



# SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

## SOMMARIO

### EDITORIALE

- 1** Nuovo mandato, nuovi impegni  
• di Marino Luminari

### ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 3** Un nuovo gradiente alla portata di tutti  
• di Luciano Persico
- 6** Il Pace Maker: dalla elettrofisiologia alla emodinamica  
• di G. B. Del Giudice

### APPUNTAMENTI

- 9** Scuole mediche: primo passo verso il programma federativo

### AGENDA DELLA SCUOLA

- 10** Relazione sul sondaggio condotto durante il periodo delle iscrizioni Anno Accademico 1996/1997
- 12** - Risultati delle iscrizioni ai Corsi semestrali 1996/97  
- Aggiornamento all'Elenco dei Coordinatori di ospedale: nuove nomine  
- Scadenze di segreteria: termine ultimo per la presentazione delle domande di docenza

## CONTIENE

ALLEGATO IL MODULO DELLA  
DOMANDA DI DOCENZA

## NUOVO MANDATO, NUOVI IMPEGNI

■ di Marino Luminari

*Presidente della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio*

Questo numero del Bollettino vede la luce dopo alcuni mesi dall'insediamento del nuovo Direttivo della Scuola eletto nel luglio scorso.

A parte alcuni impedimenti di natura tecnica, peraltro pochi e di scarsa importanza, era forse nelle nostre intenzioni ripresentarci dopo un piccolo test indiretto di qualità sulla Scuola.

Non potevamo disporre di altro criterio che non fosse quello di considerare il numero delle adesioni ai corsi del 1996-97 ed abbiamo quindi approfittato del fatto che quest'anno il termine delle iscrizioni si è prolungato oltre il solito, avendo la Scuola deciso di iniziare a dare attuazione ad una vecchia delibera consiliare, che prevede lo sfoltimento ed il risanamento dei corsi minori.

Non possiamo ancora fornire dati definitivi sull'operazione "iscrizioni" anche perché il programma di revisione è tuttora in corso.

L'ufficio di Segreteria ci ha tuttavia reso noto che i primi dati sono decisamente favorevoli e ci consentono di comunicare che il

cosiddetto test della fiducia, sia pure nella sua approssimazione e incompletezza, è sostanzialmente positivo. È così, dunque, che il neo presidente, confermato per altri tre anni alla guida della Scuola, può rivolgere con spirito sollevato e rinnovata determinazione il suo saluto beneaugurante a tutti coloro che della Scuola sono parte attiva, discenti compresi.

\*

1. Abbiamo più volte detto che nel corso del nostro primo mandato avremmo curato con particolare impegno la riorganizzazione dei servizi amministrativi e della segreteria. Lo abbiamo fatto non senza fatica e superando difficoltà e battute di arresto impreviste.

Ci siamo trovati "invischiati" per oltre un anno nel censimento e nel recupero dei mezzi didattici sparsi un pò ovunque nei vari ospedali della regione.

Il classico bersaglio delle critiche più frequenti e malevoli si è rivelato alla conclusione delle nostre ricerche inconsistente.

Siamo riusciti a rimettere ordine dove in passato avevano forse regnato un pò di disinvoltura e

di superficialità ma non di negligenza. Considerevole è risultato il numero delle attrezzature e dei mezzi didattici distribuiti, scarsa senz'altro la cura nel custodirli.

Il censimento ci ha dato la consapevolezza di molto materiale disperso ma già dallo scorso anno è stato elaborato un regolamento che provvede ad un largo servizio di distribuzione e di manutenzione e che coinvolge i fruitori di tali beni cioè i docenti dei corsi.

2. Ci sono voluti due anni per revisionare le posizioni di tutti i coordinatori d'ospedale e infine siamo riusciti a completare i quadri con molti nuovi collaboratori più determinati nella politica di maggiore severità e chiarezza che la Scuola si è imposta per il prossimo triennio.

I risultati purtroppo non saranno immediati perché la buona volontà ed il desiderio di seguire fedelmente i nuovi indirizzi dovranno esser messi alla prova. Tutti i coordinatori, nuovi e vecchi, dovrebbero ricordare che nella buona collaborazione periferica sta la chiave del successo del nostro programma di rinnovamento e di miglioramento.

3. Questo programma prevede innanzitutto, come si è detto, lo sfoltimento dei corsi minori che in passato furono approvati con troppa larghezza. È vero che questo fu fatto anche per risvegliare nei medici ospedalieri l'interesse verso i problemi della didattica ospedaliera a loro poco congeniali ma, dopo la prima fase di incentivazione, si è resa da tempo indispensabile l'opera di revisione che eviti alla Scuola pericolosi scadimenti e dequalificazioni.

Saranno potenziati i corsi più validi e promossa l'organizzazione di quelli destinati a nuove discipline, a nuove tecnologie e a nuovi criteri di gestione; i corsi biennali andranno valorizzati con iniziative che assicurino l'aggiornamento e la continuità della formazione anche in epoche successive alla conclusione degli anni regolamentari e saranno ideate altre forme di contatto educativo con i medici del territorio.

Noi ci auguriamo che venga decisamente a migliorare la qualità della docenza ospedaliera e a rendere più efficiente quella didattica professionalizzante, eminentemente pratica e di tipo tutoriale, che la Scuola ha svolto e intende svolgere anche in avvenire in maniera autonoma.

4. La Scuola dovrà inoltre curare con molta attenzione e responsa-

bilità l'altro tipo di didattica quella integrativa, ch'essa è chiamata a svolgere all'interno delle strutture ospedaliere in concorso con Istituzioni estranee all'Ospedale: Università e Ordini professionali.

Si tratterà di armonizzare modalità diverse di insegnamento e di stabilire rapporti chiari e precisi fra forze diverse, per una collaborazione che dovrà rispettare interessi e pari dignità delle parti contraenti.

Compito della Scuola sarà quello di spronare i suoi medici ad avvicinarsi ai nuovi indirizzi educativi e formativi (medicina basata sull'evidenza e sui problemi) ed ai coinvolgimenti di tipo organizzativo e gestionale (criteri di managerialità, DRG, VRQ), indispensabili ma ancora difficili da assimilare.

