una Tavola rotonda, presso la redazione del Medico d'Italia, sul tema della formazione permanente del medico e sul ruolo degli ospedali nel programma didattico delle specializzazioni.

Alla Tavola rotonda sono stati invitati a partecipare tutti gli interlocutori istituzionali interessati a riorganizzare l'offerta didattica nella nostra Regione (Ordini dei Medici, Università, Assessorato alla Sanità) e, nonostante gli ostacoli e i ritardi legati al particolare momento politico, l'iniziativa è prossima alla conclusione, tanto che si spera di realizzarla prima dell'estate.

Le cerimonie tenutesi in occasione delle conclusioni del 2° Corso biennale in Ortodonzia e del 1° Corso biennale in Gestione Ospedaliera, hanno costituito, infine, iniziative di successo per la didattica e l'immagine della Scuola.

Tra gli impegni futuri più vicini e prima del rinnovo del Consiglio Direttivo: una manifestazione presso il Policlinico Militare Celio per accogliere il contributo della sanità militare nella didattica ospedaliera.

Tra le varie iniziative della Scuola, è da ricordare l'attiva partecipazione alla manifestazione per il 40° anniversario dell'Ente Settimana Medica degli Ospedali, che ha visto riunite le tre associazioni, Scuola Medica, Accademia Lancisiana ed ESMO, deputate all'insegnamento ospedaliero.

Per quanto riguarda l'attività delle Commissioni, con le quali il Consiglio Direttivo all'inizio del suo mandato ha suddiviso i suoi compiti, particolarmente operosa si è dimostrata quella dei Coordinatori di Ospedale, il cui responsabile si è generosamente impegnato per un rinnovo generale dei quadri,



■ *La zona di S. Spirito e di Castel S. Angelo, Roma, da un'incisione di A. Tempesta (1593).*

con chiari riflessi sul dinamismo e sugli indici di attività in periferia. Di grande rilievo anche l'attività della Commissione editoriale che ha curato la pubblicazione dei primi quattro numeri del Bollettino, rinnovato nella veste tipografica e nei contenuti, ed ha curato la pubblicazione dei "Quaderni", supplemento quadrimestrale al Bollettino, a contenuto monotematico, con la scelta delle lezioni più significative dei Corsi biennali della SMORRL.

Sono già stati pubblicati i primi due Quaderni dedicati rispettivamente alla Cardiologia ed alla Nefrologia.

Attiva anche la Commissione per la Didattica alla quale spetta il compito di supervisionare le proposte dei nuovi corsi che si vanno sempre più caratterizzando per i loro contenuti altamente specialistici (in particolare i corsi biennali).

Non altrettanto costruttiva è risultata invece l'attività delle altre Commissioni (rapporti con Università e altri Enti pubblici e privati, rapporti con le altre Scuole Mediche) sostanzialmente per la precarietà delle varie situazioni politi-

che a livello nazionale e locale. Probabilmente molte altre cose si sarebbero potute fare e di quelle fatte alcune potevano essere realizzate meglio. Importante è che la Scuola abbia dato segni concreti di risveglio e abbia dato ampi segnali di non voler pigramente rimanere ai nastri di partenza.

L'impegno futuro sarà quello di approfondire i settori già individuati ed in gran parte sviluppati, aggiungendo nuovi strumenti utili che possano fare della Scuola quell'autorevole interlocutore sul piano culturale e sociale della Regione e delle sue Istituzioni periferiche (Aziende, USL, Ospedali), per una proficua ed ottimizzata programmazione d'insegnamento e formazione professionale della classe medica, da realizzare in condizioni ideali di collaborazione con Università ed altri organi didattici.

Il Consiglio Direttivo uscente ritiene che nel prossimo futuro, per continuare l'opera di miglioramento e di potenziamento della Scuola, occorrerà attivarsi al massimo per il raggiungimento di fini ben precisi.

1. Prima esigenza diffusamente sentita dai soci docenti e dalla popolazione dei discenti è quella di migliorare la qualità dei corsi, sensibilizzando, controllando e valorizzando i responsabili, in particolare quelli dei corsi pratici e teorico-pratici tri e semestrali. Un'operazione del genere richiederà la partecipazione attiva dei consiglieri e dei coordinatori d'ospedale.

2. Si ritiene molto utile, anche a tal fine, la creazione di aree specialistiche alle quali affidare il compito di valutare e scegliere gli insegnamenti e altre manifestazioni in cui la Scuola è propositrice e collaboratrice.

3. I livelli dell'insegnamento e delle attività professionalizzanti vanno potenziati con materiale didattico adeguato al grado di aggiornamento scientifico e tecnologico dei Corsi (audio-visivi, set di diapositive create da esperti in campo nazionale ed internazionale, modelli per didattica simulata ed esercitazioni pratiche, etc.), specificatamente di quelli biennali. Alcuni di questi, come i corsi gestionali o di management, richiedono fra l'altro l'incarico di insegnamento a esperti estranei alla Scuola.

4. Corsi di formazione continua da elaborare ed attuare su proposta delle varie Aziende ospedaliere e in accordo con i vari Ordini dei Medici (iniziativa portata già a buon punto sia a Latina che a Viterbo).

