



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** I° Congresso Nazionale FE.S.M.O.
• di Marino Luminari
- 5** Formazione permanente del medico ospedaliero.
Relazione al I° Congresso Nazionale FE.S.M.O.
• di Massimo Barindelli
- 7** In ricordo del Professore Giuseppe Uguccioni
• di Marino Luminari

ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 8** La terapia con betabloccanti dello scompenso cardiaco cronico
• di Vincenzo Rulli e Francesco Rulli

AGENDA DELLA SCUOLA

- 16** - Aggiornamento all'Elenco dei Coordinatori negli ospedali
- Scadenze di segreteria

CONVOCAZIONE

ASSEMBLEA GENERALE
ORDINARIA DEI SOCI
DOCENTI PER LA
DESIGNAZIONE DEL
CONSIGLIO DIRETTIVO
DELLA SCUOLA PER IL
TRIENNIO 1999/2002

6 LUGLIO

DALLE ORE 8,00 ALLE ORE 19,00

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

I° CONGRESSO NAZIONALE FE.S.M.O.

■ di Marino Luminari

Presidente della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio e della FE.S.M.O.

Sabato 23 gennaio 1999, alle ore 9, nell'Auditorium Giovanni Paolo II della Università Urbaniana di Roma, hanno preso il via i lavori del I° Congresso Nazionale della Federazione delle Scuole Mediche Ospedaliere (FE.S.M.O.) alla presenza di un uditorio particolarmente interessato all'incontro.

La manifestazione, a lungo e invano attesa, ha potuto realizzarsi a un anno circa dalla laboriosa nascita della Federazione delle Scuole Mediche Ospedaliere destinata a potenziare e a valorizzare quell'insegnamento medico ospedaliero rinnovatosi di epoca in epoca, variamente attuato nelle varie parti d'Italia e chiamato oggi, accanto ad altre Istituzioni, a realizzare didattica per la qualificazione specialistica e la formazione permanente e continua del medico.

È stata una vigilia non particolarmente travagliata per la elaborazione del programma: si dovevano infatti individuare quei filoni che rispecchiassero le nostre finalità di base. Partendo allora dalla presentazione delle Scuole e dalla loro

organizzazione federativa, si è voluto puntare al carattere dell'insegnamento in ospedale correlato al mutamento dell'assistenza ospedaliera, e alle peculiarità della preparazione dei docenti formatori, argomenti riguardanti più da vicino gli scopi della nostra Istituzione.

Abbiamo poi destinato alla clinica una 1ª sessione con un simposio dedicato all'ipertensione arteriosa, prendendo lo spunto dalla commemorazione tenutasi recentemente a Torino del centenario di Riva Rocci, creatore dello sfigmomanometro.

La 2ª sessione, sul tema *Le cure caritatevoli*, è stata decisa per sottolineare il dovere che ha la Scuola di richiamare alla coscienza dei medici anche gli aspetti umanitari ed etici della professione.

Essi per l'avanzante tecnicismo e i progressi delle terapie, vanno sempre più perdendo terreno nell'assistenza sanitaria, trascurando colpevolmente il fatto che l'innalzamento dell'età media della vita ed il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie comportano inevitabilmente l'intervento

del medico su fasce d'età più avanzate della popolazione, quindi più fragili sotto il profilo fisico e psico-affettivo.

Il 1° Congresso FE.S.M.O. si è tenuto quindi all'insegna delle tre fondamentali finalità operative delle Scuole Mediche Ospedaliere: clinica, formazione, solidarietà.



Il Dott. Massimo Amadei, Direttore Generale della ASL RM E che ospita la Scuola di Roma e provvisoriamente la Federazione delle Scuole, ha rivolto il suo saluto ai partecipanti compiacendosi del ruolo riservato all'Azienda da lui diretta, di ospitare l'originario nucleo storico dell'attività ospedaliera romana nell'ambito di quell'Istituto di S. Spirito in Sassia di cui recentemente è stato celebrato il 9° centenario.

Al suo interno, lo stesso Direttore Generale ha organizzato e realizzato un Centro artistico-culturale a tutela della notevole dotazione artistica del S. Spirito e della sua tradizione secolare, vanto della città e patrimonio geloso dei medici romani che vedono qui riunite le quattro più importanti istituzioni mediche romane: Scuola Medica Ospedaliera, Accademia Lancisiana, Ente Settimana degli ospedali e Museo dell'Arte Sanitaria.

L'oratore ha confermato la sua sensibilità e la sua disponibilità, peraltro già dimostrata in altre occasioni, a potenziare questi valori del patrimonio affidato alla sua gestione, compresi quindi quelli della Scuola Medica. Sono infatti pressoché ultimate le opere per una adeguata sistemazione a museo di tutti gli ambienti facenti capo all'antico nosocomio, del

Palazzo del Commendatore e degli edifici religiosi, destinando a nuovi e più limitati servizi di pronto soccorso e di emergenza la parte moderna dell'ospedale prospiciente il Lungo-tevere in Sassia. Nel quadro di una siffatta interpretazione del ruolo che l'ex Pio Istituto è chiamato a svolgere, è stato assicurato che la presenza degli storici Istituti culturali trova la sua ideale collocazione e pertanto essi saranno particolarmente curati anche perché l'Azienda intende prendere parte attiva al processo formativo dei dipendenti e alle altre attività di tipo congressuale che gli organismi ospitati intendono promuovere.