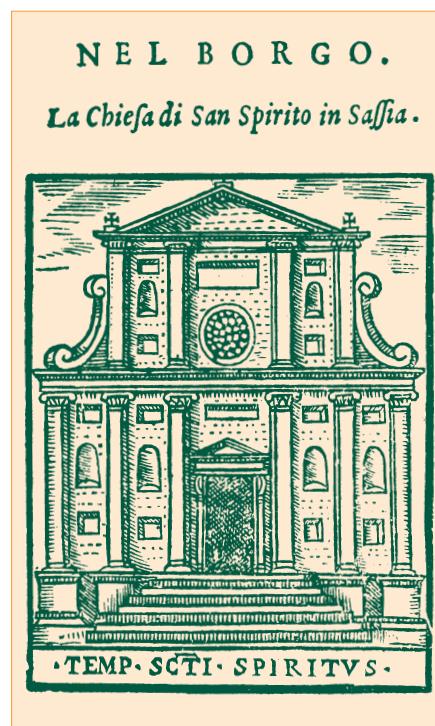
In questo senso la Scuola dovrà prodigarsi a formare coloro che sono destinati ad essere i "formatori" delle nuove professionalità. Su questa strada il nuovo Direttivo della SMORRL intende procedere speditamente e da subito.

\*

Quando un Presidente viene confermato nella sua carica non deve spendere molte parole per presentarsi né per il suo saluto. Si sa già chi è, come la pensa, quello che ha fatto e quello che intende fare e quali sono le prospettive del suo nuovo mandato.

Qualora queste fossero ancora per qualcuno punti di domanda, la risposta è globale e risiede tutta nella fiducia dimostrata all'atto dell'ultima votazione.

■



■ *La chiesa di S. Spirito in Saxia. Xilografia da un disegno di G. Prandino (1595).*

# UN NUOVO GRADIENTE ALLA PORTATA DI TUTTI

■ di Luciano Persico

Primario Medico Emerito - Ospedale S. Giovanni, Roma

**B**enché l'ascite sia nota da molti secoli, come può desumersi anche dalla sua denominazione che trae origine dal greco arcaico (ASCOS = sacco), su tale evento patologico continua ancora a rivolgersi, con periodiche impennate, l'interesse dei clinici e dei ricercatori.

I motivi per cui l'ascite occupa a tutt'oggi una posizione di primo piano sulla ribalta sintomatologica, sono diversi.

Tra questi di certo figurano l'alta frequenza con cui le raccolte di liquido peritoneale si incontrano nella pratica quotidiana, la molteplicità delle cause che sono in grado di provocarle pur se nel loro ambito predominano le malattie croniche del fegato, le incertezze che sussistono sulle modalità con cui certe asciti si sviluppano, nonché il moltiplicarsi, nell'arco degli ultimi decenni, delle metodiche terapeutiche con cui affrontare soprattutto le forme più comuni e cioè quelle dei cirrotici.

Ma a mantenere desta l'attenzione sulle asciti hanno contribuito non poco, nel corso del tempo, da una parte anche la inadeguatezza dei criteri di laboratorio cui fin qui si è fatto ricorso per catalogare la identità del versamento, dall'altra il bisogno di ricercare mezzi valutativi più precisi per lo studio del liquido da cui l'ascite stessa è costituita.

Sebbene, ai nostri giorni, mezzi anche sofisticati non manchino per rintracciare comunque la paternità di una ascite, nella pratica corrente, subito dopo il preliminare ed insostituibile impatto clinico, la prima tappa del percorso attraverso il quale si cerca di raggiungere il traguardo diagnostico, continua ad essere rappresentata dall'esame del liquido ascitico.

Un esame, questo, che è di rapida e facile esecuzione, che non è dispendioso e che soprattutto in virtù di certi caratteri da cui di volta in volta tale liquido è contrassegnato, può fornire preziosi suggerimenti per cominciare a districarsi sul piano eziologico.

In presenza di una ascite, infatti, dalla raccolta degli eventuali indizi di ordine clinico, occorre subito passare alla ricerca di un connotato essenziale del liquido in esame e cioè di quel connotato che in genere, anche se non sempre, funge da spartiacque tra le asciti che dipendono da cause emodinamiche e/o discrasiche e quelle che viceversa hanno origine neoplastica o flogistica.

In altre parole, è necessario stabilire in via prioritaria se il liquido ascitico ha carattere essudatizio o trasudatizio, giacché dopo il rilievo dei dati clinici, è la determinazione di questo carattere che contribuisce non poco ad orientarsi nella successi-

va scelta dei mezzi più idonei all'ulteriore approfondimento diagnostico.

Si tratta dunque di una distinzione basilare che a prima vista sembra effettuabile senza alcuna difficoltà e che in passato, ma solo nel nostro Paese, si riteneva realizzabile perfino "al letto del paziente" con la famosa prova di Rivalta all'acido acetico.

In verità, come può documentare chiunque abbia al suo attivo una congrua esperienza in questo campo, non di rado riesce invece difficile ascrivere con sicurezza il liquido ascitico in esame alla categoria degli essudati o dei trasudati, proprio a causa della scarsa capacità discriminante dei tradizionali criteri di laboratorio che all'uopo si impiegano.

Il più antico ed il più popolare di questi è di certo rappresentato dalla quantificazione del contenuto proteico, sulla scorta del quale si attribuisce carattere essudatizio ad un liquido che contenga un tasso di proteine superiore a 2,5 g/dl (5).

Questo tipo di catalogazione che può ancora risultare almeno in parte accettabile per i versamenti pleurici e per liquidi raccolti altrove (1), come ad esempio nel cavo pericardico, lo è viceversa assai meno per i versamenti ascitici. Le ragioni della tutt'altro che rara incongruità di questo crite-

rio sono molteplici. Tra di esse figurano, ad esempio, l'alto contenuto proteico del liquido peritoneale fisiologico e di quello ascitico di origine cardiaca, la persistenza di un basso contenuto proteico nella maggior parte dei liquidi ascitici in caso di peritonite batterica spontanea nonché nel 50% dei casi di ascite che si complicano con una infezione tubercolare e la non insolita crescita relativa del contenuto proteico, fino al raggiungimento del livello proprio degli essudati, indotta dall'uso cronico dei diuretici impiegati per smaltire asciti trasudatizie (1,5).