5. Interventi unitari di impegno metodologico e di complementarietà tecnico-professionale per quella didattica specialistica che vede impegnata, accanto alla componente Universitaria, anche quella ospedaliera. A questo proposito, in altra parte del Bollettino viene pubblicato il testo del progetto che la Scuola ha già elaborato ed ultimato per un confronto con le Facoltà Mediche, gli Ordini dei Medici delle province laziali ed i responsabili della Regione Lazio.

6. Altro scopo del futuro Direttivo è porre mano alla sistemazione di una sede adeguata allo sviluppo della Scuola, visti i reiterati ed infruttuosi tentativi presso le Autorità Aziendali di S. Spirito per ottenere un ambiente da destinare alla Presidenza rendendola così fisiologicamente unita all'Ufficio di Segreteria, da tempo collocato presso il Palazzo del Commendatore del S. Spirito.

7. Occorrerà potenziare ulteriormente l'esercizio amministrativo della Scuola, adottando una serie di innovazioni che diminuiscano i tempi di impiego del personale e di attesa per il pubblico (fra cui l'attivazione di uno sportello self-service per il rilascio dei documenti nonché di informazioni sui corsi), così come occorrerà attivare una biblioteca informatizzata che raccolga il Bollettino ed i Quaderni SMORRL, Dispense e Monografie, pubblicazioni legislative, lavori di segreteria.

8. Accanto a questi obiettivi, volti a migliorare la operatività della Scuola e a snellirne alcuni movimenti e iniziative che nel passato sono stati ostacolati da norme ormai lontane dalle esigenze più moderne, il Direttivo dovrà impegnarsi nella elaborazione e nel varo di un nuovo Statuto.

9. Da ultimo, occorrerà reiterare i tentativi di riunire le Scuole Mediche Ospedaliere già esistenti su una base federativa che dia presenza e spessore a tutte le iniziative riguardanti l'insegnamento ospedaliero. È auspicabile, inoltre, che le Scuole già esistenti si attivino per favorire la creazione di altre Scuole, allo scopo di rafforzare quella componente ospedaliera, già da tempo chiamata ad una collaborazione tutt'altro che simbolica con l'Università nella formazione degli specialisti.

In conclusione, si tratta di un programma che è di certo ambizioso e che, sebbene già avviato, richiederà, tuttavia, per la sua completa attuazione, un dispendio assai cospicuo di energie ed un impegno pieno da parte di coloro cui spetterà, nei prossimi tre anni, il compito di rappresentare la nostra Scuola. ■

LA DIAGNOSI CLINICA DELLE METASTASI SCHELETRICHE

■ di Roberto Picardi

L ■ **Premessa**
a scoperta di metastasi scheletriche è determinante nella gestione dei malati portatori di già note o solo sospette malattie neoplastiche, sia quando queste sono allo stadio iniziale ed anche nel follow-up terapeutico.

Posta la diagnosi di metastatizzazione ossea non bisogna fermarsi e tantomeno alzare le braccia; infatti, è importante analizzare il quadro clinico di presentazione nel modo più completo possibile per arrivare ad un giudizio prognostico ed alla valutazione della più adeguata terapia medica e/o chirurgica da eseguire.

■ Considerazioni sulla metodologia di studio

Ben noto è il valore della scintigrafia scheletrica nello screening per svelare le metastasi ossee, metodo indiscutibilmente più sensibile rispetto ad una radiografia panoramica. Quest'ultima metodica, in rapporto alla bassa sensibilità diagnostica, dovrebbe essere eliminata. Al contrario, la indagine radiologica, convenzionale o con TC, diventa importante per valutare le lesioni focali già scoperte scintigraficamente, al fine di confermare la diagnosi già sospettata di tumore primitivo o metastatico oppure per dare un contributo nella diagnosi differenziale con altre lesioni non tumorali, ad esempio: infezioni, tumori benigni, di-

splasia fibrosa, "isole" ossee. La distinzione, molto spesso difficile, tra lesione ossea benigna o maligna è, infatti, il primo passo diagnostico da fare.

Le metastasi ossee sono i più comuni tumori maligni delle ossa.

La localizzazione ossea delle metastasi si realizza, come è ben noto, per via ematica o linfatica o per aggressione diretta in seguito alla estensione del tumore primitivo.

I tumori primitivi che metastatizzano le ossa, spesso in maniera elettiva, sono i carcinomi di: mammella, polmone, prostata, reni e tiroide. Le sedi favorite dalle metastasi sono: la colonna, la pelvi, le costole, il cranio, i tratti prossimali dell'omero e del femore.

I tumori bronchiali talvolta metastatizzano anche alle ginocchia ed ai gomiti.

■ Il ruolo della Clinica Medica nella diagnostica delle metastasi scheletriche così presentato

Sul piano clinico, le metastasi scheletriche possono manifestarsi con dolori, con limitazioni funzionali, con tumefazioni locali, raramente persino pulsanti e con anormalità ematochimiche ed ematologiche. Tutti questi sono segnali che, isolatamente od in varia associazione tra di loro, inducono a far ricorso ad ulteriori accertamenti diagnostici previsti per i casi in cui si sospetti l'impegno scheletrico ad opera di un processo metastatico.

Sicuramente, in un soggetto affetto da neoplasia, un segmento osseo sintomatico, ad esempio per osteodinia, anche se la scintigrafia ossea è negativa (falso-negativo), dovrà essere studiato ulteriormente con l'ausilio di esami radiografici, ematochimici e se occorre anche cito-istologici.

