ANNO XXII • NUMERO 37 • OTTOBRE-DICEMBRE 2016 • TRIMESTRALE

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

1 Estratto dalla relazione annuale 2015 del Consiglio Direttivo.
• di U. Recine

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

5 Utilizzo dell'accesso radiale nell'angioplastica coronarica.
• di A. Sciahbasi, F.M. Lauri, F. Castelli, S. Rigattieri, M. Cera, C. Di Russo, S. Fedele, F.R. Pugliese

8 Uno, nessuno, centomila.
• di M. di Girolamo

10 Tavola Rotonda "Gestione di Emergenze Sanitarie CBRNe: Nuovi Scenari e Future Sfide"
• di B. Condorelli

NOTIZIE FLASH

11 Esito drammatico di una sperimentazione, in Francia.
• di G. Visco

AGENDA DELLA SCUOLA

12 Ultimi Corsi ECM anno accademico 2016. Prime proposte dell'A/A 2017.

AVVISO

SI INVITANO I SOCI DOCENTI A PRESENTARE NUOVE PROPOSTE DI CORSI ECM PER L'ANNO ACCADEMICO 2017 PRESSO LA SEGRETERIA DELLA SCUOLA. SI PUÒ SCARICARE IL MODELLO DAL SITO WEB: WWW.SMORRL.IT

ESTRATTO DALLA RELAZIONE ANNUALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO PRESENTATA ALL'ASSEMBLEA DEI SOCI DEL 7/07/2016

di UMBERTO RECINE
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Signori associati,
a nome del Consiglio Direttivo, porto a conoscenza dei Soci docenti e di tutti coloro che della Scuola sono parte attiva i risultati conseguiti nel corso del 2015.
Come da consuetudine, anche nel 2015 ogni iniziativa è stata adottata nell'ottica di una politica volta al contenimento delle spese, dando la priorità ad un'attenta gestione amministrativa e finanziaria.
Potendo contare su di un gruppo di lavoro coeso ed operativo, anche nel corso di quest'anno è stato possibile rivolgere la nostra attività esclusivamente al fine di sostenere l'Istituzione e per il bene di quest'ultima, dando la massima importanza al tema dell'attività formativa, finalità primaria della Scuola Medica, che deve richiamare una maggiore attenzione da parte di tutti con nuove proposte di corsi e l'alta qualità degli obiettivi didattici.

DIDATTICA

Per quanto riguarda l'attività formativa, anche quest'anno, la Scuola oltre ai corsi legati ai crediti ECM, ha pensato di attivare i tradizionali corsi semestrali (senza crediti), a carattere prevalentemente pratico e teorico/pratico, che continuano ad interessare una fascia di operatori non strettamente dipendenti dai crediti formativi, come gli specializzandi che hanno la concreta necessità di potersi aggiornare e di fare formazione permanente con la presenza di un tutor.
L'attività tradizionale della Scuola nell'anno 2015/2016 si può così sintetizzare: 19 corsi semestrali attivati presso 12 presidi ospedalieri con circa 110 iscritti. Per i corsi semestrali nel 2015, rispetto all'anno precedente, si è registrato un leggero calo del numero dei corsi attivati (da 23 a 19 corsi) con una conseguente diminuzione del numero degli iscritti da 125 a 110 iscritti. Chiaramente il numero dei corsi

tradizionali si è notevolmente ridotto rispetto al passato, anche a causa del venir meno dell'assegnazione di un punteggio fisso, da parte delle Commissioni esaminatrici dei titoli presentati in sede di concorsi ed esami.

E.C.M.

La Scuola Medica Ospedaliera, già riconosciuta dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua quale Provider Provvisorio ECM, ha presentato la richiesta di accreditamento standard e alla fine del 2014, presso la segreteria della Scuola, si è tenuta la verifica ispettiva da parte di una delegazione del Ministero che ha visionato documenti istituzionali, nonché alcuni corsi ECM presi a campione degli ultimi tre anni accademici, per verificarne la regolare archiviazione e compilazione dei documenti.

L'esito dell'ispezione è stato positivo e **la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella riunione del 9 dicembre 2015, ha espresso il proprio parere positivo riconoscendo la Scuola Medica Ospedaliera quale Provider Standard con numero identificativo 471, per un periodo di 4 anni.**

Nel 2015, la Scuola Medica ha organizzato in tutti gli ospedali di Roma e del Lazio numerosi corsi di formazione ECM, ai quali sono stati attribuiti un gran numero di crediti: in particolare, sono stati attivati 74 corsi ECM con un totale di circa 1.267 iscritti e una media di circa 17 iscritti per corso.

Analizzando l'andamento dei corsi ECM per l'anno 2015, rispetto all'anno precedente si è verificato un leggero calo dei corsi attivati (da 80 a 74) e conseguentemente del numero degli iscritti (da 1433 a 1267), sono però anche diminuiti i corsi annullati, cioè i corsi proposti ma che non sono partiti per mancanza di iscritti (da 20 a 10).

Tale elemento, comunque, ha condizionato in modo molto marginale i risultati di bilancio, grazie anche ad una riduzione dei costi di esercizio.

A proposito di costi il Direttivo, nell'ottica del contenimento dell'elevata spesa per i contributi ministeriali, dovuta anche ai numerosi corsi erogati con 50 crediti formativi, ha invitato per il futuro i docenti responsabili a cercare di suddividere il corso in due più brevi, nonché la segreteria della Scuola a indirizzare a fare corsi sino ad un massimo di 30 crediti.

Si ricorda che in base alla nuova normativa ECM, per ogni corso si paga un unico accreditamento, indipendentemente dal numero delle discipline cui il corso è rivolto.

Il Direttivo, ricordando che l'attività didattica va intensificata poiché rappresenta l'unica fonte di finanziamento dell'Istituzione, invita i soci docenti a proporre nuovi corsi ECM, coinvolgendo anche colleghi ed amici, ed utilizzando sponsor o altre fonti di finanziamento per sostenere i corsi.

È bene inoltre ricordare che la Commissione per la Formazione Continua ha preannunciato severe sanzioni (anche pecuniarie) per i professionisti che non avranno maturato i crediti annuali richiesti (50), sia come docenti che come iscritti. Per quanto riguarda il budget a disposizione del responsabile del corso, corrispondente al 25% delle entrate (fatte salve le spese se non ricoperte), già da qualche anno è stata introdotta la possibilità di erogarlo non solo con l'acquisto di mezzi didattici, ma anche sotto forma di contributo economico ai docenti, per il maggior impegno a loro richiesto per l'organizzazione di un corso ECM.