In conclusione, è ormai dai più riconosciuta la scarsa validità del calcolo delle proteine totali come singolo mezzo per distinguere i due tipi di versamento, senza poi contare che alle riserve già da tempo avanzate nei riguardi di tale mezzo classificativo, si sono venute ad aggiungere anche quelle emerse da un'altra recente indagine, la quale, utilizzando il criterio del tasso proteico superiore a 2,5 g/dl per riconoscere il carattere essudatizio di un liquido, ha dimostrato che la sensibilità di questo criterio non supera il 56% (3).

Occorre d'altra parte aggiungere che neppure l'impiego di due altre metodiche di laboratorio, adottate ormai da molti anni per facilitare la distinzione tra essudato e trasudato in caso di versamenti pleurici, ha avuto maggiore successo nel campo delle asciti.

Si tratta del rapporto tra i valori riscontrati per l'LDH e per le proteine totali nel liquido in esame da un lato, ed i corri-

spondenti valori riscontrati nel siero dall'altro. Secondo tali metodiche (2), se il valore del rapporto LDH-liquido /LDH-siero supera il limite di 0,60, è assai probabile che il versamento abbia carattere essudatizio e che viceversa abbia carattere trasudatizio se resta al di sotto di questo limite.

Per ciò che riguarda, invece, il rapporto tra proteine totali del liquido e quelle del siero, la linea di demarcazione passa attraverso il valore di 0,50. Al di sopra di tale valore, cioè, si entra per lo più nel campo degli essudati, al di sotto, viceversa, nel campo dei trasudati.

La capacità discriminatrice dei due tipi di rapporto, sia individuale che cumulativa, è stata analizzata su vasta scala, pure in caso di versamenti ascitici, ma anche l'esito di tali indagini è apparso tutt'altro che lusinghiero, giacché si è visto che nel campo delle asciti la sensibilità delle due metodiche è pressoché sovrapponibile a quella del contenuto proteico totale (4).

A fronte delle incertezze in cui non di rado continuano a lasciarci i mezzi tradizionali di studio dei liquidi ascitici, è stata perciò accolta assai favorevolmente la scoperta di un nuovo criterio per risalire con un più elevato margine di successo alla origine di queste raccolte.

Si tratta del cosiddetto "gradiente albuminico siero/ascite", che è di semplice determinazione e che ha, tra l'altro, il vantaggio di essere alla portata di qualsiasi laboratorio. Tale metodica prevede, in primo luogo, il calcolo contemporaneo della concentra-

zione albuminica in gr/dl del siero e del liquido ascitico. La seconda tappa di questa procedura consiste invece nella sottrazione del valore in albumina riscontrato nel versamento da quello riscontrato nel siero.

La differenza così ottenuta costituisce appunto il gradiente in causa.

Orbene, questo parametro possiede una singolare proprietà e cioè risulta essere strettamente correlato ai livelli della pressione portale, cosicché nel caso in cui il suo valore raggiunga o superi il limite di 1,1, ad esso corrisponde di regola una pressione portale più alta che di norma, mentre ciò non accade nel caso in cui il valore del gradiente resti al di sotto del limite su indicato.

Degno di rilievo, inoltre, è che questa corrispondenza in effetti si riscontra addirittura nel 97% delle determinazioni (3,5).

L'avvento di questo nuovo mezzo di studio delle asciti non sostituisce di certo le varie metodiche fin qui impiegate, ma viene ad integrarle proficuamente, accrescendo i dati su cui basarsi per giungere ad una più agevole catalogazione nosografica.

In base ai valori del gradiente albuminico, infatti, le asciti vengono oggi suddivise in forme ad alto e a basso gradiente (Tabella A); (1,3) ciò che permette di stabilire, con un buon margine di affidabilità, se il loro sviluppo dipenda o no da uno stato di ipertensione portale e cioè da un fenomeno fisiopatologico la cui esistenza, propria delle asciti ad alto gradiente, contribuisce non poco a restringere il campo delle ipotesi diagnostiche.

C'è da aggiungere che questo gradiente non è modificato dalla eventuale comparsa di peritonite batterica spontanea, da infusioni di albumina, dall'uso di diuretici e da paracentesi ripetute, né è influenzato dalla causa responsabile delle lesioni cirrotiche; esso, poi, consente anche di stabilire quando è opportuno il ricorso alla terapia diuretica,

giacché nelle asciti a basso gradiente tale terapia è in genere inefficace e non di rado anche pericolosa (1).

Infine, allorché occorra differenziare le asciti di origine cirrotica da quelle di origine cardiaca e cioè due forme di ascite in cui il gradiente albuminico eguaglia o supera di regola il livello di 1,1, può essere di

aiuto il dosaggio delle proteine totali del liquido ascitico.

Infatti, nei versamenti dovuti a scompenso cardiaco, il tasso proteico supera in genere i 2,5 g/dl, mentre in quelli dovuti a malattie croniche di fegato per lo più resta al di sotto di tale limite (6). ■

(Giunto in redazione l'8 giugno 1996)

## CLASSIFICAZIONE DELLE ASCITI IN BASE AI VALORI DEL GRADIENTE ALBUMINICO SIERO/ASCITE

### Asciti ad alto gradiente ( $\geq 1,1$ )

- Cirrosi
- Epatiti alcooliche
- Insufficienza cardiaca
- Metastatizzazione epatica massiva
- Insufficienza epatica fulminante
- Sindrome di Budd-Chiari
- Trombosi portale
- Malattia occlusiva venosa
- Steatosi epatica gravidica
- Mixedema
- Asciti miste\*

### Asciti a basso gradiente ( $< 1,1$ )

- Carcinosi peritoneale
- Peritonite tubercolare
- Ascite da pancreatite
- Ascite biliare
- Sindrome nefrosica
- Sierositi
- Occlusione intestinale
- Infarto mesenterico

\* PAZIENTI CON IPERTENSIONE PORTALE E CON ALTRE CAUSE DI ASCITE (ES. PERITONITE TUBERCOLARE) (DA (5))