La scintigrafia scheletrica, eventualmente integrata da altri mezzi di indagine, consente di evidenziare le seguenti condizioni:

- 1) metastasi silenti;
- 2) metastasi sintomatiche scintigraficamente positive;
- 3) metastasi silenti o sintomatiche ma che risultano scintigraficamente negative (*falsi - negativi*).

In considerazione del tipo di azione o attività istolesiva della metastasi nel distretto osseo colonizzato, è ben noto che può formarsi: una zona ossea osteolitica senza proliferazione osteoblastica (**1°- M. di tipo osteolitico** → **mammella, rene e tiroide**), ed all'opposto possono esserci sedi con attività osteoblastica, reattiva ad un diverso tipo di tumore metastatico (**2°- M. di tipo osteoblastico** → **prostata, mammella nella donna**); infine esiste un terzo tipo di metastasi caratterizzato da una combinazione tra osteolisi e sclerosi, con predominante attività osteolitica (**3°- M. di tipo misto** → **polmone**).

In rapporto a queste *qualità* tumorali la clinica offre un ampio spettro di sintomi e segni diversi.

■ Sintomi e segni clinici più frequenti

Il **dolore** è abitualmente il sintomo di esordio di una metastasi ossea e si manifesta in tutti i tipi di metastasi, ma è più frequente, e di forma più intensa, nelle metastasi dei tipi 1° e 3°.

La **compromissione funzionale**, che può esistere anche quando mancano fratture patologiche, prima o poi compare, pur se in varia misura in tutti e tre i tipi di metastasi.

La **frattura patologica** in corrispondenza del focus è un incidente frequente, specie nelle metastasi tipi 1° e 3°.

I **foci metastatici**, visibili con le tecniche di *imaging* sopradette, possono essere multipli o unici; questi ultimi sono più frequenti nei carcinomi tiroidei e renali.

La **sede** è funzione della vascolarizzazione. Nei tumori che diffondono per via ematica, le sedi elettive sono le metafisi e l'osso vivacemente mielogenico.

La **pulsatilità**, spesso associata ad un **rumore** ascoltabile, è espressione della ricca vascolarizzazione ed è talora presente nei tumori della tiroide e del rene.

Un **aumento a chiazze della densità ossea** è visibile all'esame radiologico nel 90% circa delle metastasi da carcinoma prostatico, nel 50% circa di quelle da carcinoma mammario, nel 20% circa di quelle da carcinoma polmonare.

L'**anemizzazione**, con o senza **pancitopenia**, è espressione di due fattori: l'ampiezza dei territori midollari colonizzati ed il tipo di tumore metastatizzato. Ad esempio, si possono realizzare anemie secondarie a **cito-eritrofagocitosi** ad opera degli stessi elementi tumorali del polmone (Falini et al. 1980) o della mammella (Marton

G.F. 1975). In alcune circostanze possono essere preferenzialmente fagocitati i leucociti o le piastrine. Altre volte, come in corso di carcinoma prostatico o polmonare, la causa della anemizzazione può essere un deficit di formazione dell'emoglobina per accumulo di complessi ferro-ferrosi nei mitocondri degli eritroblasti (**anemia sideroblastica**) (Bowman W.D. 1961). Vi sono poi anche forme di anemie secondarie ad **aplasia eritrocitaria pura**, con conservazione dei cloni leucocitari e piastrinici, come ad esempio nel corso di tumori metastatici della tiroide, del polmone e della mammella (Slater I.M. et al. 1979).

Inoltre, esiste una elevata correlazione tra **fibrosi** del midollo osseo e metastasi midollare e la presenza, come forma secondaria, di una **anemia leucoeritroblastica**.

Infine, ci sono altre forme di anemizzazione (autoimmune, carenziali, da disordine cronico, post-emorragiche) o di **eritrocitosi**, talvolta dipendenti dal quadro di metastatizzazione oppure di origine paraneoplastica.

Gli esami citologici ed istologici, previa FNA (Fine Needle Aspiration) o LNB (Large Needle Biopsy), consentono abitualmente di distinguere le cellule del midollo osseo, dalle cellule colonizzanti, spesso presenti in *clumps*. Questa tecnica è necessaria in caso di lesioni metastatiche uniche o di incerta definizione nosografica.

Una **tumefazione abnorme**, infine, è un segno non inconsueto, la cui frequenza varia in rapporto alla età, al sesso, al segmento osseo impegnato; è inoltre di più comune rilievo nelle ossa piatte e nei soggetti magri e prevalente nei tipi 1° e 2°.

■ Conclusioni

a] La diagnosi di metastatizzazione scheletrica di un tumore è abitualmente semplice ma nei casi sospetti è necessario risolvere con ogni mezzo il dubbio di un "falso-negativo" o di lesioni ossee uniche, rade e multiple.

b] La presenza di metastasi non deve sempre far escludere la possibilità di guarigione, specie se si tratta di metastasi unica; tantomeno si deve pensare che non vi siano cure adeguate ad ogni singola circostanza.

c] La strategia terapeutica da applicare deve essere personalizzata in funzione del quadro sintomatologico, della età e sesso del malato, del tipo istologico della lesione, del numero e delle sedi delle lesioni e del grado di aggressività del tessuto neoplastico. ■

BIBLIOGRAFIA



BOWMAN W. D., *Abnormal ("ringed") sideroblast in various hematologic and non-hematologic disorders*, Blood: 18, 662, 1961.