Questo senza far perdere alla SMO la qualifica di ente non commerciale, in quanto gli eventuali avanzi di gestione non verrebbero distribuiti tra gli associati, ma destinati al potenziamento dell'attività istituzionale.

In linea generale, non si può non considerare la crisi che ha investito il mercato della formazione di cui alcune possibili cause possono individuarsi nella presenza di una maggiore concorrenza, o nella difficoltà per i giovani medici di sostenere il costo dei corsi. A tal proposito, la Scuola Medica cerca di differenziarsi, proponendo una migliore e più diversificata offerta formativa, a costi contenuti e competitivi rispetto al mercato della formazione.

Il Direttivo ha anche pensato di potenziare l'immagine della Scuola attraverso iniziative che la possano contraddistinguere, come ad esempio con la proposta di casi di Clinica Medica, discussi attraverso incontri liberi e gratuiti, da pubblicizzare il più possibile tra i giovani medici, medici di famiglia e specializzandi, facendo diventare la Scuola Medica Ospedaliera punto di riferimento dove poter esercitare la discussione clinica libera.

Tali fattori andrebbero approfonditi per un rilancio della Scuola in termini di diffusione del prodotto (corsi) che, pur essendo caratterizzato da un'elevata

qualità, è privo dei canali pubblicitari e tecnologici adeguati per un'efficiente divulgazione.
Anche nel 2015, infatti, la pubblicità dei corsi ha continuato a basarsi essenzialmente sulla divulgazione attraverso newsletter inviate via mail, attraverso il sistema software Send Blaster, nonché tramite il sito web. Uno dei nostri prossimi obiettivi rimane proprio quello di intensificare il programma pubblicitario dei corsi.
Un elemento di novità per i corsi ECM, è stata la realizzazione di una libreria nel sito web della Scuola dove, accedendo tramite password, è possibile scaricare online il materiale didattico del corso ECM frequentato. L'accesso a tale area è riservato esclusivamente ai discenti iscritti al corso e deve essere monitorato per un periodo di tempo limitato ad un mese, inoltre il materiale scaricato non è modificabile.

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DELLE COMMISSIONI

Il Consiglio Direttivo per dare maggiore rilievo alla vocazione didattica della Scuola Medica, sta portando avanti anche uno studio sul discorso dell'e-learning e della FAD, per cominciare ad avvicinarci ad una cultura di tipo online che diventa sempre più incisiva per il mercato della formazione. A tal proposito si stanno valutando le proposte pervenute da parte di alcune Società che offrono la loro piattaforma digitale a Provider nazionali residenziali per realizzare in comune attività FAD, attraverso la stipula di un apposito contratto di collaborazione.
Considerando, però, che il mercato del web è molto concorrenziale, poiché sono tanti i Provider che offrono corsi online gratuiti o con quote di iscrizioni molto basse, e che un corso FAD richiede oltre ad un maggiore impegno economico (per i maggiori costi di gestione e per l'investimento tecnologico), anche un notevole impegno organizzativo (basti pensare che un corso FAD di 37 minuti circa necessita di almeno 2 ore di tempo di lavoro), il Direttivo sta pensando di organizzare un corso FAD prototipo, veloce e fruibile, che faccia da scopo promozionale per la Scuola che deve rimanere, però, una realtà formativa specializzata in corsi di aggiornamento di tipo residenziale.
Come altra iniziativa, è stata conferita la carica di Presidente Emerito al Prof. Benedetto Condorelli in segno di riconoscimento e ringraziamento particolare per tutto quello che ha fatto per la Scuola e, a tal proposito, è stato necessario introdurre una modifica all'art. 5 del Regolamento interno della SMO che non prevedeva titoli onorifici a carattere vitalizio.
È stato, quindi, invitato ad entrare a far parte del Consiglio Direttivo il Prof. Vincenzo Scotto di Palumbo (in quanto primo dei Consiglieri non eletti) che ha accettato l'incarico.
Tra i programmi futuri, il Direttivo desidera volgere i propri sforzi verso una politica di espansione della Scuola Medica e di confronto con il mondo istituzionale, ponendo le basi per dei rapporti di cooperazione con l'Università, le Aziende Ospedaliere, le altre Istituzioni.
A tal proposito la Scuola Medica sta partecipando all'organizzazione di un Master di II livello in Medicina Trasfusionale, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Sperimentale della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "Sapienza" di Roma, che parteciperebbe come partner organizzativo, nonché con l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, nella persona del Prof. Luca Pierelli, Direttore della UOC di Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali.
Per quanto riguarda l'organizzazione interna, il Consiglio Direttivo ha ratificato il documento richiesto alla Segreteria, contenente una descrizione dettagliata delle attività svolte (job description), al fine di poter individuare i responsabili delle singole attività. È stata quindi sintetizzata l'attività della Scuola in 4 macro aree: attività didattica, attività di segreteria, attività istituzionale e pubblicistica, attività contabile ed economica. Cercando di mantenere in linea di massima l'attuale distribuzione dei compiti e delle competenze, si è pensato di individuare per ogni

IN RICORDO DEL DOTT. LALA

IN QUESTO NUMERO, LA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA ED IL CONSIGLIO DIRETTIVO DESIDERANO ANCORA UNA VOLTA RICORDARE LA PREMATURA SCOMPARSA DEL DOTT. ROBERTO LALA, CONSIGLIERE DI DIRITTO DELLA SCUOLA QUALE RAPPRESENTANTE DELL'ORDINE DEI MEDICI DI ROMA E, SOPRATTUTTO, UN CARO AMICO DELLA NOSTRA ISTITUZIONE.

area due responsabili per assicurare, in caso di impossibilità del primo, la regolare prosecuzione del lavoro. In ogni caso, nell'ottica della collaborazione reciproca e per il buon andamento della struttura, tutto il personale dovrà essere di supporto alle attività a carattere d'urgenza.

Per quanto riguarda l'attività editoriale, nel corso del 2015 è stato pubblicato il numero 36 – ottobre-dicembre 2015 del Bollettino della Scuola Medica Ospedaliera, tradizionale rivista trimestrale che nella sua attuale veste è arrivata al ventesimo anno di attività.

Per sostenere la spesa editoriale, il Direttivo ha pensato di inviare la rivista ad alcune case farmaceutiche chiedendo un loro contributo alla pubblicazione sotto forma di pubblicità e, a tal proposito, sono invitati i Soci docenti ed i Consiglieri che hanno contatti più diretti con case farmaceutiche ad attivarsi.

