



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** In ricordo del Prof. Giuseppe Grassi
 • di Marino Luminari

OSSERVATORIO

- 3** Condotta clinica ed economia sanitaria
 • di Luciano Persico

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

- 9** Gli studi di fattibilità economica in campo sanitario
 • di Anna Cantagallo
- 12** Manifestazioni nervose della mononucleosi infettiva
 • di Camillo Stazi, Filippo Stazi

AGENDA DELLA SCUOLA

- 15** Elenco corsi biennali
 A/A 1997/98 - 1998/99
- 16** Iscrizioni ai corsi annuali

DAL 10 AL 21 NOVEMBRE SONO APERTE LE ISCRIZIONI AI CORSI TRIMESTRALI E SEMESTRALI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE PER L'ANNO ACCADEMICO 1997/98

IN RICORDO DEL PROFESSOR GIUSEPPE GRASSI

■ di Marino Luminari

L'inaugurazione, il prossimo 2 ottobre a Roma, del XIV Congresso Nazionale del Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae è un'occasione che non poteva sfuggire a chi desiderava da tempo rivolgere il suo pensiero affettuoso e riconoscente al Prof. Giuseppe Grassi, creatore del Collegium e magistrale cultore dell'arte chirurgica, ancora oggi presente nel nostro ricordo come persona dalle alte e mai abbastanza rimpiante qualità umane.

A nome della Scuola Medica Ospedaliera di Roma desidero rivolgere il mio pensiero a Chi ricoprì con alto merito la carica di Presidente giusto 20 anni fa, purtroppo per un periodo breve, ma non tanto da impedirgli di lasciare un solco ben preciso nella storia della nostra Scuola e dell'insegnamento medico ospedaliero a Roma.

Prima di un saluto ufficiale, mi è tuttavia impossibile eludere una nota personale che riguarda la fiducia, la stima e la simpatia che il Prof. Grassi nutrì nei miei riguardi e che lo portò a prestare il suo aiuto prezioso nei momenti di avvio dell'Associazione Italiana

Gastroenterologi Ospedalieri, allorché il Prof. Arullani si vide costretto a dare solo il suo assenso formale alla nascita dell'AIGO, lasciando ad altri l'onere della strutturazione e della attivazione del nuovo organismo associativo.

Non pochi ostacoli il Prof. Grassi contribuì a spianare nel nostro cammino, sia direttamente, con la sua partecipazione al Comitato Culturale dell'AIGO, sia con quelle scintille creative che Egli allora profondeva contemporaneamente anche nella gestazione di un altro organismo, il Collegium, ben più importante del nostro, del quale dividemmo tuttavia traguardi di grande prestigio.

Al dinamismo e all'ottimismo del Prof. Grassi non poteva che arri- dere il successo. Il suo atteggiamento nei riguardi nostri e della Gastroenterologia in genere, era sostanzialmente frutto di un grande interesse per la patologia digestiva, un campo che lo teneva allora impegnato in una assidua ricerca di approfondimento e di perfezionamento di alcune tecniche operatorie, in particolare di quelle per la terapia dell'ulcera peptica, da lui preconizzata in termini di

trattamento conservativo, quello stesso che troverà in seguito la sua definitiva convalida con i farmaci antisecretori ed antimicrobici.

Ricordiamo con simpatia e con rimpianto gli inviti alla collaborazione e le cooperazioni effettivamente avvenute tra la divisione di Chirurgia del San Giovanni e quella di Gastroenterologia del San Camillo e la prova di stima personale quando alla richiesta di uno specialista cui affidare la nascente Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'ospedale San Salvatore de L'Aquila, egli presentò senza la minima titubanza la mia candidatura. Con il suo sostegno e con quello dell'allora Primario chirurgo de L'Aquila, fu creato in quella città un Servizio specialistico accreditatosi in pochi anni fino alla dignità e al prestigio dell'unità attualmente operante sotto la direzione dei neofiti di allora guidati dal sottoscritto alle prime meravigliose scoperte endoscopiche e all'interesse culturale e professionale della specialità.

La fiducia del Prof. Grassi nella vita e nelle cause in cui credeva o gli altri credevano e lui condivideva, rendeva tutto straordinariamente più facile e raggiungibile, senza affanno e col sorriso della convinzione e della sicurezza.

Uno spirito così vivace e innovatore, ardente di attivismo, fecondo di idee e di iniziative, attaccatissimo alla vita ospedaliera di Roma, non poteva sfuggire al richiamo della Scuola Medica Romana.

Eletto Presidente nel 1977 seppe immediatamente dare alla Scuola una svolta decisiva, incrementandone l'attività che fu subito adattata alla sensibilità e alle esigenze dei nuovi tempi, riorganizzando il

corpo insegnante, estendendo le funzioni didattiche anche agli aiuti e agli assistenti e aprendo l'area operativa della Scuola a tutti gli ospedali della Regione.

I risultati furono subito palesi: è di quegli anni infatti il boom delle iscrizioni che testimoniò il rinato interesse dei giovani medici verso le opportunità offerte dall'ospedale per la formazione professionale. Fu il Prof. Grassi a dare inizio a quel processo di riconoscimento della Scuola, interrotto dalla sua prematura e dolorosa scomparsa ma in seguito, proprio per le sue premesse, felicemente portato a termine in tempi brevi.

Oltre a fornire il primo e sostanziale impulso al rilancio, alla ristrutturazione e all'assetto giuridico della nostra Istituzione, il Prof. Grassi fu anche uno dei primi ospedalieri a capire la centralità dell'ospedale quale elemento essenziale della formazione medica professionale e della formazione specialistica, sulla base di una collaborazione a pari dignità

fra colleghi universitari ed ospedalieri. Gli apporti legislativi degli anni che seguirono dettero ampio credito a quegli orientamenti e a quelle convinzioni.

Nel marzo del 1980 rievocando la figura del suo predecessore recentemente scomparso, il neo eletto Presidente della Scuola, Prof. Antonio Dauri, ebbe così ad esprimersi: "Il sottoscritto... quando si è trovato a vivere insieme a lui la meravigliosa avventura della rivitalizzazione della Scuola Medica Ospedaliera, ha scoperto oltre al maestro, al chirurgo e allo scienziato, anche l'uomo buono, generoso, onesto ma soprattutto il giovane "incontaminato" incantato ottimista che affrontava la problematica della didattica con la violenza, l'intemperanza, la gioia della passione mai spenta che per lui era diventata una missione".

Sono parole palpitanti di vita e di incitamento. L'aggiunta di un solo accento ne disperderebbe l'ancor fresco e vitalizzante riverbero.

■

SMDL - SOCIETÀ MEDICA DEL LAZIO

CON IL PATROCINIO DI:

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO
MD MEDICINA E DIAGNOSTICA - CONSORZIO SANITARIO POLICENTRICO

**QUALITA' IN MEDICINA:
COME MIGLIORARLA?**

21 NOVEMBRE 1997

ore: 9-13 / 15-19

**Sala Conferenze Aeroporto Militare
Pratica di Mare - Roma**

Responsabili: Dott. L. Cardillo - Dott. N. Cellini

CONDOTTA CLINICA ED ECONOMIA SANITARIA

■ di Luciano Persico

Primario Medico Emerito - Ospedale S. Giovanni, Roma

In un'epoca in cui è sempre più all'ordine del giorno il problema generale dei costi/benefici, il soffermarsi a discutere sui rapporti tra condotta clinica ed economia sanitaria è tutt'altro che fuori di luogo.

I motivi che potrebbero indurre a riflettere su tali rapporti qualsiasi attento osservatore dello scenario in cui essi prendono corpo, sono molteplici; ma per chi vive da protagonista sul versante medico di questo scenario, i motivi emergono soprattutto dall'analisi del comportamento professionale di non pochi tra coloro che debbono occuparsi, ogni giorno, della salute dei propri assistiti.

È ormai sotto gli occhi di chiunque il grado di obsolescenza cui è giunta la medicina clinica e cioè quella medicina che ha come compito istituzionale prioritario lo studio diretto dell'individuo infermo. La norma inderogabile di far fronte a qualsiasi problema morboso con una preliminare ed accurata rilevazione dei dati anamnestici ed obbiettivi prima di avventurarsi a briglia sciolta sulla strada delle cosiddette ricerche, appare, infatti, ai nostri giorni, largamente disattesa e soverchiata dalla travolgente invadenza dei mezzi di laboratorio e strumentali.