MARTON G. F., *Erythrophagocytosis in the human bone marrow as disclosed by iliac bone biopsies*, Scand. J. Haematol.: 14, 153, 1975.

SLATER I. M. ET AL., *Remission of cell aplasia associated with nontymic malignancy*, Cancer: 44, 1879, 1979.

FALINI B. ET AL., *Erithrophagocytosis by undifferentiated lung carcinoma cells*, Cancer: 46, 1140, 1980.

EISENBERG R. L., *Diagnostic Imaging in Internal Medicine*, McGraw-Hill Book Company, New York, 1985.

WICKRAMASINGHE S. N., *Blood and bone marrow*, Churchill Livingstone, Ed. Edinburgh, 1986.

LARIZZA P., *Trattato delle malattie del sangue*, Piccin Ed., Padova, vol. III, 1991.

LEWIS M. M., *Tumori delle ossa*, Verducci Ed., 1991.

NUOVI COMPITI PER L'OSPEDALE SPALLANZANI

■ di Giuseppe Visco

Il 20 gennaio u.s., un Decreto del Governo ha ridato autonomia all'Ospedale "Lazzaro Spallanzani" che nel 1980 era stato accorpato, con il "San Camillo" ed il "Carlo Forlanini", nell'Ente Monteverde, poi USL RM/16, RM/10 e infine Azienda Ospedaliera.

Ciò nell'intento, espresso dalle Autorità Sanitarie competenti, di indirizzare questo nosocomio alla ricerca scientifica nel campo delle malattie infettive.

Può essere interessante ricostruire per sommi capi la storia travagliata di questo Ospedale che, fin dal suo inizio, si è sempre sviluppato sotto la spinta di emergenze.

Fino a cento anni fa, in Italia, non esistevano, infatti, ospedali dedicati alla cura delle malattie infettive: una situazione che, del resto, ancora oggi vige in molti paesi esteri.

C'erano, invece, i cosiddetti "lazzaretti" e cioè i reparti per malati contagiosi: soprattutto per quelli con le affezioni quarantenarie (come il vaiolo, la peste, il tifo petecchiale, ecc.) ma anche, dal 1885, con il primo sanatorio di Cava dei Tirreni, per i tubercolotici.

Non ne esistevano, ovviamente, perché allora non esistevano cure efficaci e l'unico modo per contenere le epidemie era quello di **isolare** i soggetti infetti. È appunto da uno di questi reparti, il "Poveglia" (sull'isola veneziana di Nazareth) che sembra derivare la deno-

minazione di "lazzaretto". Con l'arrivo delle prime colonie africane, nel 1901, fu emanata una Legge per mutui edilizi agevolati, per la costruzione di analoghi reparti (i c.d. "contumaciali") nei principali comuni dove c'era affluenza di pazienti con malattie diffusibili. Sorsero, così, ad esempio, il "Bassini" a Milano, il "S. Martino" a Genova, il "Cotugno" a Napoli, il "Principe di Piemonte" a Messina e "l'Amedeo di Savoia" a Torino.

A Roma, il progetto per un nuovo "lazzaretto" municipale, al quale venne dato il nome di uno dei primi studiosi delle cause delle malattie infettive, Lazzaro Spallanzani, fu avviato nel 1919, sotto la spinta della micidiale epidemia di "spagnola".

Soltanto nel 1927 (a epidemia finita) ne furono, però, iniziati i lavori, contemporaneamente a quelli dell'Ospedale "Della Vittoria" (poi detto "Del Littorio" e "San Camillo").

Lo "Spallanzani" poté aprire soltanto nove anni dopo, e questa volta per far fronte al rischio dell'importazione di malattie contagiose dall'Etiopia.

Dal 1936 quest'Ospedale, con i suoi 296 posti letto (che, in caso di emergenza, sarebbero potuti diventare 526), disposti in 15 fabbricati, su di un'area di 134.000 mq. assolse ai suoi compiti "contumaciali". Ciò fece per oltre 20 anni, fino a quando, con l'avvento degli antibiotici e delle vaccinazioni, le malattie infettive non apparvero più come un'e-

mergenza per l'opinione pubblica. Negli anni '60 una nuova area di interessi si apriva, però, nel campo delle malattie da infezione: quello della **medicina preventiva**.

Grazie all'opera del Prof. Francesco Di Raimondo e delle Autorità Sanitarie dell'epoca, lo "Spallanzani" fu allora riconvertito alla pianificazione e all'esecuzione di questo tipo di interventi sul territorio.

Giungiamo, così, al 1969 quando, con la legge di Riforma, anche gli ospedali contumaciali divennero Enti Ospedalieri.

Nel 1971 nacque così "l'Ente Ospedaliero Lazzaro Spallanzani" che, organizzato sotto la Presidenza del Prof. Giovanni De Cesare, poté cominciare a svolgere anche compiti più specifici, quali quelli della cura, finalmente possibile, delle malattie infettive emergenti e riemergenti.

Come molti sanno, quest'Ospedale si è, infatti, prodigato, al servizio della cittadinanza, nella lotta contro le malattie infettive.

Dalla battaglia contro le epidemie di colera, di salmonellosi e dei vari tipi di epatiti virali a quella, drammatica, dell'AIDS, alla cura di centinaia di pazienti con malaria, meningiti, epatite fulminante, esso è stato sempre in prima linea con tutti i mezzi (talora scarsi) a sua disposizione.