Inoltre il Vice Presidente Raja ha fatto pervenire un suo manoscritto sulla storia dell'Ospedale S. Spirito in Sassia ed il Direttivo ha scelto di pubblicarlo con un nuovo numero dei "Quaderni della SMO", altra pubblicazione della Scuola a carattere monotematico che aveva subito una battuta di arresto.

Per quanto riguarda l'attività congressuale, il 23 e 24 aprile 2015 la Scuola Medica Ospedaliera ha organizzato con successo presso la Sala teatro dell'Ospedale S. Spirito il Convegno "Il ripristino del benessere respiratorio. X° Corso teorico pratico sulle patologie respiratorie" del Dott. Lino Di Rienzo Businco, con la partecipazione di circa 120 iscritti.

CONVENZIONI E PROTOCOLLI D'INTESA

Il Consiglio Direttivo, ribadendo l'importanza delle convenzioni e di protocolli di intesa con Aziende Ospedaliere ed istituzioni varie, nel 2015 ha stipulato un accordo operativo con il Direttore del Policlinico Militare "Celio", concordando la percentuale del 30% delle iscrizioni a titolo onorifico per i medici dipendenti del Celio, in cambio dell'ospitalità gratuita per i corsi della Scuola.

L'accordo ha però come condizione il raggiungimento di un numero minimo di 12 iscritti paganti per poter coprire le spese.

Inoltre, su espressa richiesta degli interessati, sono stati concessi alcuni patrocini da parte della Scuola Medica Ospedaliera a varie iniziative didattico-congressuali.

Sono inoltre pervenute richieste per la partecipazione della Scuola Medica in qualità di Provider ECM a varie iniziative formative, ai fini della pratica dell'accreditamento.

In merito alla Certificazione di Qualità della Scuola Medica il 9 dicembre 2015, a seguito dell'annuale visita ispettiva interna, è stata confermata dalla RINA anche per quest'anno la certificazione di Qualità del nostro sistema di gestione aziendale, secondo la normativa ISO 9001:2008.

"Quaderni della SMO" n°1 - *La storia dell'Ospedale "Santo Spirito in Sassia".*

UTILIZZO DELL'ACCESSO RADIALE NELL'ANGIOPLASTICA CORONARICA

di Alessandro Sciahbasi, Francesco Maria Lauri, Fabrizio Castelli, Stefano Rigattieri, Maria Cera, Cristian Di Russo, Silvio Fedele, Francesco Rocco Pugliese

UOSD Emodinamica – Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, Ospedale Sandro Pertini – Roma

Gli interventi di rivascolarizzazione coronarica percutanea sono stati tradizionalmente effettuati utilizzando l'arteria femorale come via di accesso arterioso. Ciò è dovuto alla facilità di puntura dell'arteria femorale ed al suo grande calibro che consente un facile inserimento e una agevole manovrabilità dei cateteri. Tuttavia le complicanze vascolari a livello del sito di puntura femorale (emorragie, ematomi superficiali o retroperitoneali, pseudoaneurismi, fistole arterovenose) si manifestano con una frequenza non trascurabile che, in condizioni normali, si aggira tra il 3 ed il 5% (1). Tali complicanze spesso richiedono emotrasfusione o riparazione chirurgica e pertanto contribuiscono in maniera significativa alla morbilità del paziente, al prolungamento dell'ospedalizzazione ed all'aumento dei costi legati alle procedure di cardiologia interventistica. Le complicanze sono considerevolmente più frequenti qualora venga utilizzata una terapia anticoagulante, antipiastrinica o trombolitica aggressiva come può accadere nel caso di pazienti con infarto miocardico acuto. Per ovviare a queste complicanze vascolari negli ultimi anni progressivamente si è diffuso l'utilizzo di un differente accesso vascolare per l'esecuzione delle procedure diagnostiche ed interventistiche coronariche: **l'accesso radiale** (Figura 1). L'utilizzo dell'arteria radiale come via di accesso per procedure diagnostiche ed interventistiche è stato descritto per la prima volta rispettivamente da Campeau (2) e Kiemeneij (3) negli anni '90 ma solo negli ultimi 4-5 anni ha avuto una ampia diffusione.

L'ACCESSO RADIALE

L'arteria radiale (localizzata a livello della superficie esterna del polso) è un'arteria di dimensioni contenute e dotata di una spiccata componente muscolare nella sua parete che la rende sensibile alle variazioni di calibro nei casi di contrazione di tale componente muscolare. Inoltre l'arteria radiale poggia su di un piano osseo che rende l'emostasi del vaso facile con la semplice compressione manuale o con *devices* dedicati (Figura 2). Il principale vantaggio dell'utilizzo dell'arteria radiale