In armonia con tali affermazioni, la Scuola è stata invitata a rinnovare i suoi schemi di insegnamento tipicamente tutoriali e pratici, adeguandoli alle esigenze della nuova assistenza ospedaliera, decisamente avviata ad essere oltre che medica anche tecnico-amministrativa e manageriale.

Al termine dell'intervento del Dott. Amadei, ha preso la parola il Prof. Marino Luminari, Presidente della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio e da pochi mesi anche della Federazione delle Scuole.

Dopo avere preliminarmente sottolineato alcuni requisiti fondamentali dell'insegnamento in ospedale richiesti in questi anni da Direttive Comunitarie CEE, Leggi nazionali e regionali che hanno definitivamente sancito il coinvolgimento ufficiale dei medici ospedalieri nella didattica post-laurea, il Presidente ha illustrato brevemente il perché, nel rispetto di questa ottica, si sia andati alla ricerca di strumenti

che sottraessero l'insegnamento all'iniziativa dei singoli, così come sembrava concepito dai primi legislatori, per inserirlo in strutture organizzate quindi più efficienti.

Sono state illustrate con alcune diapositive le motivazioni tecniche, economiche, giuridiche ed etiche che hanno reso possibile la creazione delle Scuole esistenti e rendono auspicabile la creazione di altre.

Purtroppo, ed è il rammarico dell'oratore, le Scuole in Italia sono ancora pochissime (8 per 21 regioni) e sfortunatamente sono nate con tipologie diverse e con criteri e metodologie didattiche le più disparate.

Soffermandosi sulle caratteristiche dell'insegnamento ospedaliero, il Prof. Luminari ha ricordato quello tradizionale della Scuola di Roma, di tipo tutoriale, volto a colmare i vuoti lasciati nel campo della professionalità dai corsi della formazione primaria dell'Università ed ha ribadito il concetto che attualmente è richiesto all'Ospedale, così come ad altre istituzioni didattiche, di provvedere sia al training degli specialisti sia alla formazione continua dei dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale, medici e paramedici, secondo modelli ed apporti culturali molto diversi rispetto al passato.

Il Prof. Luminari ha chiuso il suo intervento tracciando una breve storia della Federazione delle Scuole Mediche Ospedaliere costituitasi alla fine del 1997 con i seguenti scopi:

a) uniformare criteri di organizzazione e di metodologia didattica delle varie Scuole esistenti;

b) rappresentare gli interessi comuni e unitari delle stesse presso Istituti ed Enti che abbiano rapporti con la Sanità;

c) sollecitare provvedimenti legislativi atti a favorire l'insegnamento medico ospedaliero e, soprattutto di promuovere la formazione di Scuole nelle regioni dove non esistono.

La parola è passata in seguito all'ex Ministro della Sanità, Prof. Elio Guzzanti, invitato in qualità di esperto dei problemi della Sanità e animatore, per decenni, della vita ospedaliera romana dapprima come Direttore Sanitario, successivamente come Sovrintendente Sanitario di diversi Enti Ospedalieri di Roma.

Il prof. Guzzanti ha affrontato, ampliandolo, il tema dei nuovi insegnamenti medici sia di prima che di seconda formazione sottolineando come essi siano notevolmente mutati nell'arco di pochi anni.

Accennando alla nuova organizzazione degli ospedali realizzata attraverso le aree funzionali e i dipartimenti, problemi che lo hanno ampiamente coinvolto nel recente passato con studi e contributi rivelatisi molto importanti per la comprensione e la realizzazione delle nuove strutture, l'oratore ha anche amabilmente fatto capire che le novità non possono in alcun modo far disperdere le radici profonde della tradizione umanistica e umanitaria della professione che deve salvaguardarsi dalle esuberanze e dagli eccessi delle aziendalizzazioni ad oltranza e senza anima.

Il Prof. Guzzanti ha saputo toccare con efficacia, per la sua profonda esperienza, oltre ai temi etici, i

molti aspetti nuovi dei processi di formazione: comunicazione, gestione delle risorse umane, spostamento dall'ottica del medico quale perno dell'assistenza sanitaria, al concetto della sua appartenenza ad un più ampio processo gestionale che orienti gli obiettivi del singolo al risultato comune.

Medicina dell'evidenza, linee guida, crediti, cartella clinica, verifica della qualità, sono punti fondamentali della nuova medicina verso i quali è piuttosto palese la nostra resistenza nonostante alcuni modelli stranieri, davanti a noi da parecchi anni, potrebbero rendere molto più agevole il nostro cambiamento.

A conclusione del suo breve e incisivo intervento, il Prof. Guzzanti ha espresso l'augurio che la Scuola Medica si ponga quanto più presto possibile in linea con queste nuove esigenze per raggiungere, con gli obiettivi specifici della didattica, anche quella posizione di pari dignità e di pari prestigio nei riguardi di altre Istituzioni impegnate assieme alle Scuole nei programmi di insegnamento medico.

Terminato l'intervento del Prof. Guzzanti, il Presidente ha invitato il Prof. Raffaele Perrone Donnorso a porgere il suo saluto e quello della Associazione Nazionale dei Primari Ospedalieri da lui presieduta.

Accettato di buon grado l'invito, il Prof. Perrone Donnorso oltre a manifestare il suo consenso alla creazione dell'organismo federativo delle Scuole, ha assicurato il suo pieno interessamento per contribuire in prima persona a far nascere Scuole anche nelle Regioni dove esse non esistono.

