

Comunicazioni del Presidente

Ricevo con una certa frequenza quesiti riguardanti l'attivazione della nostra Scuola di Specializzazione in Emergenza-Urgenza e, nonostante la nostra febbrile attività presso le istituzioni per accelerarne l'attivazione, non sono in grado di assicurare tutti circa la possibilità di attivazione entro l'anno in corso. In questo periodo si svolgono regolari incontri, che coinvolgono anche la nostra Società Scientifica, presso l'Osservatorio Nazionale per la Formazione Medica Specialistica, per la definizione degli standard che debbono possedere le strutture coinvolte nella formazione specialistica in Emergenza-Urgenza. Solo dopo la definizione di tali standard le Università potranno richiedere l'attivazione della Scuola di Specializzazione. Dobbiamo però rimarcare come alcuni rallentamenti a livello di queste riunioni siano imputabili ad ostacoli frapposti dagli Anestesiisti-Rianimatori.

Posso invece assicurare tutti i colleghi sul fatto che il Ministro Livia Turco ci ha espresso in più occasioni, pubbliche e private, la sua determinazione a far sì che l'attivazione della Scuola avvenga il più presto possibile.

Tornando al rapporto con gli Anestesiisti-Rianimatori, non dimentichiamo che risulta ancora pendente,

anche se con tempi lunghi di pronunciamento, il ricorso al TAR Lazio contro la nostra Scuola da parte di tutte le sigle, sindacali e non, degli Anestesiisti-Rianimatori. Ciò nonostante è in atto un dialogo con la parte meno oltranzista di queste associazioni, che potrà condurre a soluzioni condivise sui punti di maggiore attrito, senza che questo costituisca minaccia nei confronti della Scuola di Specializzazione, la cui istituzione, già sancita dalla Gazzetta Ufficiale, risulta irrevocabile.

Un'altra vicenda che ci vede schierati in modo compatto a difendere l'unicità delle nostre strutture è quella dell'Ospedale Careggi di Firenze. In questa sede il nuovo Atto Aziendale prevede che la struttura complessa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso venga smembrata in più strutture complesse di: Pronto Soccorso (con Direttore ospedaliero), Osservazione Breve Intensiva (a direzione universitaria), quattro Medicine Generali con indirizzo d'Urgenza (ognuna a direzione universitaria).

La nostra disapprovazione rispetto a questa ipotesi è stata portata ai massimi livelli istituzionali con una lettera ai ministri della Salute Livia Turco e dell'Università Fabio Mussi e agli assessori regionali alla Sanità, Commissioni Senato e Camera, in cui si ribadisce con forza il No allo smembramento delle unità operative di pronto soccorso e medicina d'urgenza ed il Sì a una revisione legislativa delle norme in materia. L'importanza che la problematica della giusta utilizzazione del DPR 484/97 riveste per le UU.OO.CC di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.) nel nostro paese, non è tanto per le ricadute amministrative ed organizzative della appropriata applicazione del DPR negli ospedali, quanto per garantire, attraverso la standardizzazione organizzativa delle suddette unità operative, la più corretta ed adeguata assistenza all'utenza in emergenza.



Il Presidente accoglie il Ministro Livia Turco al Congresso di Torino

Infatti solamente una uniforme ed omogenea presenza di UU.OO.CC. di M.C.A.U. all'interno degli ospedali potrà dare garanzie di funzionalità, disponendo le stesse di due o tre livelli di attività - pronto soccorso con triage, osservazione breve e dove previsti posti letto di degenza breve di medicina d'urgenza - la risposta adeguata alla ingente richiesta di prestazioni di pronto soccorso nel nostro paese.

L'appropriatezza delle prestazioni che ne deriva è anche intuibile garanzia di una economicità di esercizio ed anche di appropriatezza dei ricoveri o delle dimissioni, oltre che delle cure in emergenza. La U.O.C. di M.C.A.U. costituisce inoltre la base imprescindibile sulla quale progettare e sviluppare il dipartimento di emergenza, costituendone, come già accennato, lo zoccolo duro, ma amplificando l'efficacia e la specificità d'azione mediante l'attivazione ed il coinvolgimento a cascata delle altre professionalità necessarie o utili.