## BIBLIOGRAFIA



- 1) BORZIO M.: *L'ascite: novità in tema di patogenesi e terapia*. Arg. gastroenterol. Clin. 1995-8-109.
- 2) PERSICO L.: *Semeiotica di laboratorio dei versamenti pleurici*. Policlinico Sez. Prat. 1974-81-229.
- 3) RUNYON B. A., MONTANO A. A., AKRIVIADIS E. A., ANTILLON M. R., IRVING M. A., MCHUTCHISON J. G.: *The serum/ascites albumin gradient is superior to the exudate-transudate concepts in the differential diagnosis of ascites*. Ann. Intern. Med. 1992-117-215.
- 4) RUNYON B. A., MONTANO A. A., AKRIVIADIS E. A., ANTILLON M. R., IRVING M. A., MCHUTCHISON J. G.: *Comparison of the utility of the serum-ascites albumin gradient to exudate-transudate concept in the differential diagnosis of ascites*. Hepatology. 1992-16-Supp. 85 A.
- 5) RUNYON B. A.: *Current concepts: care of patients with ascites*. N. Engl. J. Med. 1994-330-337.
- 6) ROBERTS L. R., KAMATH P. S.: *Ascites and hepatorenal syndrome: pathophysiology and management*. Mayo Clin. Proc. 1996-71-974.

# IL PACE MAKER: DALLA ELETTROFISIOLOGIA ALL'EMODINAMICA

■ di G. B. Del Giudice

*Dirigente responsabile del modulo di elettrostimolazione cardiaca - Azienda Osp. San Giovanni Addolorata, Roma*

**S**ono trascorsi poco meno di 40 anni dal primo impianto di un segnapassi cardiaco artificiale (PM) effettuato da Senning su una idea di Elmquist. Nei primi anni, però, l'applicazione dei PM è rimasta limitata solo a pazienti con gravi bradicardie implicanti il rischio di sincope o di morte per arresto cardiaco; ciò è dipeso sia dalla scarsità delle risorse tecniche disponibili (erano prodotti solo PM a frequenza fissa e con elettrodi grossolani), sia dalla limitazione delle conoscenze elettrofisiologiche in merito, sebbene fosse già a tutti noto, grazie alle osservazioni elettrofonomeccanografiche che la contrazione sequenziale atrioventricolare e l'incremento di frequenza del pacing, se realizzabili, sarebbero stati elementi di indubbio vantaggio emodinamico.

Nella metà degli anni 60 furono introdotti nell'uso clinico PM a domanda per impianti in ventricolo (VVI) o in atrio (AAI), rapidamente resi multiprogrammabili (M), mentre negli anni 70 la evoluzione dell'hardware fu completata dalla realizzazione degli stimolatori bicamerali per l'attivazione sequenziale atrioventricolare (DDD) o atrioguidata (VDD).

L'ultima innovazione è stata quella riguardante l'incremento di frequenza del pacing (PM RR: rate responsive) in risposta a stimoli fisiologici (movimento, ventilazione

polmonare, variazioni di PH e del QT, temperatura, impedenza miocardica). Con lo sviluppo dei mezzi tecnici è divenuta poi possibile una estensione sempre più ampia delle indicazioni alla elettrostimolazione cardiaca: dal trattamento dei blocchi atrioventricolari si è passati, infatti, a quello della SSS (syck sinus syndrome, sindrome del seno malato) e della sua manifestazione aritmica, la bradi-tachicardia, (che ora costituisce l'indicazione all'impianto di un PM in oltre il 50% dei casi), a quella della sincope neuromediata con prevalente impronta cardioinibitoria e della sindrome del seno carotideo.

Gli studi elettrofisiologici invasivi, molto in voga negli anni 70-80, allora prevalentemente eseguiti per valutare l'automatismo del nodo del seno nonché per svelare disturbi parossistici della conduzione atrioventricolare e la loro sede nodale od hissiana, sono attualmente limitati alla diagnostica di aritmie complesse (mappaggio di vie anomale o di focolai aritmogeni).

Per porre l'indicazione all'impianto di un PM oggi si ritiene più opportuno avvalersi del riscontro di eventuali correlazione tra quadro sintomatologico e fenomeni spontanei registrabili strumentalmente (come ad esempio con l'ECG dinamico secondo Holter), oppure far ricorso ad indagini elettrofisiologiche condotte per via transesofagea, e

cioè ad indagini che, per la minore invasività e la maggiore rapidità di esecuzione, sono praticabili anche al di fuori del "laboratorio" di elettrofisiologia.

Ha prevalso, dunque, con il trascorrere degli anni, la tendenza a ricercare nel singolo paziente l'eventuale nesso tra fenomeni clinici e quadri elettrocardiografici predittivi o sospetti di un blocco parossistico di cuore.

Motivo per cui hanno perso di importanza molte metodiche, come, ad esempio, la valutazione mediante elettrogramma hisiano del tempo HV (indicativo della conduzione tra fascio di His e ventricoli) ed il test alla ajmalina, quali mezzi per decidere in merito all'uso di un PM, e cioè metodiche che per oltre un decennio hanno appassionato gli elettrofisiologi dedicatisi alla ricerca di criteri standardizzabili per porre l'indicazione all'impianto di uno stimolatore.

Indirizzo, quello su indicato, al cui sviluppo ha contribuito anche la disponibilità di casistiche sempre più ampie, in grado di consentire un confronto tra la storia naturale di molte cardiopatie e quella modificata artificialmente dalla elettrostimolazione.

Malgrado la crescente disponibilità di PM sempre più "fisiologici" nonché di elettrodi sempre più sottili e con soglia sempre più bassa, e malgrado il miglioramento delle

metodiche di impianto, gli effetti indesiderabili, in termini di embolizzazione e deterioramento della funzione contrattile, hanno subito tuttavia, con il trascorrere del tempo, un sensibile incremento.

Ciò è da ricondursi, però, principalmente alla progressiva diffusione di questa pratica terapeutica, alla estensione delle sue indicazioni, all'allargamento delle fasce d'età in cui adottarla ed anche ad un più attento monitoraggio dei parametri con cui si giudica la qualità della vita. La sindrome da pace-maker, descritta da Mitzui nel 1969, quale manifestazione clinica di una stimolazione artificiale emodinamicamente sfavorevole (a quel tempo correlata a modalità di stimolazione ventricolare che comportavano la mancanza di sincronizzazione con la sistole atriale, od alla conduzione elettrica retrograda ventricolo-atriale), dopo quasi trenta anni è ancora all'ordine del giorno. Infatti, anche le nuove metodiche di stimolazione "fisiologica" sequenziale o con incremento di frequenza atriale o ventricolare, non sono apparse esenti dal rischio di dar luogo a tale sindrome, che in dieci anni, tra il 1975 e il 1985, nelle casistiche dei vari centri, è passata dal 7-21% al 75-83% di tutti gli impianti, con sintomi moderati o gravi nel 65% dei casi.