Si è così conclusa la prima parte della mattinata cui ha fatto seguito la sessione dedicata all'Ipertensione arteriosa moderata dal Prof. Adriano Ramello in collaborazione con un ospite graditissimo del Congresso, il Prof. Guido Davico Bonino, letterato e critico d'arte dell'Università di Torino, che è intervenuto simpaticamente in una assise dagli interessi professionali e culturali molto lontani dai suoi, riuscendo ad inserirsi con molta arguzia e intelligenza da osservatore e uditor attento e da fruitore della disciplina in discussione.

La Sessione vera e propria si è aperta con un profilo storico dell'Ipertensione arteriosa tracciato dal Prof. Luciano Sterpellone, molto documentato e valido portatore di notizie storiche e di simpatiche annotazioni a margine.

Le relazioni dei Proff.ri Adriano Ramello, Giovanni Ambrosio, Salvatore Di Giulio ed Ezio Giovannini hanno messo a fuoco i numerosi aspetti diagnostici e clinici della sindrome ipertensiva e ad essi il Prof. Gian Carlo Lavezzaro di Torino ha aggiunto quelli della prevenzione e della terapia.



I lavori del pomeriggio hanno preso il via come la mattina con una relazione riguardante il tema della formazione medica continua. Introdotto dal Dott. Giorgio De Simone, il Dott. Massimo Barindelli ha illustrato con evidente competenza e con lucidi molto chiari ed esplicativi i parametri utili per il processo della preparazione degli animatori della formazione permanente del medico, cioè la preparazione degli inse-

gnanti della moderna medicina, da interpretare in maniera diversa rispetto al passato e da associare alla parte manageriale assolutamente inedita per il medico di tradizionale impostazione.

La 2ª sessione, che doveva rispondere in maniera più diretta al terzo tema del Congresso "la Solidarietà" è stata organizzata, diretta e moderata dal Prof. Antonio Ambrosio, Presidente della Scuola Medica Ospedaliera Napoletana. Con il titolo "*Le Cure caritatevoli*" essa si è svolta con la partecipazione di un gruppo di medici di varia estrazione, la maggior parte napoletani, che hanno spaziato dagli aspetti eminentemente tecnici delle varie terapie antalgiche, antitumorali, palliative (si è parlato anche di agopuntura), ai limiti del loro impiego e della loro durata, alle cure negate, fino agli aspetti morali e religiosi dell'assistenza destinata ai malati incurabili o terminali.

È difficile che argomenti del genere trovino ampia ospitalità, come è avvenuto nel nostro caso, in convegni che non siano espressamente dedicati al tema e ad un uditorio scelto. Forse è determinante la convinzione del medico che tutta la materia inerente la delicata fase dell'assistenza terminale e di quella destinata alle malattie incurabili, vada riservata al personale religioso oppure al volontariato, forse ritenuti più preparati a tali compiti.

Il motivo che ci ha sospinti verso la scelta di questo tema e l'opportunità di inserirlo in un contesto apparentemente estraneo in quanto dedicato a questioni di formazione e di qualificazione professionale medica, risiede nella considerazione che l'arco di assistenza medica offerta ovunque e in qual-

sivoglia maniera al malato non può estinguersi nelle fasi preterminali o terminali della malattia.

Sono le decisioni mediche a stabilire in che modo e in che misura debba essere formulato e gestito il trattamento medico, intervenendo con estrema oculatezza etica e professionale sia sulla vexata quaestio dei costi-benefici, sia sui quesiti angoscianti della qualità di vita e delle modalità della buona morte. Inoltre al medico è fatto carico oggi, anche in via diretta, di una sana gestione amministrativa per cui è opportuno che sia lui stesso a valutare circostanze e tempi di trattamento che rispondano a questo ordine di esigenze. È lui che deve responsabilizzarsi a tenere ben presenti i limiti invalicabili dei valori umanitari ed etici dell'assistenza.

Si è molto parlato anche in occasione del nostro incontro della pericolosità insita nel processo di trasformazione, che ha investito l'esercizio delle arti sanitarie.

Non si è ancora radicato nella coscienza del pubblico, ma nemmeno in quella dei medici, il concetto di aziendalizzazione eppure questa è una realtà alla quale dobbiamo adeguarci, piaccia o no.

Un richiamo a tutto ciò che può temperare questa trasformazione contribuirà ad impedire che si arrivi a snaturare completamente il concetto che la medicina produce salute e non siringhe o altro qualsivoglia materiale sanitario.

È perciò che in questo senso la Scuola si sente impegnata a trasmettere, attraverso i suoi insegnamenti, un messaggio costruttivo soprattutto alle giovani leve.

Visto il carattere di queste tematiche è parso quindi molto opportuno invitare all'ultima parte del

Congresso S. E. il Cardinale Fiorenzo Angelini che, della vita medica e ospedaliera di Roma, è stato protagonista attivo per oltre 50 anni e per un lungo periodo anche responsabile del Pontificio Consiglio della Pastorale pro operatori sanitari per l'assistenza sanitaria nel mondo. Tutti coloro che sono passati attraverso gli Ospedali romani sanno quanto l'eminente religioso si sia prodigato a fianco di tutti gli operatori e dei malati per rendere più efficiente la sanità e più tollerabile la sofferenza.