Sempre più scarso, in altri termini, è il tempo che oggi si dedica alla raccolta ed alla analisi delle

notizie ricavabili da quella primaria fonte di informazione che è il malato. Il quale, però, va subito detto, non dovrebbe mai essere soltanto invitato, e troppo spesso anche sbrigativamente, allo spontaneo racconto delle sue vicende, giacché, in tal caso, egli si limiterebbe, senza scampo, a porre in risalto soprattutto ciò che lo fa soffrire o che lo preoccupa e magari, non di rado, anche la sua personale spiegazione, in chiave eziologica, dei fenomeni morbosi di cui è rimasto vittima.

L'approccio a qualsiasi "caso", infatti, per tradursi in proficuo contributo all'orientamento diagnostico, richiederebbe, invece, che fosse sempre il medico a tenere in pugno le redini della inchiesta attraverso apposite domande esplorative, di verifica e di approfondimento, sollecitate man mano dagli indizi che emergono nel corso del colloquio e dalle ipotesi che tali indizi sono, di volta in volta, in grado di evocare.

Ma una procedura del genere, come è ovvio, esige una buona dose di disponibilità e di impegno, nonché una congrua preparazione dottrina e clinica e cioè qualità cui oggi sempre meno spesso si fa ricorso nella pratica quotidiana o per trascuratezza o per mancanza di tempo o perchè tali qualità non si posse-

gono in misura adeguata. D'altra parte, ad ennesima conferma, allorché ve ne fosse bisogno, del ruolo determinante delle procedure cliniche cui si è fatto cenno e della portata che esse conservano anche in un panorama medico così evoluto come quello attuale, basterebbe ricordare, per esempio, l'esito di una ricerca statunitense condotta di recente in un centro di medicina interna a Salt Lake City, nell'Utah.

Un accenno a questa ricerca americana è, a nostro avviso, quanto mai opportuno per almeno due motivi.

Il primo è che la indagine fornisce una visione abbastanza definitiva dei suoi risultati; il secondo è che tale indagine ci giunge da un Paese dove la tecnologia è divenuta ormai una sorta di religione e dove i mezzi che essa offre, anche in campo sanitario, non solo sono tra i più avanzati, ma sono anche largamente disponibili, per cui non c'è fase delle vicende mediche individuali, specie in regime di ricovero, in cui non vengano generosamente impiegati per indagini, per accertamenti e per controlli.

Orbene, potrà forse sorprendere le odierne generazioni di medici, ma non di certo chi appartiene alla "vecchia guardia", ciò che questa ricerca è stata in grado di dimostrare e cioè che la raccolta ben fatta della anamnesi, a

tutt'oggi, contribuisce all'accertamento diagnostico nella misura del 76% circa, contro il 12% circa, rispettivamente, dell'esame fisico e degli esami di laboratorio. Rilievi del genere, per di più effettuati in un Paese provvisto di mezzi tecnici di alto livello e a diffusione capillare, dovrebbero far riflettere gli entusiasti nostrani della medicina strumentale e cioè della medicina che ha il suo feticcio nel predominio sconsiderato delle indagini "a raffica".

Troppo spesso, ormai, non solo sul cosiddetto "territorio" ma anche in ambito nosocomiale, il ragionamento clinico approfondito, che dovrebbe sempre rappresentare il preludio insostituibile di qualsiasi successiva procedura medica, abdica a favore dei mezzi di ricerca, affidando ad essi, non di rado senza una scelta coerente, suggerita da logiche e realistiche ipotesi di lavoro, il delicato compito di aprire la strada che porta al traguardo diagnostico.

I motivi di tale linea di comportamento sono ancora una volta molteplici.

Tra questi figura in posizione di spicco la errata convinzione, non solo degli utenti ma anche di molti addetti ai lavori, della scontata infallibilità ed onnipotenza dei mezzi di indagine, trascurando, oltre tutto, un dettaglio non secondario e cioè che dietro le macchine ci sono persone, anch'esse di certo non esenti da quei margini di errore che ogni attività umana per sua natura comporta.

Ma a nostro avviso, uno dei principali motivi che hanno portato al predominio della medicina

tecnicistica, va ricercato nella inadeguatezza della educazione clinica che le nuove leve ricevono; inadeguatezza che ha indotto a far sempre meno affidamento sulle qualità, per così dire "artigianali" che ogni medico deve possedere per averle acquisite sul "campo" e che si traducono in capacità analitica, in spirito di osservazione, nell'attitudine a rilevare con diligenza e meticolosità i fenomeni in cui ci si imbatte e nel cogliere il giusto nesso con cui eventualmente correlarli. Tutti strumenti, questi, senza l'ausilio dei quali sarebbe impossibile gettare le basi di qualsiasi edificio diagnostico.

Emblematica, a proposito di preparazione clinica, è ad esempio la prova di incompetenza semeiologica data da un gruppo di otto medici, di età compresa fra i trenta ed i cinquanta anni, partecipanti ad una delle lezioni teorico-pratiche di clinica medica svolte da chi scrive per la nostra Scuola.

Invitati ad esprimere un giudizio interpretativo su di una massa pulsante, di forma rotonda, duro-elastica, del diametro di circa 10 cm, palpabile tra mesogastrio e fianco s. nell'addome di un settantenne, nessuno di tali medici è stato capace di riconoscere nell'elementare reperto sudscritto un aneurisma dell'aorta, mentre ciascuno di loro, interpellato individualmente, ha viceversa avanzato l'ipotesi che potesse trattarsi di una neoplasia.

La perdita od il mancato sviluppo della capacità di affrontare e di concorrere con le proprie risorse alla soluzione dei problemi morbosi che di volta in volta

emergono, e quindi il diverso atteggiamento con cui molti medici hanno preso l'abitudine di accostarsi a tali problemi, sicuri di ricevere dall'impiego indiscriminato del laboratorio di analisi e di quello per le immagini, ciò che in primo luogo dovrebbe invece prendere le mosse dal loro cervello, hanno di certo avuto non poche implicazioni sia per i singoli pazienti che per la collettività.

Sul versante di chi sta male, infatti, è cresciuta paradossalmente la frequenza dei ritardi e persino degli errori di ordine diagnostico anche in situazioni tutt'altro che complesse e cioè in situazioni che se affrontate con un più razionale e diligente impegno clinico, si sarebbero invece potute chiarire con tempestività, grazie anche ad un più oculato impiego dei mezzi di indagine prescelti.

Così, ad esempio, è delle ultime settimane il caso di un cinquantenne, sofferente ormai da mesi di una ileo-sacralgia s., per la quale era passato dalle mani del medico di famiglia a quelle dell'ortopedico, del fisiatra e dell'agopunturista, nonché da uno studio radiografico di base del rachide lombosacrale alla TC ed alla RM dello stesso segmento scheletrico, senza che si riuscisse a cavare un ragno dal buco, sia sul piano diagnostico, fatta eccezione per l'immane artrosi, che su quello terapeutico, vista la persistenza dei fenomeni algici.

Orbene, per trovare il bandolo della matassa sarebbe invece bastato metter le mani, a costo zero, sui linfonodi inguinali di s. per rilevarne l'abnorme ingrandi-

mento, e limitarsi a chiedere una comune radiografia del bacino e non del solo rachide lombosacrale, per rendersi conto della esistenza di una vasta area osteolitica nell'ileo omonimo; reperti patologici, questi, entrambi ricondotti, in tempi brevissimi e a buon mercato, ad una neoplasia prostatica finora rimasta altrimenti asintomatica.

Né meno significativo, tanto per avvalersi di un altro esempio, è il caso, del pari recente, di un sessantasettenne che da alcuni mesi aveva notato la comparsa di un edema dell'intero arto inferiore s., associato soltanto a senso di pesantezza distrettuale in ortostatismo e che già in diverse riprese aveva consultato un angiologo per saperne di più; tuttavia, ogni volta, dopo gli immancabili controlli velocimetrici ed i soliti esami di laboratorio, tutti ad esito rassicurante, aveva continuato a ricevere prescrizioni terapeutiche a base di diuretici, di Daflon e di Venoruton, dimostratisi privi di efficacia, ma nemmeno una parola chiarificatrice sui reali motivi dell'edema.