Per concludere allego la nota inviata alle varie Istituzioni affinché prendano atto del profondo dissenso della SIMEU e della nostra determinazione ad opporsi a queste soluzioni con ogni mezzo.

Il Presidente
Vito Giustolisi

In questo numero

Comunicazioni del Presidente	1
Nota di dissenso della SIMEU	2
Comunicazioni del Segretario	2
Comunicazioni del Tesoriere	3
Attività delle Sezioni Regionali	4
Convocazione Assemblea	5
Attività dei Comitati Tecnico Scientifici	6
Epidemiologia ed Informatica	7
Formazione e Aggiornamento	9
Analisi della letteratura per l'urgenza	11
Appuntamenti e Segreteria	16

Nota di dissenso della SIMEU sulla Frammentazione delle Unità Operative di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

La Società Italiana di Medicina d'Emergenza ed Urgenza e delle Catastrofi (SIMEU), Società scientifica che riunisce i Medici di Urgenza dei Servizi territoriali ed ospedalieri del SSN, **esprime** profondo dissenso nei confronti di alcune politiche aziendali e/o regionali tese a "disarticolare" le Unità Operative Complesse di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dotate di organico autonomo e che fanno riferimento alla disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza. Tali iniziative sembrano rispondere a logiche unicamente volte alla moltiplicazione di aree direttive nei diparti-

menti di emergenza e contrastano fortemente con criteri di efficacia ed efficienza della qualità delle cure erogate in emergenza e di controllo della Spesa Sanitaria. La SIMEU **denuncia** che, a causa di tali provvedimenti legislativi regionali e/o atti aziendali delle aziende ospedaliere o delle AUSL, si sta di fatto attuando in alcune regioni lo smembramento giuridico e funzionale di varie strutture preposte al trattamento delle emergenze sanitarie. In particolare, oltre ad avere assistito in alcune Regioni alla totale divaricazione giuridica e funzionale dei servizi territoriali ed ospedalieri, si verifica ora sempre

più frequentemente la frammentazione delle Unità Operative di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), attivate a seguito della istituzione della relativa disciplina con il DPR 484/97. La SIMEU **rammenta** che le insostituibili funzioni di assistenza in emergenza urgenza prestate a milioni di cittadini, non possono prescindere da una organizzazione unitaria di alcune aree essenziali costituite dal Pronto Soccorso con triage ed annessa area di Osservazione Breve, posti letto di Medicina d'Urgenza per garantire da parte di personale adeguatamente for-

segue a pag. 15

Comunicazioni del Segretario

Parliamo di Formazione SIMEU.

In occasione dell'accreditamento SIMEU della rete formativa in Ecografia d'Urgenza (descritta in questo numero), che reputo estremamente qualificante per la Società, mi piace ricordare quanto significativo sia l'impegno della Società nella formazione in Emergenza-Urgenza, ma soprattutto la competenza e l'abnegazione dei tanti istruttori SIMEU che si dedicano al compito con professionalità, non certo ripagata dallo scarso riconoscimento economico, ma dalla soddisfazione dei tanti medici d'urgenza che ne beneficiano. La formazione in Emergenza-Urgenza rappresenta infatti un impegno prioritario per la SIMEU. A questo scopo la Società risulta essere Provider ECM e certificata UNI EN ISO 9001:2000 per le attività di "Progettazione ed erogazione di attività ed eventi formativi". Parte degli introiti derivanti dall'attività formativa rappresentano anche fonte di sostentamento per la Società stessa.

I corsi che attualmente vengono erogati sono i seguenti:

- Monitoraggio del paziente in Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (Responsabile: Rodolfo Sbrojavacca)
- Disordini elettrolitici e dell'equilibrio acido-base nel paziente critico (Responsabili: Ivo Casagrande, Fernando Schiraldi)
- Il dolore toracico in Pronto Soccorso: la sindrome coronarica acuta (Responsabile: Tiziano Lenzi)
- Diagnosi e terapia delle aritmie (Responsabile: Tiziano Lenzi)
- L'insufficienza respiratoria acuta e il suo trattamento precoce mediante CPAP in emergenza (Responsabile: Nicola Di Battista)

- Utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta in emergenza (Responsabile: Nicola Di Battista)
- Tossicologia clinica per Medici d'Urgenza, Pronto Soccorso, Emergenza territoriale: corso di base (B-TOX) (Responsabile: Carlo Locatelli)
- Tossicologia clinica per Medici d'Urgenza, Pronto Soccorso, Emergenza territoriale: corso avanzato (A-TOX) (Responsabile: Carlo Locatelli)
- Il management delle unità operative di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (Responsabile: Giovanni Baldi)
- Ecografia clinica in Emergenza-Urgenza (Responsabile: Gian Alfonso Cibinel)

SIMEU eroga inoltre corsi AHA (American Heart Association) in qualità di Italian International Training Organization (ITO) riconosciuta da AHA (Responsabile Valerio Gai). L'Italian ITO è stata una delle prime sedi AHA del mondo (Dicembre 2001).

La Faculty nazionale SIMEU-AHA (che rappresenta il braccio operativo dell'ITO) è composto da più di 200 istruttori, che meritano il ringraziamento di tutta la Società per l'enorme lavoro formativo portato avanti, con il sapiente coordinamento di Patrizia Vitolo, molto apprezzata, oltre che per la professionalità, per l'entusiasmo che sa trasmettere.

I corsi AHA-SIMEU vengono erogati tramite la segreteria organizzativa Simulearn di Bologna e sono i seguenti:

- ACLS for Experienced Provider
- ACLS Provider
- ACLS Provider Retraining
- ACLS Istruttore
- BLS Provider
- BLS Provider Retraining

- BLS Istruttore

Alcuni istruttori seguiranno a breve un iter formativo specifico per potere erogare anche corsi PALS-AHA

Non poteva mancare nelle proposte formative targate SIMEU la formazione in maxiemergenza. A questo proposito abbiamo concesso il patrocinio SIMEU ai corsi di formazione in Maxi-Emergenza del gruppo PME: Progetto Maxi-Emergenza. Il Gruppo formazione PME, il cui responsabile è Marco Esposito, è costituito da medici (in gran parte soci SIMEU) ed infermieri altamente formati nella disciplina della Medicina delle Catastrofi e della Maxi-Emergenza, che, ad una formazione specifica e completa, uniscono il valore aggiunto dell'esperienza diretta sul campo ottenuta in numerose missioni nazionali ed internazionali.

Il Gruppo PME ha prodotto, nell'ultimo anno, una serie di proposte formative, rivolte a medici ed infermieri dell'area dell'emergenza e non, atte a garantire una formazione di base ed avanzata per la gestione di Maxi-emergenze.

Le proposte formative si distinguono in Corsi MPO (Maxiemergenza Pre-Ospedaliera) e Corsi MOS (Maxiemergenza Ospedaliera) ognuno suddiviso in più livelli: Base, Avanzato, Refresh, Istruttori e per Volontariato sanitario.

I corsi già erogati hanno ricevuto notevole apprezzamento. La Segreteria Organizzativa dei Corsi è la Formed-Marche. Il programma dei corsi sarà a breve inserito sul sito.

Il patrocinio SIMEU prevede sconti nella quota d'iscrizione per i soci SIMEU.

Il Segretario
Anna Maria Ferrari

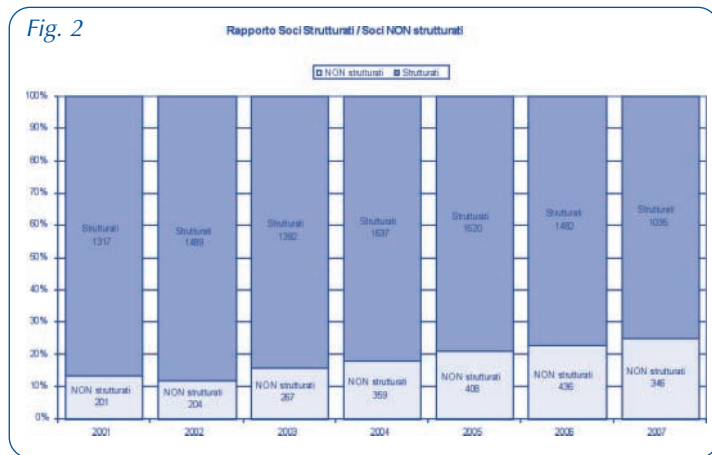
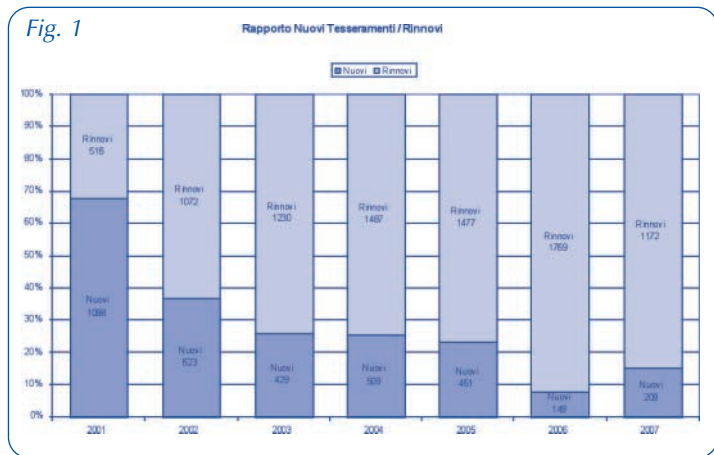
Comunicazioni del Tesoriere