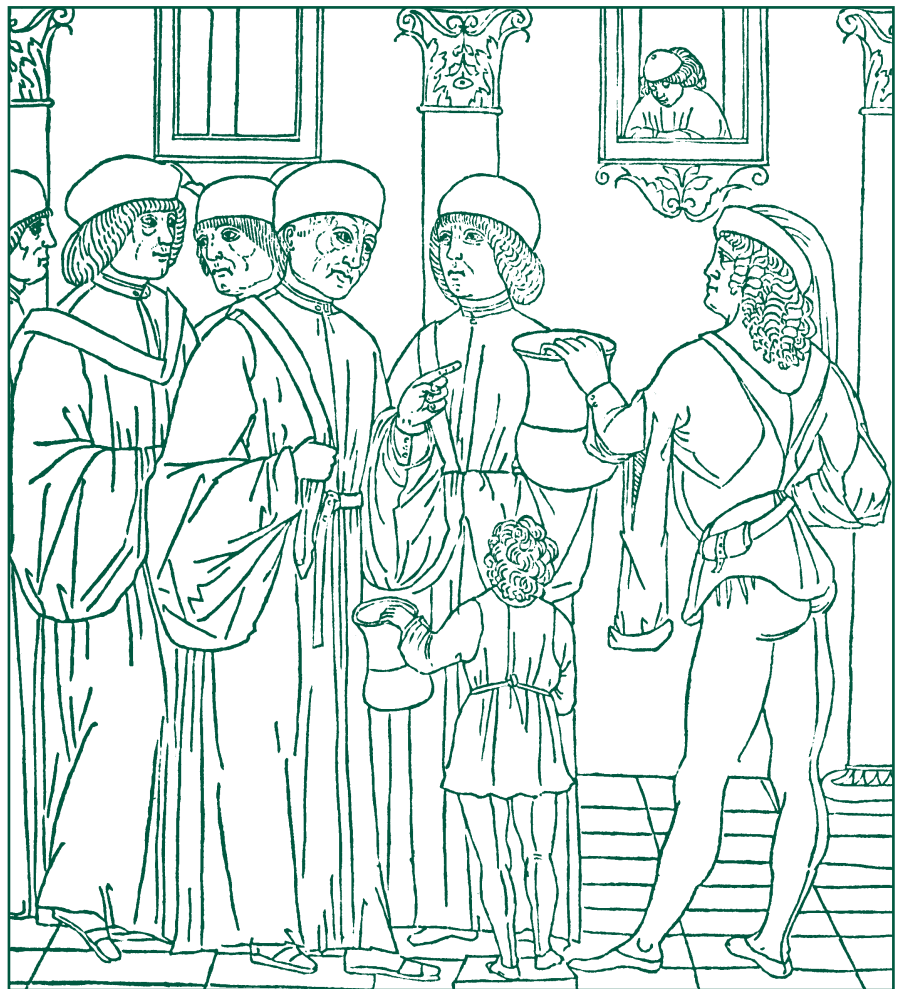
La pressante richiesta dei cittadini e degli operatori, ma soprattutto l'estendersi dell'epidemia di AIDS,

hanno quindi indotto, nel 1989, la Regione Lazio a far costruire un nuovo Ospedale, felicemente completato, in soli quattro anni, anche con contributi del Ministero della Sanità, erogati in applicazione della Legge speciale n. 135/90 per la lotta all'AIDS.

Il "Nuovo Spallanzani" è un'opera modernissima, progettata e costruita in applicazione alle più recenti acquisizioni scientifiche, tecnologiche e persino "alberghiere" e che a ragione dai numerosi esperti, italiani e stranieri, che l'hanno visitato, è stato definito come "il più avanzato ospedale europeo per la cura delle malattie infettive".

C'è da dire che, nonostante le traversie amministrative imposte dalle Leggi succedutesi a partire dagli anni '80, lo "Spallanzani" aveva, comunque, sempre fatto fronte alle necessità epidemiologiche del momento. Le difficoltà emerse negli ultimi anni dall'applicazione, negli ospedali, delle nuove "logiche aziendali", hanno, però, purtroppo, rappresentato per il "Nuovo Spallanzani" un grave handicap, che ne ha impedito l'effettiva, integrale apertura, essendo ancora chiusi 200 posti letto, tutti i modernissimi Laboratori diagnostici, la Terapia Intensiva e Sub-Intensiva, la dialisi, l'Anatomia Patologica, ecc. La Regione Lazio si è dunque trovata di fronte ad una serie di realtà: in primo luogo all'esistenza di un Ospedale moderno, potenzialmente efficientissimo, gravato però da alti costi vuoti di costruzione che, soprattutto, di gestione.

Dall'altro lato l'**emergenza malattie infettive**, rappresentata non soltanto dall'AIDS (in continua crescita almeno nel prossimo quinquennio e con la necessità di ricercare e sperimentare sempre



■ *Il medico che esamina, tratto da: "Fasciculus medicinae" (Ketham Joannes, Venezia 1493).*

nuove cure) ma anche da tutte le nuove realtà patologiche emergenti e riemergenti (come la temibile tubercolosi multiresistente che dilaga negli Stati Uniti, le virosi emorragiche epidemiche quale quella da virus Ebola, le nefropatie endemiche nei Balcani, ecc.).

Di fronte a ciò l'impossibilità, ormai dimostrata, per una Azienda Ospedaliera, per quanto prestigiosa, di risolvere con una "amministrazione ordinaria" i gravi problemi legati al rilancio di una struttura così onerosa.