Prima delle parole conclusive del Cardinale che ci hanno riportato con lo spirito in quell'atmosfera piuttosto indefinita tra la missione medica che si esaurisce e i misteri dell'oltre vita che si aprono, il Prof. Davico Bonino, in un breve e magistrale intervento, ha lumeggiato il pensiero di alcuni grandi uomini del passato che con vivissima lucidità di spirito, di cultura e di arte, hanno interpretato il concetto di vita e di morte, fino al limite massimo della mente umana, oltre il quale è solo la fede che conclude e suggella ogni pensiero e ogni dire.

Il Presidente ha infine concluso questa nostra prima prova congressuale, auspicando l'inizio di un lungo cammino verso il potenziamento dei valori e della operatività della Scuola, ricordando che questo vogliono non solo coloro che a tale obiettivo hanno dedicato anni di lavoro e di speranze, ma anche chi ha finalmente compreso ed ha tradotto in normativa vigente la convinzione che le inestimabili risorse degli ospedali nel formare i medici non possono né essere ignorate né disperdersi o vanificarsi. ■

FORMAZIONE PERMANENTE DEL MEDICO OSPEDALIERO. RELAZIONE AL I° CONGRESSO NAZIONALE FE.S.M.O.

■ di Massimo Barindelli

Docente del Corso in Management Sanitario della S.M.O.R.R.L.

Inanzitutto non sono un consulente ma uno, come Voi, che giorno dopo giorno, deve affrontare i problemi aziendali. L'unica differenza è che ho avuto 15 anni più di Voi per imparare sulla mia pelle e.... sui miei capelli alcune regole della vita aziendale, tra le quali quelle inerenti la formazione.

La parola "FORMAZIONE" viene spesso utilizzata come l'aglio quando si vuole coprire il pesce non di giornata. Quindi viene utilizzata solo a posteriori e non quando potrebbe essere senz'altro più incisiva e sicuramente meno costosa.

Non esiste un momento per fare formazione ma bensì occorre creare degli strumenti, dei piccoli trucchi, se vogliamo, atti ad utilizzare in chiave formativa la vita di tutti i giorni (lavorativa e non). È sostanzialmente da qui che nasce il concetto di formazione permanente, o meglio, quello di guardare alla formazione non come ad un evento ma come ad un processo. La formazione, quindi, non va collegata solo ad un corso, che ha il merito di stimolare, ma al pre ed al post: infatti il solo decidere di andare ad un corso il valutarsi carenti in qualcosa è indice del



■ *Antico Ospedale di Santo Spirito in Saxia: Corsia Sistina.*

"SAPER ESSERE" che, in parole povere, è l'obiettivo della formazione.

Spesso, infatti, si fa confusione tra il "saper fare" ed il "saper essere": il primo lo si risolve in fretta, o quasi... Mi spiego meglio: fare un budget è un tecnicismo che si impara; entrare in un'ottica di pianificazione alternativa a più anni, comporta invece un'approccio che non s'impara da un libro, ma che deve essere interiorizzato passo

dopo passo, quindi il saper essere.

Talvolta mandando una persona ad un corso "manageriale" pensiamo di aver risolto tutto e che essa ritorni a casa come un novello imprenditore.

Chi s'intende di vini sa che i vini novelli vanno bevuti subito e che non tengono la conservazione per lungo tempo.

Anche in questo caso il non preparare bene il terreno ci fa rischiare di diventare presto aceto!

Molte volte alla scuola ospedaliera ho avuto modo di capire che il problema non era il numero ma quello che ciò significava pianificare e cioè limitarsi ad un obiettivo a fronte di ciò che si acquisisce.

Costruire un sistema d'incentivazione può essere relativamente semplice, renderlo operante e soprattutto comprensibile è un'altra faccenda. Il successo di un sistema è definito dalle persone attraverso il miglioramento della loro prestazione.

Anche però qui il Capo deve entrare in un'ottica diversa, ossia che la trasparenza dell'incentivazione comporta una perdita di potere.

Confrontarsi con il proprio collaboratore su obiettivi condivisi

(... e non sulle modalità come spesso accade) porta ad una più corretta gestione ed ad una miglior qualità di vita per entrambi.

Fare i carichi di lavoro non è facile, renderli operativi e vissuti quale opportunità è un'opera gigantesca. Ho avuto esempi in cui tali carichi sono stati decisi in modo approssimativo, magari creando malumori negli interessati.

Il carico di lavoro implica una conoscenza metodologica senza la quale il risultato derivante è nullo. Il carico di lavoro non lo si può lasciare solo nelle mani di un consulente, ma deve essere innanzitutto vissuto e reso operante dal management.

Essere manager lo si impara dai libri, essere leader o meglio utilizzare al meglio la propria leadership è un processo più complesso.

Spesso si fa confusione sulle terminologie: se devo essere onesto con Voi alla nuova sanità servono soprattutto leader che si affianchino in un secondo momento con dei manager. Questo perché innanzitutto è essenziale volere e realizzare il cambiamento, ciò che solo un leader può fare.

La stessa formazione deve essere pianificata non occasionalmente, ma attraverso un attento esame:

- 1) di ciò che ci attendiamo dall'oggetto di formazione;
- 2) dell'eventuale gap dell'individuo;
- 3) della possibilità di colmarlo giacché non tutti sono nati per dirigere;
- 4) del piano individuale di svi-



■ Antico Ospedale di Santo Spirito in Saxia: Palazzo del Commendatore, il Chiostro.

luppo che comprenda:

- a) corsi;
- b) esperienze formative lavorative;
- c) momenti di monitoraggio e di retrovalutazione.