Innanzitutto mi corre l'obbligo di esprimere il mio più sincero ringraziamento a tutti i Soci che hanno rinnovato tempestivamente l'iscrizione, sostenendo così la Società nel momento di difficoltà economica determinata, come noto, dalla mancata corresponsione delle spettanze dovute a SIMEU dalla agenzia Planet per l'attività formativa svolta nel 2005, e ai conseguenti costi derivanti dalle imposte tributarie versate in acconto dei profitti previsti, ma non incassati e dalle spese

legali sostenute per avviare l'azione a tutela degli interessi della società. Un particolare ringraziamento va inoltre rivolto alla sensibilità dimostrata dai Presidenti Regionali che hanno fornito il loro contributo rinunciando alla quota spettante per l'anno 2006 ed in modo particolarmente sentito ai Consigli Direttivi della Sardegna, Sicilia, Piemonte e Lazio per il loro ulteriore e prezioso sostegno finanziario che la Società restituirà a breve.

Comunque grazie allo sforzo comune e solidale la crisi economico-finanziaria è superata e siamo in grado di guardare al futuro in maniera propositiva e con rinnovato entusiasmo e vigore.

Il numero di iscritti al 15 maggio 2007 è pari a 1375, dei quali ben 206 sono nuovi iscritti che rappresentano un valore già superiore a quello registrato nel 2006 (Fig. 1). E' inoltre interessante rilevare il progressivo incremento negli anni del numero di soci "NON strutturati" giunto al numero di 346 già in questi primi 4 mesi e mezzo del 2007 (Fig. 2).



Ad oggi, le regioni più rappresentate sono la Liguria, l'Emilia Romagna, il Lazio, la Toscana, la Lombardia e la Calabria (Tab. 1).

Il trend delle iscrizioni, in questo primo quadrimestre è migliore di quelli registrati negli anni precedenti e ciò indica una migliore funzionamento delle strutture organizzative della società ed un accresciuto senso di appartenenza alla Società da parte dei soci (Fig. 3).

Il confronto fra i dati rilevati nel I quadrimestre ed il valore medio annuale dei soci registrati negli anni 2000-2006 indica per la Liguria, la Sardegna, Puglia la Calabria e la Basilicata una decisa crescita delle adesioni (Fig. 4).

Per le regioni Umbria e Molise, nelle quali il numero complessivo di iscritti degli anni esaminati risulta tale da non esser rappresentativo, sarà opportuno procedere ad un accorpamento di queste regioni con la Sezione regionale delle Marche (per l'Umbria) e con la Sezione regionale Abruzzo (per il Molise), in modo da favorire il rilancio della società, anche attraverso l'organizzazione di eventi formativi congiunti. Nel seguente grafico (Fig. 5) vengono raffrontati i dati del tesseramento regionale degli anni 2005 e 2006 con i dati parziali del 2007.