Unanime consenso ha quindi trovato l'attuale decisione di restituire l'autonomia alla nuova Azienda

"Lazzaro Spallanzani", affidandola alle cure del Commissario Straordinario Dott. Guido Bertolaso, che ha il compito di realizzarne il riconoscimento come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Per il nuovo Istituto, che sarà il primo, in Italia, dedicato esclusivamente alla cura delle Malattie Infettive e dell'Ospite Immunocompromesso, si aprono orizzonti ambiziosi, ma anche ardui: il contribuente italiano, sul quale graveranno gli oneri economici di un'operazione (peraltro indispensabile per la tutela della salute pubblica) si aspetta molto da questa importante iniziativa. ■

TAVOLA ROTONDA: “IL RUOLO DELL’OSPEDALE NELLA DIDATTICA PER LA FORMAZIONE PERMANENTE DEL MEDICO E PER LA FORMAZIONE DEGLI SPECIALIZZANDI”

L’iniziativa della Scuola Medica Ospedaliera di promuovere una Tavola Rotonda sul problema della *formazione permanente del medico* e sui peculiari aspetti della *formazione degli specializzandi*, risponde alla necessità non più differibile di ripensare organicamente il tema centrale dell’insegnamento che può essere offerto dall’ospedale.

Un’analisi responsabile di tale offerta in termini di qualità e di efficacia non può infatti non evidenziare la complessiva inadeguatezza di tutto il sistema didattico del paese, chiuso nella sua tendenza ad autolegittimarsi, incurante della sfida proposta dai tempi sui versanti del sempre più rapido progredire delle conoscenze, delle crescenti responsabilità dirigenziali o comunque gestionali richieste al medico, dei contenuti etici della professione, dell’insistente richiamo alle logiche della competitività e della verifica rispetto agli obiettivi, alla umanizzazione dell’assistenza, alle implicazioni economiche e sociali della prestazione.

Che tale sia lo stato delle cose emerge per altro da:

1) i correttivi introdotti attraverso gli indirizzi varati nel piano sanitario nazionale;

2) il modello proposto sin dall’ottobre 1994 dall’Unione Europea dei Medici Specialisti, modello rispetto al quale esistono lacune vistose che è quanto mai urgente colmare;

3) i non pochi provvedimenti normativi succedutisi negli ultimi anni, nonostante quasi tutto resti ancora solo sulla carta.

A questo proposito è doveroso citare alcuni passi più significativi di questo *iter normativo*:

1] il capitolo 7 del P.S.N., approvato con D.P.R. del 1/03/94, relativo alla formazione del personale laddove recita “... Si ritiene necessaria un’integrazione sempre più accentuata tra S.S.N. e Sistema Formativo”, preconizza linee di indirizzo per l’accreditamento delle iniziative da promuovere nell’ambito delle attività dell’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, istituita presso il Ministero della Sanità al fine di evitare comportamenti dispersivi.

2] La Carta per la formazione continua dei medici specialisti approvata a Londra nell’ottobre 1994 dal consiglio di direzione dell’U.E.M.S., riprendendo ed esplicitando la dichiarazione di Dublino sullo stesso tema, delinea con grande precisione ed efficacia:

a - il livello di responsabilità del coordinamento, individuato in un’Authority con possibile articolazione regionale;

b - le strutture della formazione continua, tale da consentire tra l’altro la libera scelta al professionista;

c - la valutazione di qualità della formazione continua;

d - il finanziamento della stessa.

3] Il complesso delle normative relative alla formazione degli specializzandi:

• D.L. 8 agosto 1991, n.257 “Attuazione della direttiva n. 82/76/CEE del 26/01/1982 recante modifica di precedenti direttive in tema di formazione dei medici specialisti a norma dell’articolo 6 della legge 29/12/1990 n. 428”, prevede per il medico specialista: “la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio ivi comprese le guardie e l’attività operatoria, nonché la graduale assunzione dei compiti assistenziali”.

• D.L. 502/92 con le modifiche e le integrazioni del D.L. 517/93 che riprende ed esplicita quanto testè ricordato. In particolare all’art. 16, stabilisce che: “... la formazione comporta l’assunzione delle responsabilità connesse all’attività svolta. Durante il perio-

do di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina". Altro punto fondamentale è l'art. 6, comma 2, dove viene espressamente sancito che "per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ..."

- Il Decreto interministeriale del 17/05/95 (G.U. del 27/09/95) che stabilisce in 6.500 il numero degli specializzandi da formare per il Triennio 1994-97; individua nei 2/3 del totale l'attività formativa da svolgere presso le strutture del S.S.N.; prevede il diritto per i medici dipendenti dal SSN di essere iscritti in sovrannumero alle scuole di specializzazione nei limiti del protocollo di intesa università-regione.

- Nella recente proposta "Organizzazione Dipartimentale Ospedaliera elaborata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali", per la quale è stato richiesto il parere di molte associazioni professionali ospedaliere, si ipotizza che "una volta assegnati gli specializzandi ai Dipartimenti, il Capo Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento, in base al programma formativo stabilito dal consiglio della scuola di specializzazione, stabilirà i turni ed i periodi di assegnazione degli specializzandi alle unità operative e/o ai moduli, in-

cludendovi anche i servizi assistenziali aperti, quali i Day Hospital, la Day Surgery e l'Ospedalizzazione a domicilio, nonché i criteri di verifica dell'attività svolta".

La Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio, forte del prestigio della sua secolare tradizione, per il consenso di migliaia di iscritti registrato negli anni, e del credito della Regione che con Delibera n.12.581 del 27/12/89 ha individuato la SMORRL quale *Istituzione di riferimento e consulenza per la programmazione, l'organizzazione delle attività di formazione permanente dei medici in servizio, degli altri sanitari laureati e del personale paramedico*, stabilendo di avvalersi della stessa "per l'attuazione dei Corsi di Aggiornamento del Personale Sanitario del S.S.N. previsti in particolare dai contratti di lavoro", per tutto questo ritiene di poter essere a buon diritto interlocutore indispensabile nella costruzione di un processo di formazione permanente e specialistica all'altezza dei tempi.

La SMORRL dovrebbe collaborare con la Regione Lazio per l'identificazione delle strutture idonee all'insegnamento e alla formazione degli specializzandi, recependo le direttive ministeriali ed europee in proposito, con riferimento, per le strutture ospedaliere, all'art. 7 del D.L. 8/08/91 n. 257, in modo da raggiungere un quadro chiaro e definito del potenziale didattico.

In virtù della domanda di qualità formulata dai cittadini, del diritto di ogni medico di vedersi assicurato l'esercizio del dovere di aggiornare metodicamente il patrimonio quelle proprie conoscenze, delle responsabilità dello Stato di garantire ai cittadini la

più alta professionalità possibile
la Scuola Medica Ospedaliera romana propone:

✓ **Formazione permanente.**

La costituzione di un'Authority Regionale da legittimare con specifico provvedimento, composta da espressioni dell'Ordine Professionale, del Mondo Universitario, della SMORRL e di Istituzioni didattiche di diversa estrazione, aventi titolo sotto il profilo di una oggettiva valenza interlocutoria, Authority Regionale che eserciti le seguenti funzioni:

- una programmazione della formazione permanente certa nei tempi e nei modi, sì da consentire a tutti i medici di formalizzare all'Ordine professionale o alle strutture da cui dipendono il proprio piano di aggiornamento;
- l'adozione di criteri seri e selettivi nell'accREDITAMENTO delle strutture deputate alla formazione permanente e la possibilità per gli ospedali interessati di adeguarvisi;
- l'attivazione delle sedi di formazione per assicurare, per quanto possibile, pari opportunità a tutti i medici;
- la verifica di qualità del processo formativo che deve investire, tanto i docenti quanto i discenti.

✓ **Formazione specialistica.**

Per quanto riguarda inoltre il ruolo dell'ospedale nel programma didattico per la formazione degli specializzandi, la SMORRL propone i seguenti riferimenti:

- partecipazione della SMORRL alla stesura del protocollo di intesa università regione, in virtù del ruolo consultivo ed operativo riconosciute con la Delibera della Giunta Regionale

- n.12.581 del 27/12/89;
- direzione della scuola di specializzazione da affidarsi a un Professore ordinario, preferibilmente Direttore di cattedra della specialità;
- Consiglio delle Scuole di specializzazione costituito da docenti universitari e ospedalieri in modo paritetico;
- Commissione per l'ammissione alle scuole di specializzazione e commissioni di esame costituite in modo paritetico da docenti ospedalieri e universitari;
- Concorso delle principali Associazioni professionali di categoria e della SMORRL alla definizione del programma di insegnamento e delle sue modalità di realizzazione, tra la Facoltà di Medicina e Chirurgia e la Regione, relativamente alla azienda ospedaliera individuata. La disposizione che prevede l'espletamento dell'attività formativa, di norma "per circa i 2/3 negli Ospedali", tenendo conto delle realtà locali, deve essere esplicitata in termini operativi, prevedendo, come "formazione" non solo attività di assistenza ma anche di didattica teorico-pratica.

In base alle caratteristiche strutturali ed organizzative delle istituzioni universitarie e degli ospedali accreditati, si potrà concordare una delle seguenti possibilità, secondo le proporzioni stabilite dalla normativa interministeriale:

- A. suddivisione del numero degli specializzandi e individuazione, nel piano di formazione dello specializzando, del periodo e delle funzioni da svolgere presso sedi universitarie e sedi ospedaliere;
- B. definizione delle funzioni e

delle diverse responsabilità gestionali nei protocolli di intesa università-regione di cui all'art. 7 del D.L. 517/93;

- C. impiego di finanziamenti finalizzati alle Scuole di Specializzazione di varia provenienza (Ministeri, C.N.R., Fondi del S.S.N., etc.), programmato nel consiglio della scuola di specializzazione, tenendo conto sia delle componenti universitarie che di quelle ospedaliere;
- D. inserimento dei medici ospedalieri nella didattica delle Scuole di Formazione per le lauree brevi ed i diplomi tecnici, peraltro già adombrato nel Capitolo 7 del piano Sanitario Nazionale.