FIGURA 1

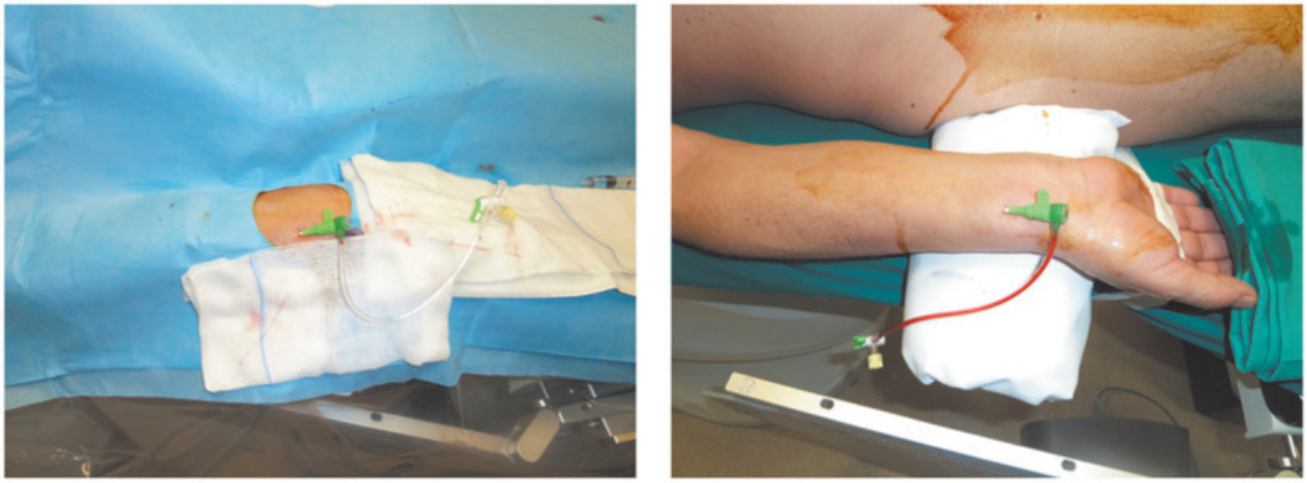
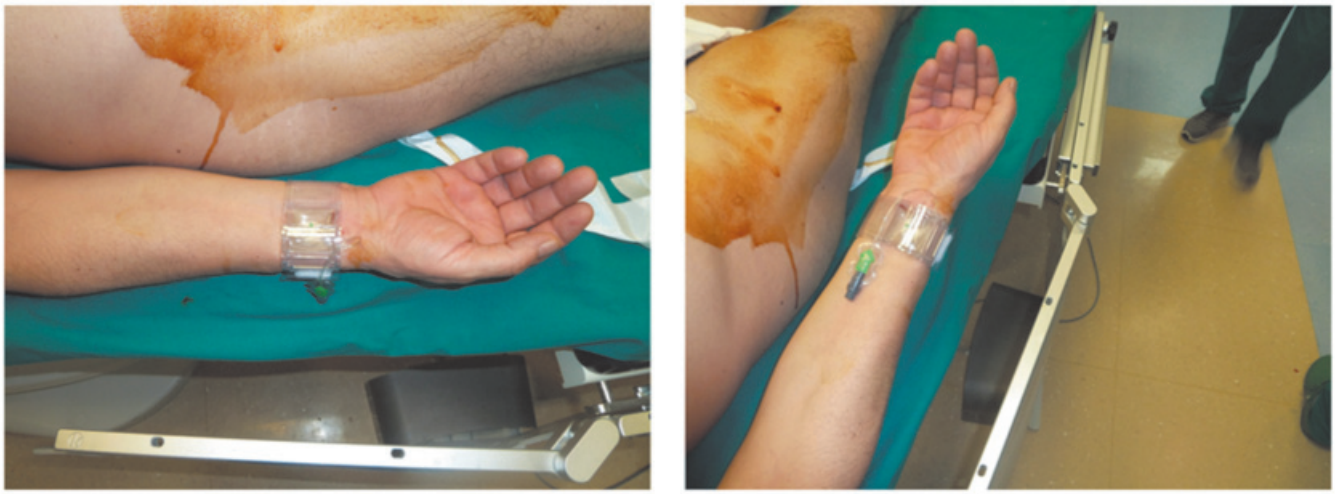


FIGURA 2



nelle procedure di angioplastica coronarica è legato alla riduzione delle complicanze vascolari maggiori (ematoma, pseudoaneurisma, fistola arterovenosa, ecc.) come dimostrato da vari studi clinici (4).
Ciò è proprio in relazione al piccolo calibro dell'arteria ed alla sua facile compressibilità ed emostasi. L'impatto clinico della riduzione di tali complicanze non è trascurabile: infatti le minori complicanze si riflettono su una riduzione della morbilità e della degenza ospedaliera dei pazienti. Inoltre, recentemente, nei pazienti a più elevato rischio di complicanze emorragiche (come quelli con infarto miocardico acuto) si è osservata una relazione diretta fra utilizzo dell'accesso radiale, riduzione dei sanguinamenti e riduzione della mortalità dei pazienti (5, 6). Alla luce di questi vantaggi in termini di riduzione della mortalità, le più recenti linee guida indicano come accesso vascolare di scelta nel trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto quello radiale rispetto al femorale (7). L'accesso femorale rimane tuttavia la prima scelta in pazienti affetti da infarto miocardico acuto con shock cardiogeno alla presentazione che potrebbero beneficiarsi del posizionamento di device di supporto emodinamico (contropulsatore aortico, Impella, etc.) compatibili con cateteri di maggiori dimensioni.
Un ulteriore vantaggio dell'accesso radiale è legato al maggior comfort periprocedurale per i pazienti. Infatti mentre i pazienti sottoposti a procedura con accesso femorale devono rimanere immobilizzati nel letto per un periodo variabile che va dalle 6 alle 24 ore, i pazienti sottoposti a procedura con accesso radiale si possono mobilizzare immediatamente (se le condizioni cliniche lo consentono) e possono provvedere autonomamente alle normali esigenze personali (alimentarsi, andare in bagno, ecc). La preferenza dei pazienti in termini di comfort periprocedurale è stata confermata da studi clinici che hanno utilizzato specifici questionari dedicati (8).
I vantaggi dell'utilizzo dell'accesso radiale non sono limitati alla sola sfera medica (riduzione delle complicanze), ma si estendono anche ai campi della gestione del personale (riduzione del carico di lavoro) e delle risorse economiche (diminuzione delle spese per singola procedura, incremento delle procedure totali). Infatti grazie alla rapida e precoce mobilizzazione del paziente si stanno diffondendo in Europa (meno in Italia) sistemi organizzativi che prevedono l'esecuzione di coronarografie ed angioplastiche coronariche in regime di day-hospital.

■ SVANTAGGI DELL'ACCESSO RADIALE

L'accesso radiale può però presentare anche degli svantaggi legati proprio al calibro dell'arteria ed alle frequenti alterazioni anatomiche del decorso (tortuosità o varianti anatomiche). Ciò fa si che per gli operatori la curva di apprendimento sia più lunga rispetto a quella dell'accesso femorale ed inoltre il tasso di successo delle procedure possa essere leggermente inferiore a quelle con accesso femorale. L'accesso radiale può risultare particolarmente impegnativo per gli operatori meno esperti ed in particolare nei pazienti molto anziani ed in quelli di bassa statura e basso peso corporeo (soprattutto donne). Inoltre

come accennato precedentemente la spiccata componente muscolare presente nell'arteria fa sì che questa possa andare incontro facilmente a spasmo con conseguente difficoltà ad eseguire la procedura e dolore da parte del paziente.
Anche con l'accesso radiale possono essere presenti complicanze vascolari (fistole arterovenose, pseudoaneurismi, ecc) e sanguinamenti ma la loro frequenza risulta inferiore all' 1%.
La complicanza in assoluto più frequente che si verifica fino al 7-8% dei casi è l'occlusione dell'arteria radiale dopo la procedura. In genere tale complicanza decorre asintomatica e non causa deficit della funzione della mano (9) in quanto la vascolarizzazione della mano viene vicariata dall'arteria ulnare e da quella interossea. Inoltre la somministrazione di una profilassi anticoagulante adeguata, una corretta tecnica di compressione dell'arteria anche mediante l'ausilio di *device* di chiusura e la dimensione più piccola dell'introduttore possono minimizzare il rischio di occlusione dell'arteria radiale.