Anche in questo caso sarebbe invece bastato, sempre a costo zero, sottoporre ad esplorazione palpatoria i linfonodi inguinali per accorgersi che alcuni di essi, alla radice della coscia s., apparivano sensibilmente ingranditi e quindi responsabili dell'edema linfostatico ribelle; ingrandimento rivelatosi poi secondario alla metastatizzazione di un adenocarcinoma di origine prostatica.

E che dire poi di quest'altro recentissimo caso riguardante un settantenne, il quale da molti mesi veniva sottoposto, senza

ricavarne vantaggio, ad una intensiva terapia a base di ferro per una gravissima anemia sideropenica (Hb: 6-7 g/dl)?

Qui, in verità, dalla anamnesi non emergevano indizi riconducibili ad una malattia d'organo, ma solo notizie su fenomeni morbosi di ordine generale, come malessere, astenia, anoressia, dispnea e senso di palpitazione al più piccolo sforzo.

Ma mentre già si profilavano all'orizzonte le ricerche strumentali più appropriate al caso, era ancora una volta lo studio diretto del malato ad avere la meglio, fornendo in pochi minuti la chiave di lettura del quadro clinico.

Nella fossa iliaca d., infatti, era palpabile una formazione tondeggiante, del diametro di circa 8 cm, con i caratteri inequivocabili di una neoplasia ciecale.

La sua esistenza veniva poi confermata pochi giorni dopo nel corso di una emicolectomia d., conclusasi fortunatamente con buone prospettive di successo.

Anche in tale caso, dunque, la parte di maggior rilievo su questa sconcertante ribalta, è rimasta a lungo affidata ad una miriade di esami di laboratorio, mentre chi avrebbe dovuto gestire in prima persona questo spinoso problema clinico e cioè il medico curante, si è invece relegato nel ruolo di semplice comparsa, giacché solo in tale veste, in circostanze del genere, si sarebbe potuto limitare alla prescrizione di esami a getto continuo invece di sottoporre l'addome del paziente ad una più accurata palpazione; ciò che di certo avrebbe contribuito a ridurre i gravi rischi che il malato

stava correndo, consentendogli di avvalersi con maggiore tempestività di un atto chirurgico risolutivo.

Ma è a dir poco sconvolgente che gravi trascuratezze in grado di far salire fino a livelli critici il pericolo di rimetterci la vita, siano talore commesse non già da un qualsiasi sprovveduto medico che con le sue sole risorse cliniche, venga inaspettatamente a trovarsi al cospetto di un difficile problema diagnostico, ma perfino da équipes sanitarie di dipartimenti di emergenza; dipartimenti, cioè, nei quali operano specialisti di ogni branca in stretto rapporto di collaborazione e nei quali si può contare sull'ausilio dei più avanzati mezzi di indagine.

Orbene, il caso che segue è proprio un esempio di come possano verificarsi anche in ambito ospedaliero, episodi di imperdonabile negligenza collettiva.

Un uomo di 74 anni, diabetico di vecchia data ma in cura insulinica solo da alcuni mesi, viene accolto in uno di tali dipartimenti alle 11,19 del mattino di qualche tempo fa, poiché da circa due ore è insorto un progressivo offuscamento psichico, seguito di lì a poco da un invincibile sopore ed infine da coma.

Le condizioni di quest'uomo appaiono subito molto gravi; malgrado la profondità del coma, tuttavia, non si rinvengono evidenti segni di focalità nervosa né specifici reperti abnormi a carico di altri organi ed apparati, se si eccettua la presenza di un tramite ileostomico nella regione del fianco d., confezionato da pochi mesi in seguito al riscontro di un

adenocarcinoma subocclusivo del colon discendente, già in fase di iniziale metastatizzazione epatica. A prima vista, dunque, non emergono indizi di ordine semeiologico in grado di orientare sulla causa del coma.

Vengono perciò effettuate con tempestività alcune preliminari verifiche strumentali e cioè una TC cranica, una radiografia del torace ed un ECG, che non arrecano però alcun contributo diagnostico, e al tempo stesso avviate innumerevoli indagini di ordine ematochimico ed emogasimetrico, una delle quali, invece, appare subito illuminante.

Alle 12,50, infatti, e cioè un'ora e mezza dopo l'ingresso nel centro ospedaliero, la glicemia risulta di 20 mg/dl. Il problema diagnostico, anche se con un certo ritardo, sembra ormai risolto; il coma è ipoglicemico ed attribuibile, con ogni verosimiglianza, ad una incongrua dose di insulina che il paziente si è auto-iniettata prima che il coma insorgesse.

A questo punto, perciò, chiunque si attenderebbe, come è ovvio, la immediata erogazione endovena di massive dosi di glucosio, visto che il coma si protrae già da qualche ora.

Nella cartella clinica del dipartimento, però, non esiste alcuna traccia del ricorso a tale urgentissima misura terapeutica, ma figura solo la prescrizione di 250 ml di glicerolo, di una soluzione elettrolitica e di un antibiotico. C'è da aggiungere, per di più, che il malato in compagnia della sua scheda sanitaria che tra l'altro è anche priva di qualsiasi giudizio diagnostico, viene nel frattempo trasferito, come se il pro-

blema della emergenza clinica si fosse ormai risolto nel migliore dei modi, in una divisione medica, dove, invece, ad ora imprecisata, il paziente giunge in stato di coma sempre più profondo.

È solo alle 16,20 e cioè 6 ore circa dopo l'accoglimento in ospedale, che comincia a delinearsi una via di uscita da questa drammatica situazione.

Infatti, il medico di guardia convocato dal personale di assistenza del reparto, sulla scorta dei dati anamnestici e di laboratorio finora raccolti, effettua immediatamente un nuovo controllo del tasso glicemico, che risulta indossabile con il glucometro portatile e che alle 16,30 è di 27 mg/dl nel campione di sangue inviato al laboratorio centrale.

La tempestività terapeutica del collega internista per fortuna ha successo, giacché la immediata infusione di liquidi ricchi di glucosio rende possibile una lenta e graduale ripresa dello stato di veglia senza che nel frattempo affiorino residue anomalie di ordine neurologico.

Una vicenda, questa, che sarebbe stata di certo a lieto fine se nei due giorni successivi al risveglio non si fosse invece insidiosamente manifestata una ischemia miocardica che al termine del terzo giorno di degenza costringe a trasferire il malato in una unità coronarica, con la diagnosi di infarto miocardico silente "non Q".

Anche qui, dunque, sarebbero bastate una più accorta e più responsabile condotta operativa ed una spesa terapeutica minima, quale è quella richiesta dall'impiego di semplici soluzioni iper-

toniche di glucosio, per evitare non solo altri danni al paziente ma anche il cospicuo aggravio dei costi assistenziali innescato dalla insorgenza della cardiopatia ischemica; da un evento, cioè, al cui sviluppo, anche se con modalità incerte, non è escluso che abbiano contribuito proprio le vicissitudini neuro-metaboliche indotte dal ritardo nella correzione della sindrome ipoglicemica.

La mancanza di spazio non consente purtroppo di soffermarsi su altri esempi, il cui elenco, in verità, potrebbe allungarsi di molto poiché quelli illustrati non sono che la sommità affiorante di un gigantesco iceberg sommerso. Nei limiti consentiti dalla loro esiguità, tali esemplificazioni avvalorano comunque i rilievi fin qui esposti sul mutamento di indirizzo metodologico del quale la medicina sta rimanendo vittima; un indirizzo cioè che inducendo ad anteporre l'impiego dei mezzi tecnici ad una più approfondita valutazione clinica preliminare e sequenziale dei singoli casi, comporta, come si è visto poc'anzi, anche un impatto negativo su chi si attende dalla classe medica un aiuto sempre più congruo.

In altre parole, assistiamo ormai troppo spesso ad una sorta di divaricazione tra i reali vantaggi che i mezzi tecnici sono di certo in grado di arrecare e la resa operativa di chi, pur avvalendosi del loro impiego, manca invece di ottimizzarne i risultati per negligenza clinica.