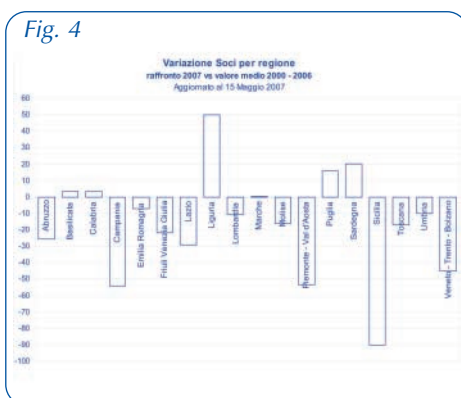
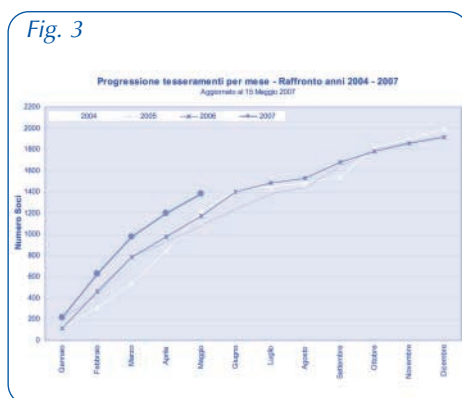
Colgo l'occasione per ricordare, che a norma dell'art. 5 dello Statuto, il diritto attivo di voto può essere esercitato da chi è iscritto da almeno 6 mesi, mentre la candidatura ad incarichi sociali (voto passivo) presuppone di far parte della Società da almeno 1 anno. Il regolamento della Società, all'ultimo comma dell'articolo 3, specifica che il socio ordinario decade per morosità dopo mancato versamento delle quote per due annualità consecutive, previa rinuncia a regolarizzare le quote entro 30 giorni dall'avviso della Tesoreria.

Le prossime elezioni per il rinnovo degli organi Direttivi societari si svolgeranno in occasione del IV Congresso Mediterraneo di Medicina d'Emergenza, utilizzando il sistema di "Voto On-line" della SIMEU che consentirà la partecipazione a distan-

segue a pag. 4

Sezione Regionale	Num. Soci
Liguria	169
Emilia Romagna	129
Lazio	114
Toscana	112
Lombardia	111
Calabria	109
Piemonte - Val d'Aosta	104
Veneto - Trento - Bolzano	101
Puglia	91
Campania	69
Sardegna	67
Sicilia	61
Basilicata	44
Marche	32
Friuli Venezia Giulia	29
Abruzzo	25
Umbria	7
Molise	7
Totale	1381

Tab. 1: Statistica soci SIMEU anno 2007 per sezione regionale



za e garantirà la più ampia partecipazione attiva ai Soci.

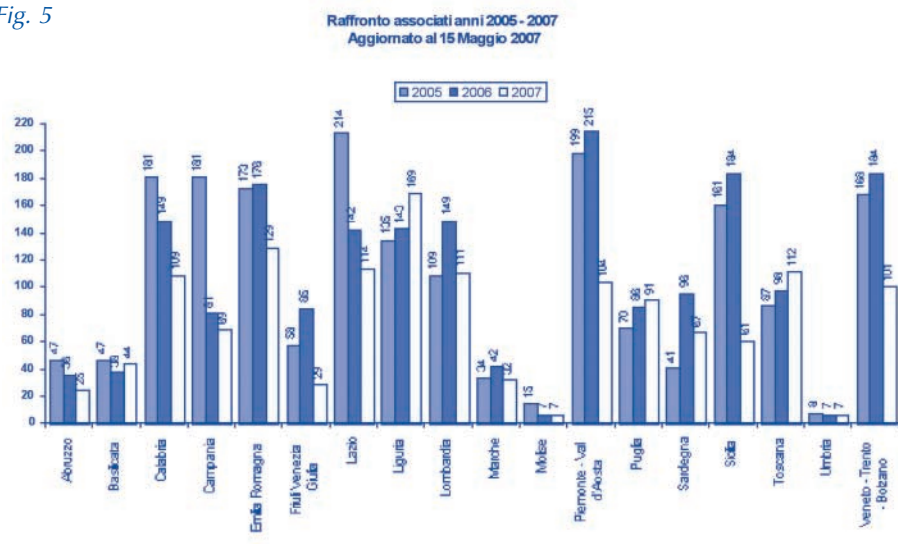
Cogliamo l'occasione per informare i Dirigenti Regionali che tale sistema di votazione informatica è a loro disposizione per una semplice ed efficace fruizione in occasione del rinnovo degli

organi direttivi Regionali, come già è avvenuto con successo in Emilia Romagna e nel Lazio.