■ QUANDO NON USARE L'ARTERIA RADIALE

Esistono delle situazioni cliniche in cui l'accesso radiale non dovrebbe essere utilizzato o non può essere utilizzato. Tra queste ritroviamo:

- l'assenza di polso arterioso radiale (ad esempio in caso di occlusione da precedente procedura);
- pazienti portatori o candidati al confezionamento di fistola arterovenosa per il trattamento emodialitico (insufficienza renale cronica terminale);
- notevole tortuosità e/o varianti anatomiche delle arterie del braccio già note (loop radiale, radio-ulnare, origine ascellare dell'arteria radiale, ecc.);
- necessità di cateteri guida di grandi dimensioni sebbene l'utilizzo di un catetere *sheatless* (senza introduttore) permetta in alcuni casi di sopperire a tale necessità (10).

■ CONCLUSIONI

Sempre maggiori evidenze dimostrano i vantaggi legati all'esecuzione di procedure coronariche invasive con approccio radiale rispetto a quello femorale. Per tale motivo esso dovrebbe rappresentare ad oggi l'accesso di scelta nelle procedure interventistiche coronariche sia in pazienti elettivi che in pazienti affetti da sindromi coronariche acute in accordo con le recenti linee guida della società europea di cardiologia. Tuttavia l'uso dell'accesso femorale non può essere abbandonato per tutti quei casi in cui non sia possibile effettuare un accesso radiale o nelle procedure che necessitino dell'utilizzo di *device* di grosso calibro. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Waksman R, King SB, Douglas JS, et al. Predictors of groin complications after balloon and new-device coronary intervention. Am J Cardiol 1995;26: 922-930.
2. Campeau L. Percutaneous radial artery approach for coronary angiography. Cathet Cardiovasc Diagn 1989;16:3-7.
3. Kiemeneij F, Laarman GJ, de Melker E. Transradial artery coronary angioplasty. Am Heart J 1995;129:1-7.
4. Agostoni P, Biondi-Zoccai GG, de Benedictis ML, Rigattieri S, Turri M, Anselmi M, Vassanelli C, Zardini P, Louvard Y, Hamon M. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures; Systematic overview and meta-analysis of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004; 21; 44: 349-56.
5. Romagnoli E, Biondi-Zoccai G, Sciahbasi A, Politi L, Rigattieri S, Pendenza G, Summaria F, Patrizi R, Borghi A, Di Russo C, Moretti C, Agostoni P, Loschiavo P, Lioy E, Sheiban I, Sangiorgi G.. Radial versus femoral randomized investigation in ST-segment elevation acute coronary syndrome: the RIFLE-STEACS (Radial Versus Femoral Randomized Investigation in ST-Elevation Acute Coronary Syndrome) study. J Am Coll Cardiol. 2012; 60: 2481-9.
6. Jolly SS, Yusuf S, Cairns J, Niemelä K, Xavier D, Widimsky P, Budaj A, Niemelä M, Valentin V, Lewis BS, Avezum A, Steg PG, Rao SV, Gao P, Afzal R, Joyner CD, Chrolavicius S, Mehta SR. Radial versus femoral access for coronary angiography and intervention in patients with acute coronary syndromes (RIVAL): a randomised, parallel group, multicentre trial. Lancet. 2011; 377: 1409-20.
7. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, Bax JJ, Borger MA, Brotons C, Chew DP, Gencer B, Hasenfuss G, Kjeldsen K, Lancellotti P, Landmesser U, Mehilli J, Mukherjee D, Storey RF, Windecker S, Baumgartner H, Gaemperli O, Achenbach S, Agewall S, Badimon L, Baigent C, Bueno H, Bugiardini R, Carerj S, Casselman F, Cuisset T, Erol Ç, Fitzsimons D, Halle M, Hamm C, Hildick-Smith D, Huber K, Iliodromitis E, James S, Lewis BS, Lip GY, Piepoli MF, Richter D, Rosemann T, Sechtem U, Steg PG, Vrints C, Luis Zamorano J. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016; 37: 267-315.
8. Sciahbasi A, Fischetti D, Picciolo A, Patrizi R, Sperduti I, Colonna G, Summaria F, Montinaro A, Lioy E. Transradial access compared with femoral puncture closure devices in percutaneous coronary procedures. Int J Cardiol. 2009; 137: 199-205.
9. Sciahbasi A, Rigattieri S, Sarandrea A, Cera M, Di Russo C, Fedele S, Romano S, Penco M, Rocco Pugliese F. 3. Radial artery occlusion and hand strength after percutaneous coronary procedures: Results of the HANGAR study. Catheter Cardiovasc Interv. 2015 Aug 13. doi: 10.1002/ccd.26142
10. Sciahbasi A1, Mancone M, Cortese B, Pendenza G, Romagnoli E, Fischetti D, Tomassini F, Sardella G, Lioy E. Transradial percutaneous coronary interventions using sheathless guiding catheters: a multicenter registry. J Interv Cardiol. 2011; 24: 407-12.

UNO, NESSUNO, CENTOMILA

■ **di Marco Di Girolamo**

Medico Coordinatore Ambulatorio Amiloidosi – Ospedale Fbf S. Giovanni Calibita – Roma

Nella pratica clinica può talvolta capitare di imbattersi in alcuni quadri patologici con esordio, compromissione d'organo, sintomi e segni clinici e decorso che sembrano avere ben poco in comune tra loro.
Ci si può quindi chiedere quale etiopatogenesi possa talvolta unificare un quadro clinico di una sindrome nefrosica ed insufficienza renale, uno scompenso cardiaco, una neuropatia periferica sensitivo-motoria, un'ipotensione posturale, un'epatomegalia, un alvo diarroico persistente, una Ig monoclonale sierica e/o urinaria, un inspiegato e prolungato dimagrimento, una ridotta vis erigendi, una cardiopatia restrittivo/ipertrofica o, infine, la comparsa di episodi febbrili ricorrenti senza segni clinici e di laboratorio di malattia infettiva.
Una premessa: quando si presenta uno dei quadri sopraindicati vanno necessariamente considerati molti altri quadri morbosi più frequenti prima di ipotizzare una patologia senz'altro rara come l'amiloidosi. Tuttavia, la comparsa e coesistenza di più segni o sintomi d'interessamento d'organo dovrebbe farci considerare più spesso questa ipotesi nel processo diagnostico differenziale. Infatti, alla base di una estrema variabilità di esordio vi può essere una comune causa, a guisa di ruoli differenti interpretati dallo stesso attore, il cui atto finale termina di volta in volta allo stesso modo: un danno tessutale dovuto a materiale fibrillare amiloide insolubile.
I recenti progressi della ricerca e gli strumenti diagnostici a disposizione, permettendo una migliore comprensione dei meccanismi etiopatogenetici di malattia, ci consente ora di considerare che forse quello che finora è stato considerato raro, non lo è poi tanto e neppure solo una "moda" del momento.
Con la limitazione dello spazio a disposizione per questo breve articolo, ci si limiterà a fornire alcune informazioni sul procedimento diagnostico, di per sé già piuttosto complesso, cercando di rispondere a due domande: quando ipotizzare e come provare questa diagnosi?