Non vorremmo, però, a questo punto, che la levata di scudi contro l'uso distorto dei moderni sussidi diagnostici fosse confusa

con una specie di arroccamento su posizioni antievoluzioniste.

Nessuno più di noi, infatti, sia per esigenze intellettuali che per necessità pratiche, potrebbe compiacersi della opportunità offerta dalle odierne metodiche di indagine, di far quadrare assai meglio e molto prima di un tempo, i conti del nostro lavoro clinico quotidiano; il cui scopo è di certo principalmente quello di consentire ai malati il recupero della loro salute, ma, in sott'ordine, anche quello di non vanificare la dignità di un compito professionale così delicato.

Ma se questo lungo excursus con cui è stato messo fin qui in luce l'attuale malcostume operativo di non pochi medici, ha da una parte cercato di porre in risalto soprattutto le conseguenze, in termini di danno psico-fisico, che possono derivarne per i malati, dall'altra, tuttavia, fa intravedere anche le implicazioni di ordine economico che tale malcostume comporta sia per la collettività in generale, che, in specie, per la stessa sanità.

Nel determinismo di tali implicazioni entrano di certo in giuoco numerosi fattori, molti dei quali, però, esulano dalle finalità analitiche di questa nota; l'accento quindi verrà posto solo su alcuni di essi e cioè su quelli che per la loro palese evidenza sono sotto gli occhi di chiunque abbia la possibilità di scrutare vasti squarci dell'odierno panorama sanitario.

Uno dei fattori che più di ogni altro dà segno di sé è fuori di dubbio rappresentato dalla inutilità di molti degli esami di laboratorio richiesti a fronte di circo-

stanze cliniche che con tali esami non hanno nulla da spartire.

Una eventualità, questa, che è all'ordine del giorno e dietro la quale si celano spinte diverse, come, ad esempio, la incompetenza clinica, la neghittosità ideativa o il bisogno di soddisfare, in chiave di indagini, le attese dei pazienti, attese motivate dal fatto che non di rado questi ultimi hanno ormai perso l'abitudine di essere visitati adeguatamente, per cui, seguendo l'esempio dei loro medici, si rifugiano nella richiesta sempre più pressante di esami, con la utopica speranza che moltiplicandone indiscriminatamente il numero, si riesca a trovare nei loro responsi la soluzione di ogni problema diagnostico. Una consuetudine, quella degli esami a raffica, che ha ormai preso piede anche nell'ambito ospedaliero, dove talvolta i controlli di laboratorio vengono effettuati a dir poco ossessivamente, senza alcuna razionale corrispondenza con i bisogni clinici e dove la possibilità di effettuarli liberamente diviene persino più onerosa. Le istituzioni ospedaliere, infatti, dispongono in genere di un maggior numero di attrezzature tecniche, ivi comprese quelle per metodiche sofisticate e di alto costo, motivo per cui il largheggiare inutilmente in esami di ogni tipo, comporta spese più elevate che finiscono per ribattersi negativamente su altri aspetti della assistenza.

Il ricorso improprio alle cosiddette ricerche, che spesso nascondono il disorientamento clinico di chi le propone, non riguarda però solo il campo degli esami di sangue e di altri materiali biolo-

gici, ma investe in modo massivo anche il settore degli esami strumentali ed in specie di quelli che si basano sullo studio di immagini ottenibili con varie modalità, come la ecografia, la TC e la RM.

Anche nel settore in questione, infatti, le richieste stanno diventando soffocanti e tutt'altro che di rado sproporzionate ai bisogni; un fenomeno, questo, che deriva non solo dalla frequente incapacità di porre una corretta indicazione all'impiego di tali metodiche, nonché di scegliere tra di esse le più idonee per indagare nei singoli casi, ma anche dalla illusoria aspettativa di vedersi recapitare a domicilio l'epilogo diagnostico, senza spendere troppe energie mentali e cioè senza aver prima gettato, in ragionevole chiave clinica, le basi indiziarie per risolvere, con le procedure più congrue, i problemi in cui ci si imbatte.

Un comportamento del genere, oltre che imporre alla collettività costi assai elevati che spesso superano i limiti finanziari, già di per sé ristretti, delle istituzioni pubbliche, ha avuto come conseguenza, anche quella di affollare sempre di più i centri in cui tali indagini si effettuano; cosicché non di rado accade che, seguendo l'ordine di prenotazione, i malati siano costretti ad attendere anche dei mesi prima di raggiungere il loro turno.

Circostanza, questa, che se, ad esempio, in caso di TC cranica proposta paradossalmente per una banale sindrome emicranica o per una cefalea muscolo-tensiva ribelle, non comporta seguiti di ordine pratico, può viceversa

rivelarsi assai pericolosa allorché lo studio per immagini, che non si limiti alle comuni radiografie, venga richiesto per il sospetto di affezioni di altro genere, come ad esempio, quelle di natura neoplastica o demielinizzante.

Senza poi contare che almeno in una parte dei casi, la indispensabilità di procedere urgentemente alla esecuzione di tali ricerche, obbliga i pazienti a sobbarcarsi sacrifici finanziari tutt'altro che lievi, constringendoli a rivolgersi all'ausilio delle strutture private per risolvere in tempo utile i loro problemi diagnostici.

Altrettanto dispendiosi risultano poi le abitudini terapeutiche di molti medici a causa della inopportunità di non poche delle loro prescrizioni.

È ciò che accade allorché vengano somministrati farmaci superflui o del tutto inutili per le circostanze cliniche in cui il paziente viene a trovarsi.

Basti ricordare, ad esempio, l'immediato ricorso agli antibiotici, talvolta anche assai costosi, dopo appena una giornata o due di febbre della quale ancora non si conosce affatto l'origine od il loro "generoso" impiego in pazienti che pur trovandosi per il resto in buona salute, rimangono vittime di una innocua rinfaringite febbrile, in cui il marchio di fabbrica dei virus respiratori è inequivocabile.

Ma a fianco di quello degli antibiotici, che sono tra i farmaci più spesso adoperati a sproposito, non sfigura di certo, per restare nell'ambito degli esempi, lo sperpero di un'altra categoria di medicinali e cioè degli antiipertensivi; sperpero la cui causa

è da ricercarsi nel diffuso malcostume di somministrarli senza troppi scrupoli di ordine diagnostico, in chiunque per la prima volta venga colto con qualche mm di Hg al di sopra dei valori fisiologici.

Un malcostume, questo, che da una parte finisce in molti casi per costringere i malcapitati a curarsi per sempre di una ipertensione inesistente, giacché non di rado si tratta di fugaci scarti manometrici di origine ansiosa; dall'altra ad accollarsi la qualifica di ipertesi con l'impatto psico-emotivo che ciò può comportare, cui va ad aggiungersi, anche qui, per il servizio farmaceutico, un ulteriore quanto inutile aggravio di spese.

Come si evince dunque da questa sommaria disamina su alcuni aspetti del panorama sanitario odierno del nostro Paese, la condotta clinica influenza non poco anche l'impiego delle risorse economiche occorrenti per tutelare la nostra salute.

Ciò che tuttavia risalta in maggiore misura sui fondali di questo deludente scenario, è la necessità che il medico, inteso nel senso ippocratico della accezione, non abbandoni o riassuma il ruolo di protagonista che continua istituzionalmente a spettargli; giacché è soprattutto il suo comportamento operativo che può accrescere ed ottimizzare i benefici di ordine diagnostico e terapeutico attesi dal malato.

Benefici, questi, arrecabili non solo direttamente e cioè attraverso un più impegnato e solerte approccio clinico ai problemi individuali, ma anche indirettamente e cioè razionalizzando

l'impiego dei mezzi di indagine e di quelli curativi di cui oggi le strutture sanitarie dispongono.

Un loro uso più appropriato, infatti, consentendo risparmi nei corrispondenti comparti di spesa, permetterebbe di destinare più risorse finanziarie proprio all'accrescimento dei mezzi in questione e quindi, in ultima analisi, permetterebbe di migliorare anche la qualità della assistenza. ■

Questo articolo è dedicato dall'Autore alla memoria del Prof. Costantino Iandolo che nella sua vita si è sempre battuto contro il declino della Medicina clinica.