Paradossalmente una procedura terapeutica che è finalizzata ad evitare sincopi, vertigini, palpitazioni, dispnea, angor, embolizzazioni sistemiche e scompenso cardiaco, può esserne, dunque, anche la causa. Alla comprensione del perché la prevalenza di questa sindrome resti ancora così alta, si può giungere, però, oltre che con l'au-

silio dei motivi poc'anzi ricordati, anche attraverso l'analisi delle scelte operative con cui il pacing è effettuato.

Come è noto, l'odierno punto di riferimento per la elettrostimolazione cardiaca è rappresentato dalle "Linee guida per l'impianto di PM e devices antiaritmici" elaborate dalle Società Nord Americane di Cardiologia. Orbene, tenendo conto che negli USA la stimolazione del tipo "doppia camera" nel corso del 1993 è stata impiegata nel 55% dei casi, c'è da presumere che tale indirizzo nella scelta dei PM sia il più affidabile e, quindi, quando necessario, da preferire.

La metodica di stimolazione sequenziale, però, non ha ovunque la medesima diffusione, poiché il suo impiego risente non poco anche dei condizionamenti socio-economici e, quindi, delle limitazioni che essi comportano nella scelta dei dispositivi da adottare.

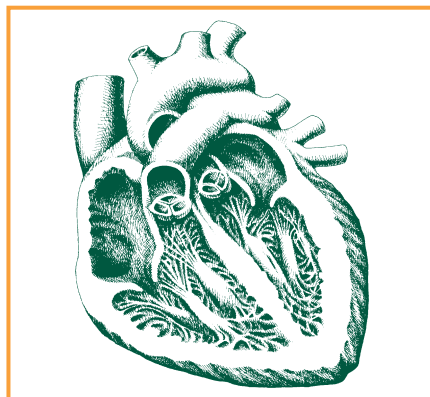
Così, ad esempio, in Argentina si ricorre quasi esclusivamente alla stimolazione VVI.

Nella nostra società, d'altra parte, sussiste il pregiudizio secondo il quale l'elettrostimolazione cardiaca costituisce una misura terapeutica costosa, il cui prezzo cresce di pari passo con il numero di camere stimolate. In verità, esistono in commercio stimolatori monocamerale,

certamente più complessi e con più optional, che costano più di un buon stimolatore sequenziale. C'è poi da aggiungere che studi a lungo termine compiuti sulle differenti modalità di pacing e relativi costi delle complicanze cui possono dar luogo, hanno dimostrato che la morbilità è decisamente più alta nei pazienti in cui viene utilizzata la stimolazione del tipo VVI rispetto a quella riscontrabile in coloro nei quali viene scelta la DDD.

Né va dimenticato che la sindrome da PM, nei pazienti con stimolazione monocamera, si corregge nel 25% dei casi proprio mediante il ricorso all'impiego di un modello sequenziale; tachiaritmie atriali e tromboembolie, inoltre, sono tre volte più frequenti con la più "economica" stimolazione VVI; senza poi contare che, se è vero che il costo/mese di un PM più "fisiologico" e cioè rate responsive, calcolato per la sua vita teorica, supera, anche se di poco, le 100.000 lire, mentre quello tipo VVI costa meno di un terzo di tale somma, è tuttavia pur vero che l'impiego di quest'ultimo comporta una morbilità maggiore che finisce per diventare più onerosa nel tempo.

Ma quali sono le indicazioni e le modalità di stimolazione nel nostro Paese? Il Registro nazionale dei Pace Maker ha segnalato per il 1994 la effettuazione di 14.500 nuovi impianti, pari a 350 per milione di individui. Di questi il 15% sono avvenuti per aritmie atriali con blocco, poco meno del 5% per disturbi di conduzione fortemente predittivi di blocco AV o sporadicamente associati ad esso, il 56% per casi



di ritmo sinusale normale e concomitante blocco atrioventricolare, il 24%, infine, per bradicardia sinusale di alto grado.

Estrapolando da questi dati epidemiologici il tipo di stimolazione ideale per i singoli gruppi di pazienti, si potrebbe affermare che per il 20% dei casi sarebbe necessario un PM VVI, nel 24% occorrerebbe una stimolazione sequenziale, e nel 56% una stimolazione atrioguidata.

In contrasto con queste previsioni, lo stesso Registro segnala invece un impianto ventricolare (VVI) nel 60% dei pazienti, un impianto sequenziale (DDD) nel 26% e un impianto atrioguidato (VDD) solo nel 7.8%. Le motivazioni di questa difformità vanno ricercate nel differente grado di specializzazione dei vari centri, ognuno dei quali, nel nostro Paese, effettua in media 99 impianti/anno, negli indirizzi culturali che condizionano gli accessi alle nuove tecniche e nella mancanza di criteri uniformi per la scelta delle metodiche.

Un rischio che è correlato alla necessità di comprimere i costi, deriva, viceversa, dal sistema del rimborso per prestazione, adottato dal SSN: includendo il prezzo della protesi nel rimborso forfettario per l'impianto, si tende, infatti, a favorire la scelta di dispositivi più economici, ma talora, purtroppo, anche inadeguati e cioè una scelta che comportando un possibile aumento della morbosità finisce per rivelarsi con il tempo assai meno economica del previsto.

Ma qual'è attualmente la linea di condotta più saggia cui il cardiologo deve attenersi, tra la invadenza di apparecchiature sempre

più sofisticate e costose e le esigenze sempre più complesse che si vanno appalesando tra i pazienti da elettrostimolare? Più che lasciarsi trasportare dagli entusiasmi elettrofisiologici e dalle meraviglie che in questo campo i progressi tecnici offrono a getto continuo, egli dovrebbe vestire i panni dell'emodinamista e cioè concentrarsi sulla ottimizzazione dei dispositivi di pacing di cui può disporre, sulla realizzazione di intervalli di conduzione AV quanto più vicini a quelli fisiologici allorché risulti possibile, e sull'impiego dei dati della flussimetria Doppler per programmare la elettrostimolazione e per accrescerne così la resa emodinamica.