■ QUANDO PENSARE ALL'AMILOIDOSI?

La diagnosi di amiloidosi è difficile poiché molti dei segni e sintomi (vedi Tabella) possono essere riferiti a molti altri comuni problemi medici.
La loro presenza isolata può non essere utile, ma se i segni o sintomi sono più d'uno (e talvolta con una comparsa "dispersa" in un lasso di tempo più o meno lungo), possono far porre diagnosi di amiloidosi, alcune volte "*possibile*", altre volte "*molto probabile*" o "*pressoché certa*". Ecco perché è utile valutare e rivalutare a distanza il quadro clinico del paziente per cercare di unificare tra loro l'insieme dei suoi dati clinici.

■ COME CONFERMARE L'IPOTESI DIAGNOSTICA?

È stato ormai accertato che non esiste una amiloidosi ma le amiloidosi, causate da differenti TIPI di amiloide (ne sono stati descritti finora circa 30 tipi differenti) (1) tutte con la caratteristica comune di depositarsi, in particolari condizioni, nei tessuti in struttura fibrillare.
I tipi più frequenti sono tre:
- **Amiloidosi AL** (causata da una malattia ematologica).
- **Amiloidosi AA** (causata da una malattia infiammatoria e/o infettiva cronica).
- **Amiloidosi TTR** (causata da una mutazione genica della proteina transtiretina). Più rare altre forme causate da mutazioni geniche di altre proteine.

Bisogna quindi seguire un percorso ben definito per *provare* quanto si è ipotizzato:
1) Stabilire che nei tessuti vi sia il materiale amiloide (che dopo la colorazione specifica con il Rosso Congo assume una tipica birifrangenza di colore verde). Il primo passo è dunque il prelievo poco "invasivo" del grasso periombelicale, ma in caso di negatività (se il sospetto sussiste) è necessario procedere a un prelievo in altre zone (ghiandole salivari minori, mucosa rettale) arrivando, se occorre, ad una biopsia dell'organo interessato

(rene, fegato, mucosa intestinale, nervo, endomiocardio). Alcuni esami di laboratorio e strumentali possono essere di "supporto" alla diagnosi e contribuire ad eventuale "stadiazione di malattia".

Esami di laboratorio

Elettroforesi proteica sierica ed urinaria, IgG, IgA, IgM, FLC (Free Light Chains o Catene leggere libere), β_2 microglobulina, PCR, VES, LDH, Glicemia, emocromo, Na, K, Cl, Ca, P, esame urine Creatinina, Azotemia, Uricemia, Proteinuria/24 h, Albuminuria e Creatininuria, TSH.

Biopsia osteomidollare ed ago-aspirato midollare, NT-ProBNP (Peptide Natriuretico NH2-Terminale), CK-MB, Troponina T, Fosfatasi alcalina, γGT, ALT, PCR, VES, Ferritina, SAA (Serum Amyloid A).

Indagini genetiche per ricerca di mutazioni per TTR (trans-tiretina) o altre proteine.

Le indagini strumentali

Cuore: ECG, Ecocardiografia, Holter ECG, Angio RNM con intensificazione ritardata (Delay enhancement);

Ossa: Scintigrafia scheletrica con TC-99m 2,3 – dicarbossipropano - 1, 1-difosfonato (DPD-Tc).

Rene: ecografia.

Fegato: ecografia .

Apparato digerente: endoscopie Esofago-Gastro-Duodeno Scopia (EGDS) e Retto-Sigma-Colon Scopia (RSCS).

Sistema nervoso periferico: Elettro-Neurografia (ENG) ed Elettromiografia (EMG).

2) Una volta ottenuta la diagnosi generica di "amiloidosi" si procede alla fase di tipizzazione delle fibrille: le tecniche di identificazione possono essere più o meno complesse. La scelta è dettata dalla clinica e può andare dall'immunoistochimica ad altre tecniche più sofisticate (microscopia elettronica, tecnica immunoGold, proteomica). Infine, per escludere l'esistenza di altri tipi più rari di amiloidosi dovuti a mutazioni geniche, sono necessarie ricerche sul DNA, possibili nei centri di Genetica di riferimento.

In conclusione: l'ipotesi di amiloidosi deve entrare con maggiore frequenza nel procedimento diagnostico differenziale, sia perché tale patologia sembra non essere poi così rara come si è finora considerato, sia perché tale approccio può consentire di arrivare alla diagnosi in tempi più brevi, con minori ritardi per la terapia, in una condizione patologica nella quale spesso il tempo può essere un elemento fondamentale per la salute del paziente.

D'altra parte l'eziopatogenesi completamente differente fa sì che anche la terapia sarà necessariamente diversa:

Sintomi		
• Respiro "corto"	• Formicolio o ridotta sensibilità periferica	• Debolezza muscolare
• Astenia	• Sindrome del tunnel carpale	• Riduzione della vis erigendi
• Edema agli arti inferiori	• Difficoltà alla masticazione	• Senso di vertigine assumendo la posizione eretta
• Aumento di volume della lingua e/o disfonia	• Tosse non produttiva	• Ipotensione ortostatica
• Facilità alle ecchimosi	• Perdita progressiva di peso	• Diarrea cronica
Segni clinici		
• Proteinuria	• Presenza di gammapatia monoclonale nel siero e/o urine	• Ipercolesterolemia
• Bassi voltaggi all'elettrocardiogramma	• Insufficienza renale	• Opacità del vitreo
• Cardiopatia ipertrofica restrittiva	• Epatomegalia	• Noduli isolati o aspetto reticolo-nodulare polmone
• Neuropatia termica o sensitivo - motoria simmetrico distale (a "guanto" o "a calza")	• Aumento di indici di colestasi (Fosfatasi Alcalina e γGT) senza aumento di AST/ALT	• Porpora al volto in regione peri-orbitaria

Tipo di amiloidosi	*Etiopatogenesi*	*Terapia*
• *Amiloidosi AL*	*Malattia ematologica plasmacellulare*	*chemioterapia*
• *Amiloidosi AA*	*Processo infiammatorio cronico*	*terapia della malattia di base*
• *Amiloidosi TTR*	*Malattia genetica eredofamiliare*	*Trapianto di fegato, farmaci ad azione sulla sintesi, sulla solubilizzazione, sulla struttura della TTR*

BIBLIOGRAFIA

1 Sipe JD, Benson MD, Buxbaum JN, Ikeda S, Merlini G, Saraiva MJM, Westermark P: - : Amyloid fibril proteins and clinical classification of the amyloidosis. - Amyloid, 2014; 21(4): 221-224.