BIBLIOGRAFIA



- 1) IANDOLO C.: "L'errore in Medicina". Armando Ed. Roma, 1997.
- 2) PERSICO L.: "Errori diagnostici da negligenza nello studio diretto del malato". Policlinico Sez. Prat., 1979 - 69 - 473.

GLI STUDI DI FATTIBILITÀ ECONOMICA IN CAMPO SANITARIO

■ di Anna Cantagallo

Dirigente I° livello - I° Medicina - Villa Betania, Roma

■ Studi di Economia Sanitaria

Le recenti disposizioni di riordino nel Settore sanitario con la creazione delle Aziende sanitarie "no-profit", ma con bilanci e gestione economica autonoma, hanno evidenziato l'importanza dell'aspetto economico collegato alla gestione della salute. Se fino a ieri per l'operatore di sanità, la salute del paziente non aveva prezzo, oggi nella nuova realtà egli deve essere consapevole che il raggiungimento ed il mantenimento dello stato di salute dell'utente ha dei costi e dei prezzi con cui confrontarsi.

È quindi richiesto al medico un notevole sforzo per acquisire una forma mentale che gli permetta di valutare, a fianco dell'obiettivo clinico (otucome) che rimane prioritariamente la salute dell'utente (definito ora cliente), anche i costi degli atti medici e tecnici (output) derivanti dall'uso delle risorse (input) necessari per la diagnosi e la terapia, e di operare quindi le scelte economicamente più vantaggiose a parità di risultati.

In questa fase di transizione in cui il nuovo è già per legge in atto e viene pressantemente richiesta una migliore allocazione delle risorse, è utile per gli operatori di Sanità acquisire un linguaggio comune che permetta di dialogare con i vari interlocutori come i Decision Makers delle aziende Sanitarie, gli organismi ufficiali responsabili di

sanità come la Regione, l'assessorato etc., il Ministero della Sanità o altri operatori come le industrie farmaceutiche o di tecnologie sanitarie. Se nel campo industriale vi è sempre uno studio di fattibilità economica a fianco di una valutazione di fattibilità tecnica, in sanità questo non avviene: solo negli ultimi anni gli operatori anglosassoni, più sensibili per cultura al problema, hanno iniziato ad eseguire studi sull'argomento.

La limitata diffusione di questi studi è soprattutto collegata alla difficoltà di tradurre in termini monetari, e quindi numerici, l'obiettivo ed il concetto stesso di salute, che può essere espresso come numero di morti evitate o anni di vita guadagnati o come variazione dei fattori di rischio per un determinato evento patologico (riduzione % della glicemia, della pressione arteriosa etc), valutandone il loro impatto economico diretto (costi per sistema sanitario) ed indiretto (costi per l'utente) a cui affiancare la valutazione economica degli eventuali benefici (economici e non) derivanti dalla modificata qualità di vita (Qualys) sul singolo (effetti tangibili) e sulla collettività (effetti intangibili).

■ Soggetti interessati

Quali soggetti possono trarre vantaggio dagli studi di fattibilità?

Questo nuovo approccio investe e

dovrà in futuro sempre più investire il campo sanitario a tutti i livelli, da quello micro-sanitario del singolo medico che deve operare la scelta più vantaggiosa per raggiungere l'obiettivo (scelta di farmaci, strategia diagnostiche e terapeutiche) passando a quello delle strutture sanitarie (USL) quando trattasi di riorganizzare un servizio o di decidere di crearne di nuovi con le relative allocazioni di risorse umane e tecniche, fino a quello macro-sanitario delle strutture preposte all'organizzazione del Servizio a livello nazionale, regionale, comunale etc.

■ Metodi di valutazione economica

Esistono vari metodi di valutazione economica che prendono in considerazione alcuni parametri che sono facilmente monetizzabili, altri invece di difficile calcolo (ad esempio i costi indiretti dell'accompagnamento di un utente alle strutture sanitarie) altri non valorizzabili come il miglioramento della qualità della vita. Questa difformità dei parametri rende particolarmente complessa l'analisi di fattibilità in campo sanitario e richiede un approccio rigoroso nel ricercare tutte le possibili fonti di informazione, a volta mancanti o scarse (p.e. i registri nazionali o regionali di malattie degenerative o delle complicanze del diabete), e

nella scelta e definizione delle ipotesi le quali devono essere specificatamente indicate per fornire i limiti di validità ai valutatori ed agli altri eventuali utilizzatori dello studio. La valutazione economica richiede il confronto tra i costi, intesi come valore delle risorse consumate da un programma, e le conseguenze positive (benefici) o negative (danni) di uno o più programmi alternativi.

I costi sono distinti in diretti, che riguardano specificatamente i programmi sanitari ed indiretti che riguardano l'utente, come le giornate di lavoro perse o il mancato guadagno da morte prematura.

Per programma si intende un qualunque intervento sanitario di prevenzione o di trattamento farmacologico e non, oppure il non intervento (do nothing) che può costituire un programma alternativo se specificatamente indicato.

Le principali tecniche di valutazione economica che permettono di esaminare sia i costi (input) che le conseguenze (outcome) delle alternative tra loro in competizione

sono riassunte nella Tabella A. L'analisi costo-beneficio (CBA) è una analisi che viene utilizzata principalmente nei programmi di investimento pubblico per la tutela della salute come ad esempio quelli di prevenzione o di vaccinazione, in cui la misura dei risultati viene valutata in termini monetari (p.e. valore monetario di infortuni evitati o della mortalità ridotta). In questa analisi il beneficio dell'investimento è massimizzato: ad esempio una campagna vaccinale produce beneficio diretto per l'utente ed indiretto per la popolazione. Dal confronto di programmi diversi con obiettivi differenziati è possibile scegliere quelli che prevedono un ritorno più elevato dell'investimento (spesa) e quindi una ottimizzazione di risorse presupposte limitate.

L'analisi costo-efficacia (CEA) è una tecnica valutativa frequentemente usata nei programmi di strategia sanitaria (p.e. scelta di un farmaco rispetto ad un altro) o di programmazione di interventi (screening e prevenzione) in cui il

risultato è valutato in termini non monetari come gli anni di vita guadagnati o le morti evitate o come variazione numerica di indici di rischio (mg/dl di glicemia, o di colesterolo).

Il costo del programma è minimizzato, ipotizzando risorse sufficienti; la finalità è quella di raggiungere uno specifico obiettivo clinico (outcome) nel modo economicamente più conveniente, confrontando programmi diversi con lo stesso obiettivo.

L'analisi di minimizzazione dei costi (CMA) confronta due o più programmi che si dimostrano equivalenti in termini di outcome, per identificare l'alternativa meno costosa: lo scopo è quello di valutare l'efficienza di un programma rispetto ad un altro.

L'analisi costo-utilità (CUA) è una analisi simile alla CEA, ma da questa si differenzia in quanto il risultato è modificato per la "qualità". L'utilità è espressa come misura in anni di vita pesati per la "qualità" della vita (QUALYs). L'utilità è un concetto usato per

TABELLA A

Metodi di analisi	Misura dei costi	Misura dei risultati	Principali finalità
Costo-Beneficio(CBA)	Monetaria	Monetaria, risultati diversi	Uso migliore di risorse limitate
Costo-Efficacia(CEA)	Monetaria	Unità fisiche, un solo risul. (anni di vita guadagnati, mg/dl di glucosio, mmHg di PA)	Minor costo per obiettivo X
Minimizzazione dei costi (CMA)	Monetaria	Equivalenza in gruppi simili	Efficienza
Costo-Utilità (CUA)	Monetaria	Unità fisiche modificate per la qualità, risultati diversi	Qualità della vita

misurare il soddisfacimento o il benessere del consumatore che "acquisterà" quei beni e servizi in grado di aumentare il livello di qualità della vita. Chiaramente assegnare un valore ad un certo livello di salute è molto discrezionale poiché deriva dal giudizio soggettivo dei medici, dei pazienti o di altri (parenti etc.).

Tuttavia esistono dei modelli economici di scelta del consumatore che vanno ordinati secondo delle scale di utilità (p.e. controllo sanitario ottimale con notevole impegno dell'utente e dei familiari versus controllo meno rigoroso ma anche meno impegnativo).