Capisco bene di toccare un tasto pericoloso, ma purtroppo siamo tutti diversi e la formazione, per buona che sia, ha un impatto diverso su ciascuno di noi: l'importante è rendersene conto e non affidare ad essa il ruolo di panacea. Aver capito i limiti di un collaboratore vale forse più di averne individuato i potenziali.

Spesso mi viene detto che nel pubblico non si ha possibilità di scelta: questo è vero ma è anche vero che è necessario conoscere i limiti della propria organizzazione. La formazione risulta particolarmente utile quando dall'esterno si richiedono cambiamenti sostanziali del comportamento lavorativo di coloro che rivestono posizioni critiche. Guai a non rendere selettiva la

formazione o, peggio, a confonderla con l'incentivazione ("...per premio ti mando ad un corso").

L'Ospedale avrà sempre di più un ruolo fondamentale nell'aziendalizzazione e quindi occorre prestare maggiore attenzione alla gestione delle Risorse Umane e quindi alla formazione finalizzata.

Quest'ultima deve essere intesa come un investimento e quindi deve prevedere un ritorno qualitativo nel breve-medio-lungo periodo.

Si parla oggi di "outsourcing" in Sanità per le attività non essenziali: la cosa mi trova pienamente d'accordo, ma attenti a distinguere le attività essenziali da quelle che non lo sono.

Più precisamente "non core" sono le attività per il cui valore aggiunto all'organizzazione ed agli outputs è indipendente dalla loro localizzazione all'interno od all'esterno all'Azienda.

La gestione delle Risorse Umane, le quali incidono per il 70% sui costi e, ne sono convinto, molto di più sulla qualità del risultato, è alla base del successo di un'azienda e non può essere affidata ad altri. La formazione deve essere gestita all'interno dell'Azienda, anche avvalendosi di consulenti (la cui scelta è fondamentale), i quali hanno il solo compito di far superare il gap tecnico (il consulente stimola ma non risolve).

Il primo insegnante del saper essere è il proprio capo ed è lui che deve essere dotato degli strumenti idonei ad esercitare tale ruolo.

La formazione non è un pacchetto standard, ma deve essere adeguata ad ogni realtà aziendale e vissuta in evoluzione.

Ecco perché occorre che le strutture aziendali si dotino di formatori interni. Un medico ospedaliero è forse quello che più di altri conosce i problemi ed è in grado di dare alla formazione un senso pratico, lavorando in collaborazione con lo staff direzionale.

È evidente che questi medici debbano essere formati, a loro volta, nell'ambito delle scuole ospedaliere, secondo gli obiettivi strategici che ci si è posti.

È anche evidente che debba essere favorito l'interscambio di esperienze, ottenendo così una messa in pratica della "Formazione Permanente".

La sfida è grande ma anche quello che ci si aspetta, se tutto questo avrà successo, è altrettanto grande e sarà la premessa del "Voler saper essere parte della nuova Sanità". ■

IN RICORDO DEL PROFESSORE GIUSEPPE UGUCCIONI

Dopo lunga malattia che ne ha messo in risalto le alte qualità morali, il 7 gennaio 1999 è scomparso il Professore Giuseppe Uguccioni, amato e stimato collega, compagno di lotte sindacali per diverse generazioni di medici romani, a lungo guida illuminata della Scuola Medica Ospedaliera Romana di cui contribuì alla rifondazione ed in seno alla quale ha operato, mai derogando dalla sua assoluta convinzione che l'insegnamento in ospedale è fonte ineguagliabile e irrinunciabile di esperienza e di cultura professionale per i medici.

Nell'illustrare con molta esattezza le doti del suo carattere "sobrio, misurato, asciutto, sicuramente schivo e lontano dai formalismi di maniera", il profilo commemorativo comparso in uno degli ultimi numeri del Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma, del quale il Professore Uguccioni era stato per anni Consigliere e collaboratore molto attivo, non poteva

centrare meglio le doti che è capace di esprimere nei suoi figli quella regione Marche, culla di spiriti illustri, che gli aveva dato i natali il 27 luglio 1920 ad Urbania in provincia di Urbino.

Ed è in virtù di tali qualità che Egli ha saputo imprimere alla Scuola, uno dei suoi maggiori interessi culturali e sociali, assieme alla doppia militanza nell'Ordine dei Medici e nell'Associazione Nazionale Primari Ospedalieri, quella fisionomia moderna, organizzativa, promozionale ed amministrativa, che ha assicurato alla Scuola importanti riconoscimenti giuridici ed il pieno successo dei suoi corsi.

Riaffiora ancora oggi fra i colleghi, riuniti per deliberare regolamenti e programmi, la sua immagine tranquilla, paziente e prudente, a trasmettere un messaggio ospedaliero che ci sentiamo di avere almeno in parte raccolto per compiere un dovere del quale Beppe rimane, nel nostro pensiero, un esempio chiaro, luminoso e indimenticabile. (M.L.) ■

LA TERAPIA CON BETABLOCCANTI DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

■ di Vincenzo Rulli * e Francesco Rulli **

* *Primario Cardiologo Emerito - Ospedale S. Camillo.* ** *Aiuto Cardiologo - Ospedale S. Giovanni.*

■ Definizione

Lo scompenso cardiaco è quella condizione in cui il cuore non è in grado di pompare un volume ematico sufficiente al fabbisogno metabolico dell'organismo in presenza di normali pressioni di riempimento e di normale ritorno venoso.