La SIMEU, grazie all'attività della Commissione Epidemiologia e Informatica del 2003-2004, è la prima Società Scientifica che si è dotata di questo sistema di Voto a distanza, per favorire la più ampia partecipazione dei soci al rinnovo degli Organi Direttivi, soprattutto a coloro che impegnati in guardia attiva sono impossibilitati a partecipare alla Assemblea. Questo sistema, congiuntamente alle regole statutarie della Società evidenziano grande attenzione della SIMEU per un modello di gestione basato su una grande partecipazione attiva e democratica dei soci e con ciò questa giovane, ma attiva Società, si pone come esempio per il rinnovamento di molte altre Società Scientifiche

Il Tesoriere
Cinzia Barletta

Fig. 5



Attività delle Sezioni Regionali

Attività del CDR Regione Piemonte

Il Consiglio Direttivo SIMEU della Regione Piemonte e Valle d'Aosta si è costituito nel 2002.

E' composto da rappresentanti delle Strutture Semplici o complesse di Medicina d'Urgenza dei principali ospedali piemontesi.

Presidente è il Dr. Ivo Casagrande.

I membri si incontrano quasi ogni mese, ormai da anni, e le discussioni sono sempre assai vivaci e partecipate.

Le attività del Direttivo si sono rivolte principalmente in 3 direzioni:

1. Programmazione e diffusione di attività di carattere culturale, formativo ed organizzativo
2. Diffusione di documenti e linee guida inerenti tematiche di interesse proprie della Medicina d'Urgenza
3. Attività propositiva nei riguardi dell'Assessorato alla Sanità della nostra Regione per tutte le tematiche che riguardano il Sistema di Emergenza sia territoriale che ospedaliero.

Per quanto riguarda il primo punto, nel 2006 sono stati proposti alcuni brevi convegni che abbiamo chiamato "SIMEU Incontra", concepiti come momenti culturali della durata non superiore ad una mezza giornata, in genere il sabato mattina quando solitamente è più agevole la partecipazione. La formula "itinerante" nella varie aree piemontesi ha consentito un'ampia diffusione delle idee e delle

tematiche anche in sedi periferiche. Nello stesso tempo per noi del Direttivo si è trattato di un'occasione per conoscere situazioni organizzative diverse in aree diverse della nostra bella regione.

Durante ogni incontro sono stati trattati un tema clinico ed uno organizzativo.

I 3 convegni realizzati nel 2006 si sono svolti rispettivamente ad Acqui Terme (1 aprile), Verbania (11 giugno), Alba (14 ottobre).

Gli argomenti clinici trattati sono stati il riconoscimento precoce della sepsi grave, il percorso del paziente con dolore toracico dal territorio all'ospedale e l'antiaggregazione ed anticoagulazione in PS.

Per quanto riguarda le tematiche organizzative, sono stati trattati i temi dell'Osservazione Breve, gli aspetti medico legali dell'emergenza, le competenze del medico d'urgenza.

Nel 2007 prosegue l'attività organizzativa, a gennaio si è tenuto il primo meeting "SIMEU incontra" dell'anno in corso, sulla diagnostica per immagini in emergenza-urgenza, è seguito un dibattito aperto a tutti i partecipanti su tematiche proposte dagli iscritti.

Altri due incontri sono previsti per giugno a Savigliano (CN) ed in autunno ad Aosta. Sempre in autunno è previsto il Congresso Regionale Piemontese Valle d'Aosta organizzato dal Dr. Mauro Frascisco dell'Ospedale San Luigi di Orbassano.

Ricordiamo ancora come nel 2006 si sia svolto a Torino il V Congresso Nazionale SIMEU in collaborazione con l'American College of Emergency Physicians, organizzato dal nostro Prof. Gai.

Per quanto riguarda il punto 2. durante l'anno scorso sono stati prodotti due documenti, uno sulla organizzazione e gestione della unità di osservazione breve e l'altro sulla organizzazione e gestione della unità di terapia semintensiva, questi sono stati pubblicati sul sito della SIMEU nella parte dedicata alla nostra regione. Altri gruppi di lavoro sono attualmente attivi su raccolta dati circa il riconoscimento della sepsi grave in PS, è in corso di elaborazione una proposta per la riorganizzazione dei Punti di Primo Soccorso della nostra regione, altre tematiche affrontate sono: la problematica dei Codici Bianchi in PS e dei Ticket ed il sovraffollamento nei DEA.