■ Fasi dello studio

Uno studio di fattibilità economica in campo sanitario si sviluppa in varie fasi:

• FASE PREPARATORIA

Fin dall'inizio vanno definiti l'oggetto e gli obiettivi della ricerca, specificando l'obiettivo clinico che deve essere supportato di dati ricavati dalla letteratura medica o dal parere di esperti, e l'obiettivo economico ad esso connesso.

Vanno indicati i programmi alternativi oggetto di esame, realmente disponibili per chi prende le decisioni, sotto forma di albero delle decisioni. Viene stabilita la prospettiva dell'analista che esegue lo studio in quando la valutazione dei costi e dei benefici saranno diversi a seconda il punto di vista adottato (di chi paga e di chi ottiene): il Sistema Sanitario nazionale e gli ospedali saranno interessati ai benefici per le loro strutture, l'utente invece sarà interessato al beneficio-salute ottenibile e a quanto il trattamento per ottenerlo influenzerà le sue finanze.

Si sceglie poi la tecnica di valutazione da utilizzare in funzione dell'ottica e degli obiettivi proposti. Quindi viene specificatamente indicata l'unità più appropriata con cui si misurano i risultati in termini monetari e non. Si identificano infine i dati da raccogliere.

■ Fase di raccolta dati

Innanzitutto si cercherà di evitare distorsioni analitiche cercando di ottenere il maggior numero di dati disponibili sia di tipo epidemiologico (prevalenza, incidenza, mortalità, morbosità) se trattasi di una malattia, sia demografico come il bacino di utenza o di utilizzazione se trattasi di fruizione o acquisto di nuove risorse. In questa fase è molto importante la collaborazione con i vari specialisti del settore che deve tendere al massimo rigore nel fornire a chi valuta dati certi e meno approssimati possibili.

• FASE ELABORAZIONE DEI DATI

Si assegna un valore monetario ad ogni risorsa utilizzata, o meglio consumata se si opera in uno studio retrospettivo, o prevedibile artificialmente, se in studi prospettivi, e si calcola il risultato economico per ciascuna delle ipotesi alternative messe a confronto.

• FASE DI ANALISI DEI DATI

Nella fase finale si analizzano i dati ottenuti. Tuttavia per completare una analisi economica bisogna compiere una analisi di sensitività, che consiste in un metodo per rimediare all'incertezza in quanto le variabili delle ipotesi possono non essere conosciute con certezza (p.e. la prevalenza di un fenomeno può essere del 1% o 5%?) come pure i valori economici non conosciuti con esattezza. In tal caso questa analisi stabilisce dei limiti

di confidenza per i risultati degli studi, cioè "cosa accadrebbe se" ad esempio l'outcome fosse diverso da quello previsto o se i costi fossero differenti. Sui dati ottenuti si pongono poi delle differenze in più ed in meno per quei fattori che nell'analisi appaiono gravati da maggiore incertezza e si riconsiderano i nuovi dati così elaborati. Questa analisi è quindi essenziale per tutte le variabili che non sono note con certezza.

Concludendo si può dire che l'analisi economica costituisce un elemento fondamentale del processo in cui le implicazioni derivanti dalla gestione delle risorse sono evidenziabili e misurabili.

C'è pertanto da augurarsi che tra gli operatori di sanità si diffondano maggiormente le conoscenze di base occorrenti per una più oculata valutazione economica della loro condotta professionale in qualsiasi settore. ■

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE



- 1) WARNER K.E. HUTTON R.C.: "Costo-benefit and cost-effectiveness analysis in health care". Medical 18:1069-1084, 1980.
- 2) ENRIGHT S.M.: "Changes in health-care financing resulting from the 1984 federal budget". Am J. Hosp. Pharm. 40:835-838, 1985.
- 3) DRUMMOND M.F.: "Principles of economic appraisal in health care". Oxford University Press, Oxford 1980.
- 4) DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W.: "Methods for the economic evaluation of health care programmes". Oxford University Press, Oxford 1987.
- 5) BOOTMAN J., TOWNSEND R.J., MC GHAN W.F.: "Principles of pharmacoeconomics". Harvey Whitney Books Company, Cincinnati, 1991.

MANIFESTAZIONI NERVOSE DELLA MONONUCLEOSI INFETTIVA

■ di Camillo Stazi,* Filippo Stazi

* *Primario Medico - Ospedale San Giovanni, Roma.*

Le manifestazioni nervose della mononucleosi infettiva (MI) (Tabella 1), malattia così denominata per la prima volta nel 1920 ed attribuita solo nel 1968 al virus di Epstein-Barr (EBV), si verificano nello 0.37-7.3% dei casi e guariscono completamente nell'85% dei pazienti che le presentano.

La responsabilità causale dell'EBV nella genesi di tali manifestazioni, benché nota da oltre un sessantennio, viene molto spesso misconosciuta sul piano clinico, ancor più che nei bambini, soprattutto negli adulti e negli anziani.

I disturbi nervosi, infatti, talvolta insorgono anche in assenza degli abituali fenomeni propri della MI, come febbre, faringite, linfonodomegalia, splenomegalia, etc, e di certi reperti bioumorali, come ad esempio gli anticorpi eterofili, eventualità cui può perfino associarsi la comparsa tardiva od in numero esiguo dei linfociti "attivati", cosicché l'impegno del sistema nervoso finisce per costituire l'unica espressione clinica della malattia. L'infezione da EBV deve pertanto essere sempre presa in esame in tutti i casi di malattie nervose acute di origine ignota, in specie nell'adulto e nell'anziano, basando la verifica eziologica sullo studio degli anticorpi EBV-specifici. In merito alla risposta immunitaria

TABELLA 1

MANIFESTAZIONI NERVOSE DELLA MI.

Encefalite/meningite e relative complicanze [chorea, sindrome di Alice nel paese delle meraviglie (meta morfopsia), convulsioni afebrili, focali o generalizzate, emiplegia acuta].

Mielite trasversa

Sindrome di Guillaine-Barré

Neurite ottica

Neurite retrobulbare

Paralisi di nervi cranici

Mononeurite multipla

Neuropatia del plesso brachiale

Sclerosi multipla?

Panencefalite sclerosante subacuta?

Atassia cerebellare acuta

Psicosi

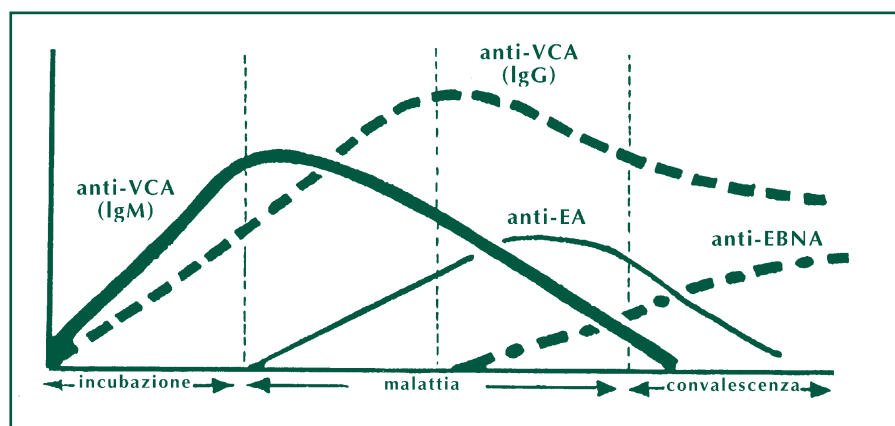


Figura 1: Risposta anticorporeale dopo infezione primaria con EBV in soggetti immunocompetenti.

dell'organismo all'EBV è opportuno qui ricordare quali sono i principali anticorpi che vanno ricercati in caso di MI (Figura 1):

1) Anticorpi rivolti contro l'antigene viruscapsidico (VCA). Essi comprendono: Quelli di tipo IgM, indicativi della

infezione acuta, ma di difficile quantificazione, compaiono poco prima o contemporaneamente agli anticorpi di tipo IgG, persistono per 4/8 settimane e poi scompaiono gradualmente;

quelli di tipo IgG compaiono all'esordio delle manifestazioni cliniche, raggiungono e superano il titolo di 1:80 e poi persistono a basso titolo per tutta la vita.

2) Anticorpi rivolti contro gli antigeni nucleari (EBNA).