■ La sindrome dello scompenso cardiaco

È caratterizzata da dispnea, affaticamento, tachipnea, tachicardia, rantoli polmonari, cardiomegalia, ritmo di galoppo, edemi periferici.

I vecchi termini, scompenso anterogrado, scompenso retrogrado, insufficienza sistolica, insufficienza diastolica, vogliono indicare la presenza e le vie patogenetiche di complessi meccanismi fisiopatologici, tutti responsabili della incapacità del cuore di mantenere una perfusione periferica adeguata ed una ottimale perfusione tessutale.

■ La fisiopatologia dello scompenso cardiaco

Può essere, in grandi linee, identificata nella cascata degli eventi funzionali e metabolici che la caratterizzano e che riguardano alterazioni strutturali e funzionali del miocardio, la funzione del

circolo, delle grosse arterie, del sistema neuroendocrino ed autonomo, del rene, dell'apparato respiratorio.

■ Le caratteristiche della sindrome

Sono alla base delle strategie terapeutiche che comprendono l'utilizzazione di diuretici, vasodilatatori, calcio antagonisti, digitale, antagonisti dell'aldosterone, ACE inibitori.

La digitale ha mostrato di poter svolgere un suo ruolo nello S. C. regolando il tono simpatico ed antagonizzando il sistema neuronale.

Gli ACE inibitori disattivano il sistema renina-angiotensina, ma agendo solo parzialmente sul tono simpatico, non eliminano l'effetto tossico della norepinefrina.

Nonostante il numero e la varietà del meccanismo d'azione dei farmaci citati, pur capaci per vie diverse di modificare l'uno o l'altro aspetto dello S. C., la letalità ad un anno dei pp. con scompenso moderato-severo rimane al 26% per i pp. in classe III NYHA ed al 42% per quelli in classe IV NYHA. Inoltre tutti gli studi, condotti con farmaci ad azione inotropica positiva, hanno dimostrato la mancanza di efficacia di tali composti, fatta eccezione per la digossina o addirittura hanno

evidenziato un aumento della letalità in seguito al loro uso.

Sono state quindi esplorate negli ultimi venti anni nuove strategie terapeutiche in grado di prolungare la vita di questi pazienti.

■ La storia dei betabloccanti

Inizia nel 1957 con la sintesi di alcuni di essi in laboratorio e prosegue negli anni successivi con rare osservazioni cliniche; la prima risale al 1970 ad opera di Waagstein, del gruppo di Goteborg, che rilevava un notevole miglioramento con l'uso del practololo per via endovenosa in pazienti con IMA, tachicardia ed edema polmonare. Nonostante questa osservazione è stato tuttavia difficile in seguito modificare l'atteggiamento dei clinici verso l'utilizzazione dei betabloccanti, farmaci che per il loro effetto inotropo negativo ed il potenziale rischio di indurre insufficienza cardiaca congestizia, venivano considerati controindicati in senso assoluto.

Il primo studio sul trattamento con betabloccanti dello scompenso cardiaco, pubblicato sempre dal gruppo di Goteborg nel 1975, fu accolto sfavorevolmente dalla comunità dei cardiologi.

Studi successivi su pp. con cardiomiopatia dilatativa, arruolati secondo precisi e ampi protocolli,

permisero di approfondire meglio il problema, finché nel 1985 Engelmeyer su *Circulation* e Anderson sull'*AJC*, dimostrarono in due casistiche placebo controllate e randomizzate, l'utilità dei betabloccanti per somministrazioni a lungo termine.

Il primo grande trial clinico multicentrico, MDC, con metoprololo nella cardiomiopatia dilatativa risale al 1993; a questo trial ne seguì un altro altrettanto ampio sull'insufficienza cardiaca, il CIBIS, Cardiac insufficiency Bisoprolol study.

Più recentemente sono stati pubblicati studi sull'uso del Carvedilolo, studi che rappresentano nel complesso fino ad ora la più vasta sperimentazione su un singolo betabloccante nell'insufficienza cardiaca.

Del tutto recentemente da Dallas, nel Novembre del 1998, sono venuti alcuni contributi che tendono in qualche misura a spiegare il ruolo del betabloccante o almeno alcuni dei ruoli che il beta-bloccante può svolgere nello S.C. cronico.

Watanabe, considerando l'impatto dello stress ossidativo sulla disfunzione endoteliale, ha osservato che il carvedilolo è capace di migliorare l'insufficiente vasodilatazione endoteliodipendente attraverso appunto la riduzione di tale stress. Anche Abraham ha riferito che dopo sei mesi di trattamento il Carvedilolo migliora l'emodinamica renale probabilmente antagonizzando i recettori alfa 1, contrariamente al metoprololo beta 1 selettivo.

Haendler ha osservato che il Carvedilolo protegge le cellule endoteliali dall'apoptosi per la sua

capacità antiossidativa ed a tale capacità ha attribuito i benefici effetti del farmaco nello S.C.. E, d'altra parte, un altro ricercatore, Sabbah, ha riscontrato anche con il metoprololo gli stessi effetti.

Kubin in uno studio prospettivo comparativo tra Metoprololo e Carvedilolo nello S.C., ha riscontrato un parallelo miglioramento dopo un anno di cura sia con l'uno che con l'altro farmaco; l'unica differenza che Kubin ha trovato tra i due farmaci è nel comportamento della frequenza cardiaca, minore nei pp. trattati con Carvedilolo, forse a causa del maggior effetto antiadrenergico di quest'ultimo.