2 MA Gertz, SV Rajkumar, Amyloidosis: diagnosis and treatment. Humana Press 2016 (in corso di stampa).

3 G Merlini, G. Palladini, Terapia dell'amiloidosi sistemica Linee guida 2011-2012 IRCSS Polic S. Matteo Pavia.

TAVOLA ROTONDA "GESTIONE DI EMERGENZE SANITARIE CBRNe: NUOVI SCENARI E FUTURE SFIDE"

Estratto a cura di Benedetto Condorelli - Presidente Emerito della Scuola Medica Ospedaliera

Il 30 Maggio u.s. si è svolta, con l'Alto Patrocinio del Ministero della Salute, la Tavola Rotonda "Gestione di Emergenze Sanitarie CBRNe: Nuovi Scenari e Future Sfide" che ha dato, tra l'altro, l'avvio al Corso di Alta Formazione Internazionale "Medical CBRNe", al quale la Scuola Medica Ospedaliera ha avuto l'onore di partecipare in qualità di Provider ECM.

Dopo il saluto di benvenuto da parte dei rappresentanti degli Enti Organizzatori dell'evento, Prof. Roberto Mugavero, Presidente OSDIFE, Prof. Ernesto Limiti, Direttore del Dipartimento di Ingegneria Elettronica dell'Università di Roma "Tor Vergata", Prof. Francesco Carinci – Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale, Università di Ferrara, Prof Benedetto Condorelli – Presidente Emerito, Scuola Medica Ospedaliera di Roma e Avv. Maria Sciarrino – Centro Universitario di Formazione sulla Sicurezza dell'Università della Repubblica di San Marino, si è entrati nel vivo della Tavola Rotonda con la presentazione dell'approccio accademico ai nuovi scenari di rischio. I rappresentanti delle Università coinvolte hanno infatti evidenziato come la ricerca da un lato, nonché l'erogazione di Corsi altamente performanti dall'altro, debbano sempre più essere in grado di rispondere alle esigenze che si vanno delineando nel panorama internazionale e come, solo grazie alla condivisione e alla collaborazione con il comparto militare e civile, sia possibile raggiungere i necessari livelli di preparazione del personale operativo.

L'aumento della minaccia terroristica, i flussi migratori e la proliferazione sia di agenti CBRNe così come delle Armi di Distruzione di Massa (WMD), pone sempre più sia le autorità sanitarie che quelle di sicurezza di fronte all'eventualità di dover gestire situazioni di crisi ed eventi basati su

Le persone sono a partire da sinistra: Prof. Roberto Mugavero, C. AMM. Filippo Crociata, Dott.ssa Maria Teresa Letta, Prof. Benedetto Condorelli, Ten. Col. Vittorio Badalone, Prefetto Carlo Boffi

scenari complessi che necessitano di specifiche metodologie, procedure e conoscenze.

L'integrazione interprofessionale ed interistituzionale si possono considerare basi fondanti per il contrasto a tali nuovi tipi di minaccia e possono trovare nella cooperazione una corretta ed efficace sintesi strategica e tecnico-operativa.

Gli interventi del Prefetto Carlo Boffi – Vice Capo Dipartimento Vigili del Fuoco, Soccorso Pubblico e Difesa Civile e Direttore Centrale per la Difesa Civile e le Politiche di Protezione Civile, dell'Ammiraglio Filippo Crociata – Capo Ufficio Studi dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare, del Colonnello Badalone – Capo Ufficio Operazioni e Addestramento – Ispettorato Nazionale del Corpo Militare CRI, del Tenente Colonnello Fabio Radaelli, Capo Dipartimento di Chimica – Scuola Interforze per la Difesa Nucleare,Biologico e Chimica, del Dott. Mauro Casinghini – Direttore Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta e della Dott.ssa Maria Teresa Letta – Vice Presidente Nazionale della Croce Rossa Italiana, hanno poi illustrato e delineato gli orientamenti di settore, sia del comparto militare che civile, definendo peculiarità e caratteristiche delle attività di prevenzione e gestione delle emergenze, della mitigazione delle conseguenze e dei nuovi scenari di rischio, approfondendo anche le problematiche relative alla cooperazione nelle attività operative.

L'Osservatorio Sicurezza e Difesa CBRNe, il Dipartimento di Ingegneria Elettronica dell'Università di Roma "Tor Vergata" ed il Centro di Formazione per la Sicurezza dell'Università della Repubblica di San Marino, uniti anche in questa occasione per l'organizzazione dell'Evento, con il supporto dell'Università di Ferrara e della Scuola Medica Ospedaliera di Roma, hanno rivolto un ringraziamento particolare al Ministro Beatrice Lorenzin e al Generale Franco Condò, Consigliere del Ministro, per il sostegno, la disponibilità e l'attenzione dedicata alla tematica della Tavola Rotonda che vedrà, nel prossimo futuro, ulteriori momenti di confronto e scambio tra ricercatori, specialisti esperti e tecnici di settore. ■

NOTIZIE FLASH

■ **di Giuseppe Visco - Roma**

Esito drammatico di una sperimentazione, in Francia.

È stata effettuata su 84 volontari, presso l'Ospedale Universitario di Rennes, la sperimentazione di un nuovo anti-infiammatorio: il BIA 10/2474, un inibitore dell'idrolasi-amide degli acidi grassi.

In 5 dei 6 soggetti trattati con la dose più elevata (50 mg) si è sviluppato un gravissimo disordine neurologico (sintomi cerebellari, coscienza alterata e perdita di memoria) con evidenti lesioni encefaliche alla Risonanza Magnetica. Un soggetto ha poi sviluppato morte cerebrale e negli altri 4 sono residuati disturbi cronici permanenti (un soggetto non ha avuto disturbi).