Sono più tardivi ed anch'essi di tipo IgM e IgG. I primi, marcatori d'infezione recente, si rinvergono per breve tempo e cioè per un periodo che varia da due ad alcune settimane; i secondi restano in circolo a tempo indeterminato, ma a titolo sempre più basso, come testimonianza della pregressa infezione. La sierconversione per gli anticorpi anti-EBNA in individui già anti-VCA positivi fa porre con certezza la diagnosi di MI.

3) Anticorpi contro gli antigeni precoci (EA = Early Antigen).

Sono anch'essi più tardivi rispetto agli anti-VCA e sono in prevalenza rivolti verso la frazione antigenica D (D = Diffuse). Gli EAD, costituiti da proteine enzimatiche indotte dal virus e necessarie per la replicazione del DNA virale, si rinvergono nel nucleo e nel citoplasma, a differenza della frazione antigenica R (R = Restrict) che si reperta solo nel citoplasma della cellula infettata.

■ Patogenesi

La patogenesi dei danni responsabili delle manifestazioni nervose determinate dall'EBV non è ancora ben conosciuta; da alcuni, tali danni sono attribuiti alla invasione diretta del virus, da altri invece alla deposizione di immunocomplessi.

■ Aspetti morfologici

Le caratteristiche morfologiche delle lesioni nervose causate dall'EBV rimangono in parte ancora oscure, a causa dei pochi casi giunti al riscontro autoptico.

Pur con le riserve derivanti dalla scarsità dei rilievi necroscopici, sembra comunque che le lesioni nervose consistano in infiltrati focali e/o perivascolari di linfociti, atipici e normali, di monociti e talora anche di plasmacellule, in corrispondenza delle meningi, nonché della corteccia cerebrale e di quella cerebellare, dove il processo infiltrativo provoca la necrosi di cellule nervose.

Le lesioni, con i caratteri della flogosi acuta, prevarrebbero però soprattutto a carico del tronco dell'encefalo, come sembra evincersi anche dallo studio di un caso di Derekhshan, citato da Salazar, in base al riscontro, alla TC cranica, di lesioni provviste di enhancement nel tegmento mesencefalico, dove cioè sono ubicati i nuclei dei nervi che vengono più spesso coinvolti dal processo mononucleosico.

Le più frequenti manifestazioni nervose della MI sono comunque dovute a lesioni di nervi cranici, specie del nervo facciale, e ad encefaliti.

I casi che illustriamo rappresentano esemplificazioni di tali eventualità.

B.C. donna di 57 anni. Casalinga, affetta dal 1987 da ipertensione arteriosa e da ipertiroidismo farmacologicamente ben controllato. In data 17/1/1997 insorgono vertigini e poliartralgie, seguite dieci giorni dopo da diplopia e atassia, fenomeni per i quali chiede rico-

vero. Al momento dell'ingresso la PA è di 170/90 mmHg e la frequenza cardiaca di 80/min. Sul piano neurologico è rilevabile una paralisi incompleta del terzo nervo cranico di sinistra, associata ad andatura atassica e ad iporeflexia tendinea, come si osserva anche nella sindrome di Fischer, che è un'occasionale variante clinica della sindrome di Guillaine-Barré. Il restante EO, così come l'ECG, l'ecocardiogramma, la radiografia del torace e la TC cerebrali senza mezzo di contrasto, sono nei limiti della norma.

In data 5/2/1997 la RMN dell'encefalo con mezzo di contrasto paramagnetico dà il seguente risultato: *"Area di alterata intensità di segnale, senza accumulo di contrasto, in sede mesencefalica parasagitale sinistra, da riferire in prima ipotesi a lesione vascolare ischemica di recente insorgenza"*.

In data 28/2/1997 l'emogramma fa rilevare:

Globuli rossi	5.100.000
Globuli bianchi	7.710
Emoglobina	15
Ematocrito	48.6
MCV	93.7
MCH	30.3
MCHC	32.3
Neutrofili	55.7
Eusinfili	1.3
Basofili	0.8
Linfociti	34.6
Monociti	5.8

All'esame dello striscio le cellule mononucleate, benché non aumentate di numero, risultano in gran parte attivate, e cioè presentano il cosiddetto aspetto "atipico", consistente in dimensioni maggiori di quelle dei linfociti maturi e

nella presenza di un nucleo spesso polimorfo ed eccentrico, nonché di un citoplasma iperbasofilo, talora vacuolizzato e a margini arrotondati.

La VES è di 27 mm e i restanti esami di routine non evidenziano altre particolari anomalie.

Lo studio sierologico per l'EBV dimostra in data 30/1/1997 la presenza di anticorpi anti-EBNA di tipo IgM e di tipo IgG e in data 15/2/1997 la scomparsa di quelli di tipo IgM e la persistenza di quelli di tipo IgG.

In data 7/2/1997, poiché i disturbi nervosi poc'anzi descritti non accennano a regredire, viene istituito un trattamento prednisonico alla dose di 40 mg/b.i.d per via endovenosa, il quale nell'arco di 10 giorni determina un notevole miglioramento del quadro clinico. La terapia viene perciò gradualmente ridotta fino a completa sospensione.

Tre mesi più tardi i disturbi nervosi risultano del tutto regrediti.



M.O. anni 63, ex autista, affetto da anni da ulcera duodenale.

In data 5/2/1997 si ricovera nel reparto otoiatrico del nostro Ospedale per sottoporsi a rimozione di un polipo della corda vocale vera destra.

Prima dell'intervento, e senza causa apparente, compare febbre elevata, la cui persistenza induce gli otoiatri il 13/2/1997 a trasferire il malato nel nostro reparto. Il paziente, altamente febbrile, appare astenico e sonnolento; sul piano nervoso presenta atassia di equilibrio e segno di Babinski laterale. Il liquor, lievemente xantocromico e opalescente, mostra un discreto aumento del contenuto proteico.

Gli emogrammi effettuati in sequenza evidenziano i seguenti valori (*prima del ricovero in Otoatria):

Data	3/2/1997*	15/2/1997	20/2/1997	26/2/1997
GR	5.016.000	4.860.000	4.470.000	4.270.000
GB	7.800	12.200	8.350	9.330
Hb	15,8	14,7	13,8	13,2
Ht	49,1	44,4	41,4	38,9
MCV	95,2	91,5	92,6	91,1
MCH	30,6	30,4	30,9	30,9
MCHC	32,2	33,8	33,3	33,9
N	51,9	64,8	61,6	69,9
E	0	0,8	0,5	0,5
B	0	0,8	0,9	0,3
L	38,8	26	26,6	23,4
M	9,3	6,3	7,8	4,8

All'esame dello striscio, le cellule mononucleate appaiono in maggioranza chiaramente attivate.

Negative risultano le altre indagini di laboratorio di routine, nonché l'ECG e la Radiografia del torace; la VES è di 25 mm.

Le TC cerebrali, senza e con mezzo di contrasto, effettuate rispettivamente il 5/2/1997 ed il 21/2/1997 non dimostrano particolari anomalie.

L'indagine sierologica per l'EBV documenta in data 26/2/1997 la presenza di anticorpi anti-EBNA di tipo IgM e di tipo IgG.

Per l'aggravamento delle condizioni generali e neuropsichiche e con il sospetto di una eventuale encefalite da EBV, il paziente viene trasferito il 27/2/1997 in un ospedale per malattie infettive, dove la diagnosi di nevrassite di verosimile origine mononucleosica viene confermata e dove il malato, sottoposto a terapia cortisonica, va incontro ad un graduale progressivo miglioramento, conclusosi, nell'arco di alcuni mesi, con una quasi completa restitutio ad integrum.



M.V. anni 56, muratore. In data 18/3/1997 compaiono parestesie

all'emivolto destro, alle quali si associa paralisi facciale destra di tipo periferico. Gli emogrammi fanno rilevare:

Data	20/3/97	2/4/97
GR	4.790.000	4.620.000
GB	8.320	9.650
Hb	15,2	14,4
Ht	45,8	46,7
MCV	95,6	101
MCH	31,7	31,2
MCHC	33,2	30,9
N	46	61,2
E	6,1	2,8
B	1,2	1
L	40,3	26,2
M	6,4	5,8

All'esame dello striscio, accanto a linfociti e monociti tipici, si rinvenivano numerose cellule mononucleate "atipiche".