Si tratta però di osservazioni che pur estremamente interessanti, non permettono ancora di chiarire completamente le modificazioni fisiopatologiche ed i meccanismi d'azione che le determinano, meccanismi che sono responsabili, almeno sotto alcuni aspetti, degli effetti favorevoli nei pp. con insufficienza cardiaca cronica congestizia, tanto che si tratti di labetololo, che alprenololo, o di bucindololo, di metoprololo, o di carvedilolo.

Non è ancora ben noto d'altra parte se tali effetti siano correlati alla farmacologia di appartenenza oppure, ma ciò sembra essere meno importante, alla loro selettività o non selettività.

Sembra invece assai interessante il dato, non confermato tuttavia, che il blocco simultaneo dei recettori beta 1 e beta 2 possa essere rilevante nella prevenzione delle aritmie mortali.

Ciò che però ai fini dell'argomento in esame sembra più importante, al di là dei dati pur ricchi di

interesse pocanzi riferiti, è la comprensione delle basi razionali che giustifichino l'impiego dei betabloccanti nello scompenso cronico congestizio.

È noto che nello S.C. vengono attivati, come prima si accennava, numerosi sistemi neuroendocrini, attivazione che viene interpretata teleologicamente come il tentativo di correggere i disordini emodinamico ed idroelettrolitico che si realizzano nello scompenso.

Tale attivazione che ha scopi compensatori, può condizionare però anche la comparsa di effetti sfavorevoli e risultare dannosa, come quella del sistema renina-angiotensina-aldosterone, quello della vasopressina, quello modulato dal peptide cardiaco natriuretico ed in particolare quello del sistema simpatico. Non è recente l'osservazione che nello S.C. si realizza un importante aumento del tono simpatico la cui evidenza diretta è data dal riscontro dell'incremento dell'escrezione urinaria delle catecolamine e dei loro metaboliti di entità che varia in rapporto alla gravità dello scompenso.

Esiste infatti una correlazione lineare fra l'attività del simpatico in corso di scompenso e i livelli plasmatici di noradrenalina in corso di esercizio. Una ulteriore conferma dell'aumento del tono simpatico e della riduzione del tono vagale nello scompenso è la minore variazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa notturne in confronto al soggetto normale.

Se l'attivazione simpatica per sé costituisce un meccanismo omeostatico che tende a preservare la perfusione tissutale attraverso l'aumento della frequenza

cardiaca, della contrattilità miocardica, il mantenimento di una gittata cardiaca adeguata, la vasocostrizione arteriolare, la venocostrizione e la ritenzione di sodio e di acqua, tale attivazione simpatica implica anche conseguenze di per sé negative, quali aumento del lavoro cardiaco, riduzione della perfusione coronarica, ulteriore congestione del circolo, necrosi miocardica, perdita di potassio, aritmie.

Se ne può concludere quindi che l'attivazione simpatico-adrenergica, la quale si compie già nelle fasi precoci dello scompenso attraverso riflessi barocettivi arteriosi, riflessi cardiopolmonari, variazioni della compliance arteriosa, comporta effetti nocivi che prevalgono sull'effetto compensatorio.

Alla luce di questi dati il sistema simpatico sembra rappresentare il target, l'obiettivo su cui agire terapeuticamente nello scompenso cardiaco; target che giustifica appunto e razionalizza l'uso dei betabloccanti in questa condizione; anche in ragione del fatto che l'ipertono simpatico nell'insufficienza cardiaca provoca aumento della dismissione di norepinefrina dal miocardio, deplezione dei depositi norepinefrinici intramiocardici e, parrebbe, down regulation dei recettori beta 1 adrenergici che diventerebbero così meno sensibili agli stimoli endogeni.

Il trattamento con betabloccante fornirebbe la possibilità di una up regulation dei recettori beta-adrenergici che comporterebbe una minore attivazione del sistema simpatico. A rendere solo parzialmente convincente l'ipo-

tesi della down regulation sta però il fatto che almeno due betabloccanti, il bucindololo ed il carvedilolo, migliorano la funzione cardiaca senza determinare up regulation. Ciò farebbe presumere che il meccanismo d'azione dei vari betabloccanti è diverso; il che troverebbe conferma nei risultati controversi ottenuti dai vari Autori che si sono occupati dell'argomento: il metoprololo, il labetolo, il carvedilolo migliorano la performance sotto sforzo mentre il bucindololo la riduce. Resta comunque discusso il meccanismo d'azione

per i vari betabloccanti nello S. C. Numerose altre ipotesi sono state fatte a questo riguardo, ipotesi che sono state enumerate in un recente lavoro (Boccanelli) e che riteniamo utile ricordare (*Tabella 1*).