La Scuola ritiene che quanto proposto come atto di doverosa responsabilità possa concretamente corrispondere agli oggettivi interessi della comunità, in ciò confortata dalla volontà politicamente espressa dal Consiglio Regionale del Piemonte, inteso ad affidare alla Scuola Medica Ospedaliera un ruolo propulsivo a fronte di inerzie e pigrizie che non dovrebbero essere più consentite. ■



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

LA CONSULENZA TECNICA IN AMBITO PENALE E CIVILE: METODI, PROBLEMI E ATTUALITÀ

Convegno a chiusura del corso in:
"PSICHIATRIA E PSICOPATOLOGIA FORENSE: PERIZIA E CTU"
Anno Accademico 1995-96

4 GIUGNO 1996 ore 9,00

Centro Studi di Psichiatria e Scienze Umane "Santa Maria della Pietà"
Teatro delle Cetre ex Ospedale Psichiatrico
Piazza Santa Maria della Pietà - Roma

PROGRAMMA

ore 9,00:

- ☞ APERTURA DEL CONVEGNO
Prof. Marino Luminari
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio
Prof. Tommaso Lo Savio
Presidente del Centro Studi di Psichiatria e Scienze Umane "Santa Maria della Pietà"

Moderatori:
Dr. Giuseppe Di Gennaro
Prof. Antonino Jaria

ore 9,30:

- ☞ INTRODUZIONE
Dr. Giuseppe Di Gennaro
Magistrato, già Presidente VI Sezione Penale Corte di Cassazione Roma, già Coordinatore dell'United Nations Found Against Drugs Abuse Control
Prof. Antonino Jaria
Psichiatra, Psicoanalista, Direttore del Centro Studi di Psichiatria e Scienze Umane "Santa Maria della Pietà", Coordinatore dei Corsi presso la Scuola Medica Ospedaliera dell'Ospedale "Santa Maria della Pietà"

ore 10,00:

- ☞ PROBLEMI ATTUALI DELLA PSICHIATRIA FORENSE IN AMBITO PENALE
Prof. Francesco Bruno
Psichiatra, Criminologo, Docente di Psicopatologia Forense presso l'Università "La Sapienza" di Roma

ore 10,40:

- ☞ PROBLEMATICHE PSICHIATRICO-FORENSI IN AMBITO MINORILE
Prof. Marco Marchetti
Psichiatra, Criminologo, Docente di Psicopatologia Forense presso l'Università "Tor Vergata" di Roma

ore 11,20 - 11,50: Coffee break

ore 11,50:

- ☞ Proiezione video documentario scientifico IN TEMA DI MECCANISMI PSICOLOGICI DEL SERIAL KILLER E CLASSIFICAZIONI"
Prof. Vincenzo Mastronardi
Psichiatra, Criminologo, Docente di Psicopatologia Forense presso l'Università "La Sapienza" di Roma

ore 12,30:

- ☞ I TEST PROIETTIVI E LA PSICOANALISI NELL'ESAME DI PERSONALITÀ: USI E ABUSI NELLE PERIZIE E NELLE CONSULENZE TECNICHE
Dr. Paolo Capri
Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore del Centro Studi Psicologia Applicata CEIPA di Roma

ore 13,00:

- ☞ CONCLUSIONI E DISCUSSIONE FINALE
Dr. Giuseppe Di Gennaro
Prof. Antonino Jaria



ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO TRIENNIO 1996-99



Il giorno 25 giugno c.a. dalle ore 8,00 alle ore 19,00 presso la sede dell'Accademia Lanciaiana in Borgo S. Spirito 3, si terranno le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della SMORRL.

Ogni Socio Docente, munito di documento di riconoscimento, è invitato a partecipare attivamente con il proprio voto o rimettendo la propria delega ad altro Socio. È ammessa la presentazione di un numero massimo di due deleghe.

AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

COORDINATORI DIMISSIONARI:

OSPEDALE CIVILE DI CIVITAVECCHIA	Dr. Paolo Fischioni Prof. Giancarlo Consiglio
OSPEDALE CIVILE DI TIVOLI	Dr. Domenico Giubilei
OSPEDALE SANDRO PERTINI	Dr. Gualtiero Mazzocconi

NUOVE NOMINE:

POLICLINICO CASILINO	Dr. Severino Montefusco
OSPEDALE CIVILE DI TIVOLI	Prof. Michele Poyer
OSPEDALE SANDRO PERTINI	Dr. Claudio Blasi

■ SCADENZE DI SEGRETERIA ■

28 giugno:

PRESENTAZIONE NUOVE PROPOSTE DI CORSI BIENNALI

15 luglio:

CONSEGNA DEI VERBALI DEI CORSI SEMESTRALI A/A 1995-96

31 luglio:

PRESENTAZIONE PROGRAMMI DEI CORSI BIENNALI

30 settembre:

PUBBLICAZIONE LIBRETTO - PROGRAMMA DEI CORSI SEMESTRALI

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: M. Amadei, D. Antonellis, L. Benedettelli, S. Castorina, D. Coletta, F. De Marinis, G. De Simone, R. Di Lisio, F. Fabiani, M. Giordani, E. Giovannini, C. Longo, V. Lumia, L. Persico, E. Sbaffi, G. Visco
- Revisori dei Conti: F. Lo Iacono, A. Perrone, A. Stajano
- Segretario: G. Di Trapani

BOLLETTINO DELLA SMORRL

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

- Direttore Responsabile: M. Luminari
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Direttore Amministrativo: S. Rijli
- Redazione: G. Visco, L. Persico, P. Ronchetti, V. Rulli, G. Tossini
- Segreteria di redazione: P. Colletta
- Grafica e impaginazione: Edizioni Primus tel. 0766/34419
- Stampa: Nuova Tipografia Loffari tel. 06/37514652