Sulla scia dei progressi compiuti nel campo del pacing, nuovo impulso hanno ricevuto anche i tentativi di migliorare la situazione emodinamica nelle cardiomiopatie. Così, ad esempio, nella CMD (cardiomiopatia dilatativa) con insufficienza cardiaca grave refrattaria alla terapia farmacologica, in attesa di trapianto o di cardiomioplastica, se si temporizza adeguatamente la sistole atriale sul riempimento ventricolare, si può infatti ridurre l'entità della insufficienza mitralica ed ottimizzare il precarico.

Così come, ad esempio, vantaggi possono ottenersi anche in caso di CMIO (cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva) con ostacolo al deflusso del VS. In tal caso, infatti, la stimolazione del ventricolo dx, comportando, grazie alla programmazione di un intervallo AV corto e cioè di 50-120 msec, anziché dei fisiologici 140-160 msec, una più precoce attivazione dell'apice rispetto al SIV ed alle

porzioni posterobasali del VS, determina un minor ispessimento sistolico del SIV medio con riduzione del gradiente ostruttivo.

Qualche commento, infine, meritano anche i rapporti tra pacing e portata distrettuale. Come è noto, il consumo di ossigeno è espressione della portata cardiaca x la differenza arterovenosa in O<sub>2</sub> (Delta A-V); la portata, a sua volta, dipende, invece, dalla gittata sistolica per la frequenza cardiaca, mentre la Delta AV è anche condizionata dallo stato dei vasi locali.

La portata dei singoli distretti, che è fissa per cervello, bronchi e reni, può subire incrementi a seguito di attività fisica, frequenza cardiaca permettendo, di circa tre volte nel territorio coronarico, di oltre dieci volte nei muscoli scheletrici e di quattro volte nella cute.

Quindi, il deficit di portata cardiaca determinato da una bradicardia o da una diminuzione della gittata sistolica, è in grado di provocare anche danni locali nelle sedi in cui i meccanismi di autoregolazione circolatoria siano in qualche modo compromessi o insufficienti.

Si tratta, in altri termini, della eventualità che compaiano danni d'organo, la prevenzione dei quali potrebbe essere ottenuta proprio con il ricorso ad un congruo impiego del pacing, una prevenzione, però, che fino ad oggi non figura ufficialmente tra le indicazioni all'impianto di un cardiostimolatore.

Tutto ciò fa dunque comprendere come le possibilità di impiego di questi dispositivi siano destinate ad aumentare e come dal loro corretto uso sia lecito attendersi ulteriori vantaggi. ■



## SCUOLE MEDICHE: PRIMO PASSO VERSO IL PROGRAMMA FEDERATIVO

Sabato 14 e Domenica 15 dicembre 1996, l'Associazione Riva Rocci di Torino e la Scuola Medica Ospedaliera Piemontese hanno organizzato presso il Centro Congressi ed il Teatro Carignano di Torino, in collaborazione con la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa, una manifestazione commemorativa del centenario dell'invenzione dello sfigmomanometro avvenuta a Torino nel 1896 ad opera di Scipione Riva Rocci, allievo di Carlo Forlanini.

La prima giornata si è svolta al Centro Congressi con numerose relazioni e interventi sul tema "Ipertensione a cent'anni dalla scoperta: Moderne prospettive in tema di inquadramento clinico, danno d'organo e terapia".

La seconda giornata ha avuto un carattere più commemorativo e si è svolta pertanto con la partecipazione di Autorità e Pubblico al Teatro Carignano di Torino.

Titolo della seconda giornata "L'età dell'oro della Medicina Torinese. Scipione Riva Rocci, il protagonista".

La manifestazione è stata curata dai Professori Gian Carlo Lavizzano e Adriano Ramello, Presidenti rispettivamente dell'Associazione Riva Rocci e della Scuola Medica Ospeda-

liera Torinese. A seguito del caloroso invito, il presidente della SMORRL ha deciso di partecipare alla Cerimonia rievocativa di Domenica 15 al Teatro Carignano.

A conclusione dei lavori i congressisti sono stati ricevuti dal Sindaco di Torino, On. Prof. Valentino Castellani al cospetto del quale il Prof. Luminari è stato chiamato a pronunciare un breve indirizzo di saluto e di partecipazione a nome della Scuola Medica Ospedaliera Romana.

È stato detto che l'occasione di Torino era la prima che si offriva alle Scuole Mediche Ospedaliere di dar vita a quell'ipotesi federativa da anni auspicata quale strumento di unificazione di sistemi didattici e di pro-

grammi organizzativi in genere diversi tra di loro. Richiamandosi all'occasione dell'incontro ed esprimendo il suo compiacimento perché lo stesso si concludeva in una sede di prestigio richiamo ai concetti e agli ideali di unità, il Prof. Luminari sottolineava il significato di tale circostanza ed il buon auspicio da trarne.

Il cordiale congedo dai colleghi torinesi è avvenuto con l'impegno di un nuovo incontro nel futuro più immediato per concertare e discutere un piano d'azione, gettare le basi per una regolamentazione della varie Scuole Mediche Ospedaliere esistenti e studiare infine opportunità e possibilità per crearne di nuove. ■

m.l.

### SCUOLE MEDICHE OSPEDALIERE ESISTENTI IN ITALIA

- ❑ BARI E REGIONE PUGLIA
- ❑ NAPOLI
- ❑ PALERMO
- ❑ RAVENNA
- ❑ ROMA E REGIONE LAZIO
- ❑ SALERNO
- ❑ TORINO
- ❑ VERONA

# RELAZIONE SUL SONDAGGIO CONDOTTO DURANTE IL PERIODO DELLE ISCRIZIONI ANNO ACCADEMICO 1996/97

■ di Salvatore Rijli

*Direttore Amministrativo della SMORRL*

Il presente lavoro costituisce un sondaggio di opinione che aspira a porsi come strumento di crescita per la Scuola, perseguendo l'obiettivo primario di evidenziare le lacune o le imperfezioni del suo operato, qualora esistessero, ovvero la via per rendere ottimo ciò che è attualmente buono. Per un organico sviluppo di tutta l'attività della Scuola si è pensato di procedere ad un'analisi sistematica che ponesse l'accento su tre elementi che devono procedere contestualmente:

- tenere in considerazione le necessità di coloro che si rivolgono alla Scuola per approfondire la loro formazione specialistica, senza riprodurre meccanismi non rispondenti ai bisogni reali della formazione permanente;
- condurre un'analisi basata sui risultati;
- cercare di ottimizzare il rapporto tra quelle che possono considerarsi le risorse della Scuola ed i risultati realmente ottenuti.