Aggiungeremo a questa enumerazione un altro aspetto che ci sembra interessante, almeno in via di ipotesi e cioè l'aumento dei linfociti T suppressor e delle cellule natural killer (conseguenza della inibizione delle variazioni funzionali immunitarie indotte dal simpatico?). Passando al piano più strettamente applicati-

Tabella 1

- 1 Up regulation dei beta- recettori.
- 2 Effetti protettivi sul miocardio dall'azione tossica delle catecolamine.
- 3 Aumento della capacità dei nervi simpatici non adrenergici di sintetizzare norepinefrina.
- 4 Riduzione dei sistemi ormonali vasocostrittivi.
- 5 Effetti antiaritmici.
- 6 Coronarodilatazione.
- 7 Effetti inotropi negativi che allungano il periodo diastolico provocando aumento del flusso ematico subendocardico.
- 8 Effetto antianginoso ed antischemico.
- 9 Ripristino di un normale controllo dei riflessi a livello cardiaco e circolatorio.
- 10 Prevenzione dell'ipertrofia miocitica.
- 11 Effetti antiossidanti.
- 12 Viraggio dal metabolismo dei grassi a quello dei carboidrati.

vo del trattamento dello S. C. con betabloccanti, è necessario considerare che gli effetti della terapia possono essere diversi a seconda che si tratti di terapie a breve o a lungo termine.

Per un trattamento a breve termine si riducono:

- frequenza cardiaca, resistenze periferiche, picco di riempimento, MVO_2 , norepinefrina circolante, lattato miocardico.

Restano immodificati:

- indice del volume di eiezione, indice del lavoro di eiezione, frazione di eiezione, volume telediastolico VS_n, pressione capillare polmonare.

Per un trattamento a lungo termine si riducono:

- MVO_2 , norepinefrina circolante, volume e pressione telediastolica del ventricolo sinistro, pressione capillare polmonare.

Un trattamento a lungo termine comporta quindi un graduale recupero della performance cardiaca in 6-12 mesi. La metodologia della somministrazione del betabloccante, che spesso dà luogo ad un peggioramento delle condizioni del paziente scompensato nelle prime settimane, va attentamente considerata così come grande accuratezza va posta nel monitoraggio del follow up nei responders. Non sono infatti disponibili informazioni definitive e del tutto convincenti circa le caratteristiche dei pp. che possano a priori essere ritenuti passibili o non di trarre beneficio dalla terapia betabloccante. Infatti i risultati riportati in letteratura sembrano indicare effetti diversi in pp. con S. C. da cardiopatia ischemica o con CMD; è inoltre da considerare

AZIENDA SANITARIA LOCALE **ROMA**

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA DI ROMA E DELLA REGIONE LAZIO
ASSOCIAZIONE ROMANO-LAZIALE DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

GIORNATE ROMANE di CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Presidente del convegno:

PROF. PIETRO BORMIOLI

ROMA 2/3 LUGLIO 1999

SEDE DEL CONVEGNO

Ospedale S. Spirito in Saxia
Sala Lancisi

B.GO S. SPIRITO, 2 - ROMA

che il rischio di inefficacia del trattamento sembra essere maggiore nei pp. in più gravi condizioni o negli stadi terminali dello scompenso.

Resta infine da chiarire se la terapia con betabloccanti possa essere estesa a tutte le forme di S. C. congestizio, ove si consideri che il profilo farmacologico di alcuni betabloccanti sembra adattarsi più favorevolmente ai casi in cui la modulazione dei neurormoni è ritenuta indispensabile per il raggiungimento di risultati soddisfacenti a lungo termine.

■ In conclusione

- La terapia betabloccante dello S.C. è diretta alla riduzione dell'attività simpatica e ad antagonizzare gli effetti dannosi delle catecolamine sugli organi bersaglio.
- I betabloccanti più utilizzati nella cura dello S.C. sono bucindololo, metropololo, carvedilolo.
- Il bucindololo possiede attività beta 1 e beta 2 bloccanti, è privo di attività simpaticomimetica sul miocardio umano, possiede debole azione beta 1 agonista, debole attività antiserotoninica, media attività vasodilatatrice, il che lo rende ben tollerato.
- Il metoprololo è un antagonista beta selettivo senza azione agonista e vasodilatatrice; esso aumenta contrattilità e distensibilità, protezione miocardica e miglioramento emodinamico.
- Il carvedilolo è betabloccante meno selettivo del metoprololo, più selettivo del bucindololo e possiede azione vasodilatatrice.
- bucindololo e carvedilolo proteggono il miocardio dagli effetti della norepinefrina. ■

AGGIORNAMENTO ALL'ELENCO DEI COORDINATORI NEGLI OSPEDALI

COORDINATORI DIMISSIONARI:

OSPEDALE CIVILE DI AMATRICE
E DI RIETI

Dr. Enrico Zeponi

NUOVE NOMINE:

OSPEDALE CIVILE DI FRASCATI,
MARINO, ROCCA PRIORA

Dr. Vincenzo Valentini

■ SCADENZE DI SEGRETERIA ■

30 giugno:

PRESENTAZIONE PROGRAMMA DEI CORSI BIENNALI DI NUOVA ACQUISIZIONE

16 luglio:

PRESENTAZIONE VERBALI DEI CORSI SEMESTRALI A/A 1998-99

31 luglio:

PRESENTAZIONE PROGRAMMA DEI CORSI BIENNALI GIÀ ATTIVATI NEGLI ANNI PRECEDENTI

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, T. Cuomo, A. M. Martelli, A. Panegrossi, A. Perrone, G. Visco
- **Revisori dei Conti:** F. Lo Iacono, L. Cardillo, F. Feliciani
- **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, D. Manfellotto, L. Persico, V. Rulli, G. Visco
- **Coordinatione redazionale:** P. Colletta
- **Grafica e impaginazione:** Edizioni Primus
- **Stampa:** Nuova Tipografia Loffari