La ricerca di anticorpi anti-EBNA di tipo IgM è lievemente positiva, mentre quella degli anticorpi di tipo IgG è nettamente positiva; 2 settimane dopo gli anticorpi anti-EBNA di tipo IgM non sono più riscontrabili.

Il paziente viene trattato per 15 giorni con 40 mg/b.i.d. di prednisona per via endovenosa con regressione completa del deficit nervoso.

■ **Commento**

I casi poc'anzi descritti fanno rilevare che:

1) le manifestazioni nervose, più gravi nei soggetti di età avanzata, come ad esempio dimostra il nostro secondo caso, rappresentano talora l'unico evento clinico della infezione da EBV;

2) la diagnosi può essere posta, tenendo presente anche questa eventualità eziologica specie negli adulti e negli anziani, ancor più che con lo studio ematologico, che in questi casi può essere deludente, con la ricerca degli anticorpi specifici indicativi della fase acuta della malattia;

3) a differenza di quanto accade nelle forme consuete di MI, più che un aumento numerico dei globuli bianchi, che può mancare nel 15-20% dei casi, specie nelle fasi iniziali della malattia, sono significative la crescita percentuale delle cellule mononucleate, peraltro nemmeno essa costante, ma soprattutto la presenza in misura superiore al 20% di cellule mononucleate atipiche, impropriamente anche dette virociiti;

4) la positività degli anticorpi anti-EBNA di tipo IgM, associata alle anomalie linfocitarie su accennate, non richiede ai fini diagnostici la ricerca di altri tipi di anticorpi specifici;

5) la mancata captazione del mezzo di contrasto paramagnetico che nel primo dei nostri casi ha fatto prospettare ai radiologi l'origine ischemica delle lesioni, è probabilmente dovuta alla regressione dei danni infiammatori, nella barriera ematoencefalica, danni che rendono appunto possibile l'accumulo di gadolinio, ma che erano ormai regrediti a seguito del congruo intervallo di tempo trascorso tra l'esordio della malattia e l'esecuzione della RMN. ■

ELENCO CORSI BIENNALI ANNI ACCADEMICI 1997-98/1998-99

1. CARDIOLOGIA

Dir. Prof. V. Rulli
(Osp. S. Camillo)

2. CHIRURGIA DELLA MANO

Dir. Prof. A. Spoliti e Dott. L. Cambiaggi
(Osp. S. Camillo)

3. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

Dir. Prof. A. Gliosci
(Clinica Villa Betania)

4. CHIRURGIA OCULARE

Dir. Dott. V. Maucione
(Osp. S. Carlo di Nancy)

5. CURE PALLIATIVE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL MALATO IN FASE AVANZATA

Dir. Dott. P. Astorre
(Policlinico Militare di Roma)

6. DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE

Dir. Dott. A. Pagano
(Osp. Regina Apostolorum di Albano)

7. ECOGRAFIA

Dir. Dott. L. De Medici e Dott. G. Zirizzotti
(Osp. S. Camillo)

8. EMERGENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

Dir. Dott. M. Ferraro e Dott. E. Tesei
(Osp. Civ. Velletri)

9. ENDOCRINOLOGIA

Dir. Dott. E. Papini
(Osp. Reg. Apostolorum di Albano)

10. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Dir. Prof. L. Capurso
(Osp. S. Filippo Neri)

11. MALATTIE INFETTIVE

Dir. Dott. G. Demartino
(Osp. L. Spallanzani)

12. MEDICINA INTERNA

Dir. Prof. V. Romeo
(Osp. S. Camillo)

13. ORTOGNATODONZIA

Dir. Dott. F. De Nuccio e Prof. C. De Nuccio
(Osp. Nuovo Regina Margherita)

14. PEDIATRIA

Dir. Prof. L. Benedettelli
(Osp. S. Camillo)

15. PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

Dir. Dott. C. Cundari
(Osp. Civ. Frascati)

16. RADIOLOGIA CLINICA E INTERVENTISTICA DEL TORACE

Dir. Dott. G. Pedicelli
(Osp. Forlanini)

17. TERAPIA ANTALGICA

Dir. Prof. M. Di Lazzaro
(Osp. C. Forlanini)

ISCRIZIONI AI CORSI ANNUALI SMORRL 1997/98

Dal 10 al 21 novembre la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio apre le iscrizioni ai corsi annuali di aggiornamento e formazione professionale per l'A/A 1997/98, presso l'Ordine dei Medici di Roma, via G. B. De Rossi n.9 (tutti i giorni dal Lunedì al Giovedì ore 9/13-14/18, Venerdì ore 9/13, esclusi Sabato e Domenica). I Corsi a carattere esclusivamente pratico o teorico-pratico saranno attivati solo se raggiungeranno un numero minimo di 3 iscritti.

DURATA DEI CORSI:

trimestrale o semestrale, con un minimo di 30 ore di insegnamento distribuite in almeno 20 lezioni. Nei corsi tenuti da più docenti, ciascun insegnante dovrà svolgere almeno un 1/5 delle lezioni complessive.

DOMANDE DI ISCRIZIONE:

redatte su apposito modulo disponibile presso la Segreteria della Scuola e allegate al libretto programma, da presentare con la ricevuta del versamento di £. 80.000 per ogni corso, eseguito sul C/C Postale n. 82947003, con l'esibizione della tessera di iscrizione all'Ordine professionale o con la consegna della fotocopia del certificato di laurea.

Non è consentita l'iscrizione a più di due corsi. L'ammissione ai corsi con numero limitato di posti avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione delle domande.

I cambi con altri corsi saranno ammessi solo durante il periodo delle iscrizioni, mediante presentazione della ricevuta di iscrizione già effettuata.

AMMISSIONE E REQUISITI:

possono iscriversi i laureati in medicina e chirurgia, nonché gli studenti dello stesso corso di laurea che dovranno esibire l'attestato universitario dal quale risulti che siano stati regolarmente superati gli esami di Patologia Speciale Medica e Patologia Speciale Chirurgica o gli esami ad esse corrispondenti secondo il nuovo ordinamento: Malattie dell'apparato cardiovascolare, Malattie dell'apparato respiratorio, Malattie del rene e vie urinarie, Malattie dell'apparato digerente, Malattie del sistema endocrino e del metabolismo, Malattie del sangue e degli organi emopoietici, Malattie del sistema immunitario e reumatologia. Limitatamente a determinati corsi, possono altresì iscriversi i laureati in odontoiatria e protesi dentaria, biologia, farmacia, psicologia, chimica e tecnologie farmaceutiche e biotecnologie.

ESAME FINALE E DIPLOMA:

al termine del corso è previsto il superamento di un esame finale al quale l'allievo potrà essere ammesso solo se ha frequentato i 2/3 delle lezioni svolte. Superato l'esame finale sarà conferito un diploma utilizzabile secondo le norme vigenti a fini concorsuali.

CORSI AGGIUNTI:

"Il Management nell'Azienda Sanitaria" (C.T.P) 22/1998/0059 C. Roman (Coordinatore), A. Miozzo (Esperto), F. Albertoni. Direzione Generale A.S.L. Latina. Limitato a 20 iscritti (aperto a medici e studenti in medicina). Mercoledì ore 15.00 - 16.30.

CORSI ANNULLATI:

"Diagnosi e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare" (C.T.P) 51/1998/0054

I. R. Tedesco (Docente)

"Parodontologia e patologia delle mucose orali" (C.T.P) 47/1998/0048 C. Apsan (Coordinatore), A. Lattanzi (Esperto), G. Olivi.

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: L. Capurso, F. De Marinis, F. De Nuccio, G. De Simone, E. Fedele, E. Giovannini, G. B. Grassi, L. Persico, Q. Piacevoli
- Consiglieri di Diritto: M. Amadei, L. Benedettelli, V. Lumia, A. M. Martelli, A. Panegrossi, G. Visco
- Revisori dei Conti: F. Lo Iacono, F. Feliciani, A. Perrone
- 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: L. Cardillo, L. Persico, P. Ronchetti, V. Rulli, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta
- Grafica e impaginazione: Edizioni Primus
- Stampa: Nuova Tipografia Loffari