Tale iniziativa è perfettamente in linea con l'obiettivo della SMORRL di mantenere il passo con i tempi, affiancando alla plurisecolare e tradizionale opera didattica ospedaliera, un'organizzazione moderna ed efficiente che possa sostenere i profondi cambiamenti strutturali del Sistema Sanitario Nazionale, in un'epoca in cui diventa essenziale la formazione specialistica.

## ■ Nota metodologica e validità del campione

Il sondaggio è stato condotto tramite un campionamento di 300 iscritti ai corsi semestrali 1996/97, pari a un decimo dei circa 3000 discenti che annualmente si iscrivono alla Scuola, ai quali è stata consegnata e fatta compilare una scheda composta da 12 quesiti, a loro volta articolati in punti.

Le domande riportate nella scheda si possono idealmente suddividere in quattro aree fondamentali di:

- informazione generale;
- attività didattica;
- organizzazione e servizio di segreteria;
- iniziative editoriali.

È stata resa anonima la scheda proprio per garantire maggiore veridicità e spontaneità nelle risposte, ma è da valutare che il

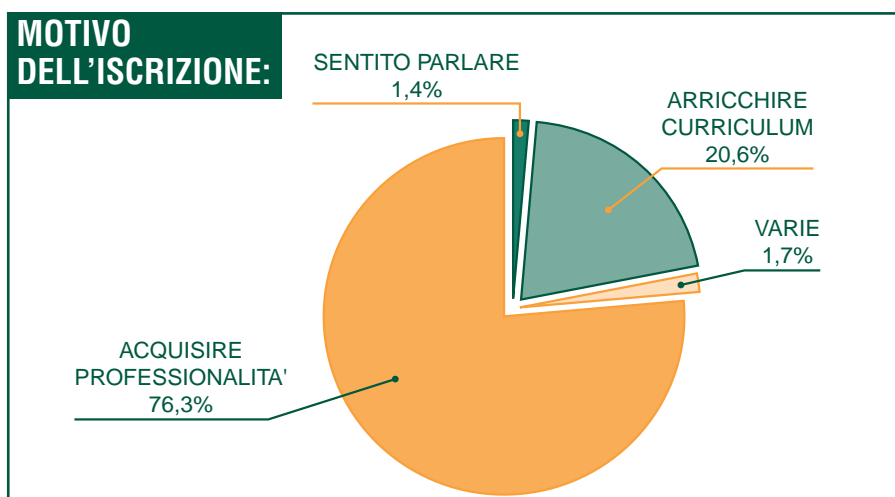
campionamento è stato effettuato al momento di presentazione della domanda di iscrizione ai corsi della Scuola, e quindi con persone che hanno già manifestato un loro positivo interesse. Il questionario è stato sottoposto all'attenzione degli intervistati durante tutto il periodo delle iscrizioni sia presso l'Ordine dei Medici che in Segreteria, per poter così garantire un campione che sia maggiormente rappresentativo.

## ■ Conclusioni e proposte

Passando all'analisi dei risultati possiamo tracciare le seguenti conclusioni.

- La maggioranza degli iscritti ai corsi della Scuola sono di sesso femminile e tra queste le laureate in psicologia sono le più numerose.

- I corsi sono seguiti soprattutto da discenti in fasce di età com-



prese tra i 23/29 anni (40.2%) ed i 30/40 anni (50.7%). Questo conferma che i corsi della Scuola sono una prosecuzione tra la formazione teorica-universitaria e quella pratica-ospedaliera.

- I corsi sono quasi esclusivamente frequentati da laureati di nazionalità italiana (98%).

- La maggior parte degli iscritti sono Medici (41.4%) anche se la differenza con i laureati in Psicologia è comunque minima (39.7%). Seguono gli Odontoiatri (10.9%) e di loro ben l'84% ha presentato domanda nel primo giorno di iscrizione. Risulta residuale l'iscrizione ai corsi da parte di farmacisti (1.3%) e laureandi in medicina (quasi lo 0%).

La tempestiva affluenza degli odontoiatri nel primo giorno di iscrizioni (precisamente nelle prime ore dall'apertura delle stesse), pone il quesito se ciò dipenda dal ridotto numero di posti disponibili. Per quanto riguarda il numero di anni trascorsi dal conseguimento della laurea, i dati hanno rivelato che la maggioranza degli iscritti (87.3%) ha conseguito la laurea da meno di 8 anni e più precisamente il 53.8% da 1-3 anni.

- L'interesse verso i corsi della Scuola è manifestato, quasi in eguale misura, sia da parte di coloro che hanno già avuto precedenti esperienze nel campo formativo che da chi si appresta a farlo per la prima volta. Per l'insegnamento che dovrebbe essere impartito negli Ospedali, secondo la recente normativa del Sistema Sanitario Nazionale, la Scuola dimostra di avere i necessari requisiti per costituire un ottimo punto di riferimento.