Il meccanismo d'azione è stato individuato nell'aumento degli endo-cannabiloidi (gli analoghi endogeni dei cannabinoidi) cerebrali, provocato dal farmaco.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

ULTIMI CORSI A.A 2016 - PRIMI CORSI PROPOSTI A.A 2017

11 Novembre - 1 Dicembre 2016
LA VIOLENZA DOMESTICA ALLA LUCE DELLA PSICOPATOLOGIA DELL'UOMO E DELLA DONNNA ESPLORATA ATTRAVERSO LA CINEMATOGRAFIA E LA CLINICA
Resp.: A. Grassi – Incontri: 4 – ASL ROMA 1 – Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 50**

29 Novembre 2016
INTERVENTI DI FORMAZIONE DI GRUPPO PER PREVENIRE E GESTIRE LO STRESS LAVORO CORRELATO NELLE HELPING PROFESSION. CORSO AVANZATO
Resp.: A. Papale, S. De Simoni – Incontri: 1 – ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 20 partecipanti – **Crediti: 11**

2 - 16 Dicembre 2016
INTERAZIONI CUORE - POLMONE NEL PAZIENTE "CRITICO"
Resp.: C. Mollica – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 – AULA SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 22**

5 - 30 Dicembre 2016
TECNICHE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE IN ENDOSCOPIA TORACICA
Resp.: G. Galluccio, R. Dello Iacono – Incontri: 2 teorici + 3 pratici a turnazione – AULA SMO, IRCCS L. Spallanzani – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 35**

19 Dicembre 2016
DIABETE MELLITO-OBESITÀ: PATOGENESI E TERAPIA SECONDO LE NUOVE CONOSCENZE. L'IMPORTANZA DELLO STILE DI VITA. CASI CLINICI
Resp.: C. Blasi – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 – Aula SMO - Aperto a 20 Medici, Biologi, Infermieri, Tecnici di lab, Dietisti – **Crediti: 10**

20 Dicembre 2016
GESTIONE DEI LIQUIDI DA VERSAMENTO
Resp.: G. Poti – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 – Aula SMO - Aperto a 20 Med, Bio, Tecnici di lab. – **Crediti: 11**

GENNAIO 2017 *

31 Gennaio – 14 Marzo 2017
IMMUNOLOGIA DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE
Resp.: A. Castiglione Humani – Incontri: 5 – ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 20 Med, Bio, Inf, Tec lab. – **Crediti: 20 ca**

31 Gennaio - 17 Febbraio 2017
PARODONTOLOGIA CLINICA E GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI PERIMPLANTARI
Resp.: G. Tarquini – Incontri: 2 teorici e 3 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini – Aperto a 15Medici e Odontoiatri – **Crediti: 50 ca**

FEBBRAIO 2017 *

1 Febbraio – 22 Marzo 2017
CORSO DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE SULL'ALIMENTAZIONE
Resp.: A. Castiglione Humani – F. Morichetti - Incontri: 3- ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 20 Medici, Biologi e Dietisti – **Crediti: 15 ca**

2 Febbraio – 23 Febbraio 2017
RUOLO DELLA MORFOLOGIA NELLE DIAGNOSI DELLE EMOPATIE
Resp.: U. Recine – Incontri: 4 – ASL ROMA 1 – Aperto a 22 Medici e Biologi – **Crediti: 26 ca**

4 Febbraio 2017
PREVENIRE E FRONTEGGIARE L'EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO
Resp.: C. Di Maria – M. Niso – Incontri: 1 – ASL ROMA 1, Aula SMO Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 11 ca**

6 Febbraio – 26 Giugno 2017
PROBLEMI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI IN MEDICINA INTERNA
Resp.: R. Massini – Incontri: 6 – ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 33 ca**

13 – 27 Febbraio 2017
MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO CON PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI. CORSO INTERATTIVO
Resp.: F. Alegiani – Incontri: 3 – ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 20 Med, Bio, Inf. e Tecn. lab – **Crediti: 20 ca**

17 Febbraio – 15 Dicembre 2017
ANALISI DI CASI CLINICI IN AMBITI PUBBLICI E PRIVATI SECONDO IL MODELLO DELLA PSICOLOGIA ANALITICA AD ORIENTAMENTO COMUNICATIVO
Resp.: A. Grassi – Incontri: 8 – LIRPA (Laboratorio Italiano di Ricerche in Psicologia Analitica) Via delle Medaglie d'oro 202 – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 40 ca**

22 Febbraio – 12 Aprile 2017
CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA I
Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 26 ca**

24 Febbraio – 18 Marzo 2017
CORSO TEORICO PRATICO PER L'UTILIZZO DEL LASER A DIODI NELL'AMBITO DELL'ODONTOIATRIA QUOTIDIANA
Resp.: M. Meloni – Incontri: 1 teorico e 1 pratico – ASL ROMA 1, Aula SMO e Studio Prof. Meloni – Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 15 ca**

18 Febbraio – 25 Novembre 2017
CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PSICO-ONCOLOGIA. GRUPPO BALINT E GRUPPO DI PSICODRAMMA
Resp.: D.A. Nesci – Incontri: 10 – Pol. A. Gemelli - Aperto a 30 Medic, Psic, Biologi, Inferm, Fisioterapisti, Tecnici - **Crediti: 50 ca**

20 Febbraio - 9 Luglio 2016
SEPARAZIONE E DIVORZIO: ASPETTI BIO-PSICO-SOCIALI
Resp.: F. Aceti, L. Petruccioli – Incontri: 6 – Centro Studi relazioni e legami – Aperto a 20Medici, Psicologi e Ass. Sociali – **Crediti: 28 ca**

* DATE E NUMERO DI CREDITI ECM SONO ORIENTATIVI PERCHÉ IL PROGRAMMA DEI CORSI È ANCORA IN FASE DI DEFINIZIONE.

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: Prof. U. Recine
- Vice-Presidenti: Prof. D. Antonellis, Dott. M. Raja
- Tesoriere: D.ssa M.A. Perretti
- Consiglieri Elettivi: Prof. F. Alegiani, Dott. A. Andriani, Prof. D. Antonellis, Prof. B. Condorelli, Dott. M. Di Dio, Dott. M. Di Girolamo, Prof. R. Massini, Prof. A. Morrone, Dott. C. Parascani, D.ssa M.A. Perretti, Dott. M. Raja, Prof. U. Recine, Dott. L. Temperilli
- Consiglieri di Diritto: Prof. L. Gasbarrone, Dott. A. Tanese, Prof. G. Visco
- Segretario: D.ssa P. Colletta
- Revisori dei Conti: Dott. G. Nera, Dott. M. Avigo, Dott. S. Conti

BOLLETTINO DELLA SMO

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

- Direttore Responsabile: U. Recine
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: F. Alegiani, A. Andriani, M. Di Girolamo, R. Massimi, U. Recine, L. Temperilli, G. Visco

Coordinamento redazionale: P. Colletta