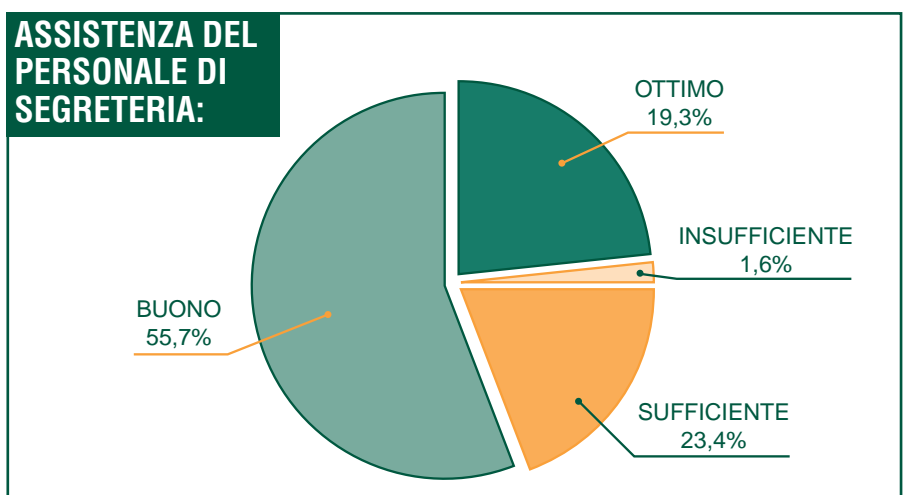
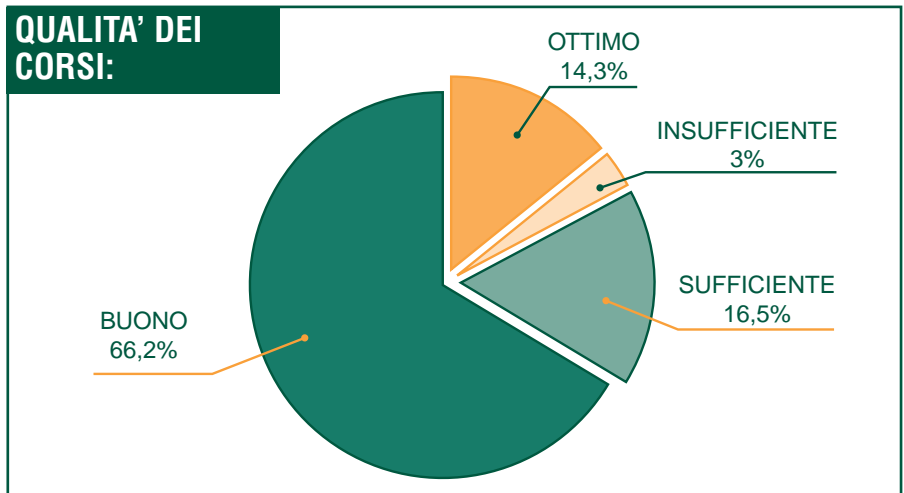
- Una sostanziale parità è stata rilevata anche tra coloro che si iscrivono ai nostri corsi e sono già strutturati o frequentatori di una struttura ospedaliera (44.4%) e chi deve ancora approcciarsi alla sua prima esperienza di lavoro in ospedale (55.6%).

Gli iscritti hanno giustificato la loro iscrizione ai corsi SMORRL con le seguenti motivazioni:

- a) acquisire maggiore professionalità (76.3%);
- b) arricchire il curriculum personale con titoli che permettano l'acquisizione di un punteggio valutabile ai fini concorsuali (20.6%);
- c) per averne sentito parlare (1.4%);
- d) per motivi vari (1.7%).

- La didattica è indirizzata in modo quasi paritario a coloro che hanno già seguito altri corsi della Scuola (46.1%) e che continuano ad orientarsi principalmente su quelli semestrali, e a chi vi si rivolge per la prima volta (53.9%).

Il sondaggio ha inoltre rilevato che il 59.3% degli iscritti ha già seguito 1 o 2 corsi della Scuola, mentre il 40.7% ha già seguito dai 3 ai 7 corsi. I corsi si sono svolti per la maggior parte regolarmente (88.6%) e solo in minima parte (11.4%) hanno presentato qualche disfunzione (corsi non tenuti o penalizzati dall'atteggiamento indolente dei docenti), per eliminare le quali si potrebbe praticare un maggior controllo di qualità dei corsi stessi.



- Il giudizio espresso è stato sostanzialmente positivo sia sotto il profilo della didattica (66.2%) che dell'interazione discente-docente, anche se non bisogna sottovalutare la particolare composizione del campione statistico.

- L'assistenza della segreteria (vedi grafico a pag.11) è stata giudicata buona (55.7%).

Il rilascio dei certificati è stato ritenuto sostanzialmente sollecito (69.2%), mentre quello dei diplomi risente negativamente dell'intempestiva consegna dei verbali d'esame da parte dei docenti.

- Negli ultimi 2 anni il 62% ha riscontrato consistenti miglioramenti a livello organizzativo nelle strutture di segreteria, grazie al loro ammodernamento e soprattutto alla informatizzazione.

- Per quanto riguarda le iniziative editoriali della Scuola, il campione risulta poco affidabile poiché numericamente esiguo (solo 59 risposte).

Le iniziative editoriali, attualmente rivolte ai soci-docenti della Scuola, sono poco conosciute tra i discenti. In ogni caso tra le poche risposte raccolte il 54.3% ha ritenuto di un buon livello l'attività editoriale.

In linea generale il sondaggio ha rivelato un quadro piuttosto positivo della Scuola Medica, sia nella didattica che nella sua struttura organizzativa.

Ci ripromettiamo di condurre un'indagine analoga al termine dei corsi del corrente Anno Accademico, in modo che dal confronto nascano gli stimoli per l'ottimizzazione delle risorse disponibili ed il miglioramento della didattica ospedaliera. ■

### ❑ RISULTATI DELLE ISCRIZIONI AI CORSI SEMESTRALI ANNO ACCADEMICO 1996/1997

CORSI	ISCRITTI	DOCENTI	OSPEDALI
751	3215	1280	84

### AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

#### COORDINATORI DIMISSIONARI:

OSPEDALE G. EASTMAN	Dr. Federico De Nuccio
OSPEDALE CIVILE DI CIVITAVECCHIA	Prof. Paolo Fischioni
	Prof. Giancarlo Consiglio
OSPEDALE CIVILE DI PALESTRINA	Dr. Carlo Erasmo Boninfante
CLINICA VILLA FIORITA	Dr. Maurizio Giardinieri

#### NUOVE NOMINE:

OSPEDALE G. EASTMAN	Dr. Ettore Accivile
OSP. CIVILE DI CIVITAVECCHIA	Dr. Gino Turchetti

### ■ SCADENZE DI SEGRETERIA ■

**30 aprile:**

TERMINE ULTIMO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI DOCENZA

### 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: I. 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, L. Gelormino Scalera, V. Lumia, A. M. Martelli, A. Panegrossi, G. Visco
- Revisori dei Conti: F. Feliciani, F. Lo Iacono, 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