Ancora da menzionare è l'attività di consulenza rivolta alle Autorità Costituzionali da parte del Direttivo. Due membri, i dottori Sturlese e Carbone, fanno parte della commissione voluta dalla Regione stessa per elaborare gli allegati al previsto Piano Sanitario Regionale per quanto concerne la riorganizzazione della rete dei DEA di questa regione ed altre tematiche inerenti l'emergenza urgenza.

È recentemente in atto un fattivo scambio di idee e collaborazione con Infermieri operanti nei DEA/PS piemontesi.

L'obiettivo è quello di costituire un coordinamento degli infermieri dell'urgenza che potrebbe collaborare con il direttivo SIMEU nel portare avanti e discutere argomenti di carattere culturale e organizzativo del mondo sanitario dell'emergenza/urgenza.

Il Consiglio ha seguito con vivo interesse e soddisfazione l'istituzione a livello nazionale della specializzazione in Emergenza-Urgenza e si sta adoperando nelle sedi opportune affinché già nell'anno accademico 2007-2008 la stessa divenga operativa presso l'Università di Torino e quella di Novara.

Quello dell'Emergenza-Urgenza è sicuramente un settore della medicina in forte espansione in Piemonte, l'interesse per la materia molto vivo, come è dimostrato anche dal numero di iscritti alla nostra associazione nel 2006: 215, il più alto da che è stata istituita la Sezione piemontese ed uno dei più elevati in Italia. Molto resta ancora da fare, soprattutto in termini di omogeneità dell'organizzazione dei DEA/PS regionali. In Piemonte infatti ancora in diversi ospedali persiste un'organizzazione del lavoro in Pronto Soccorso con organici a rotazione, provenienti da reparti diversi e la figura del Medico Unico non è contemplata. Peraltro in altre realtà esistono modelli assolutamente in linea con le indicazioni della nostra società scientifica.

Siamo convinti che il processo di riordino dei diversi servizi dedicati all'emergenza non possa prescindere dalla condivisione di una cultura e di un vision moderna della Medicina d'Urgenza. Tanto più intensa e capillare sarà la diffusione di questa cultura, tanto più rapido il processo di trasformazione. È seguendo questa filosofia che come membri del Direttivo SIMEU del Piemonte e della Valle d'Aosta intendiamo procedere, con passione e determinazione, convinti che i risultati non mancheranno.

Il Segretario

SIMEU Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

Dr. Roberto Recupero

Attività del CDR Regione Emilia-Romagna

La SIMEU Regionale Emilia-Romagna, in accordo con la Regione E-R stessa (delibera di Giunta Regionale n. 1267 del 19.9.2006), ha realizzato un Corso regionale teorico-pratico finalizzato al conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, strutturato in due fasi: a) incontri didattici teorico-pratici di 120 ore distribuite in 15 moduli da 8 ore con lezioni frontali introduttive; discussione interattiva di casi clinici; simulazioni di casi clinici a gruppi; b) tirocinio pratico della durata di 7 settimane - 252 ore con frequenza in reparti d'urgenza e definizione di indicatori di performance atti a dimostrare il raggiungimento della conoscenza di tecniche e procedure, in vivo e/o su simulatore.

Il 1° Corso si è realizzato presso il DEU di Ravenna da dicembre 2006 ad aprile 2007 ed è stato coordinato dal dott. Giorgio Lapucci, noto Direttore di numerosi corsi di RCP di base ed avanzata; è stato a numero chiuso (30 medici) ed il titolo preferenziale di accesso, oltre alle prove di esame, era la certificazione BLS (AHA o IRC) e lo svolgimento di attività lavorativa presso una struttura sanitaria di emergenza. Il 2° Corso verrà realizzato presso il DEU di Reggio Emilia (Coordinatore Dott. Alboni) a partire da settembre ed il 3° a seguire presso il DEU di Ferrara (Coordinatore Dott. Sighinolfi), per potere effettuare una edizione per ogni Area Vasta, come stabilito dalla Regione E-R.

Il Corso è stato tenuto da docenti selezionati, provenienti dalle Strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di tutta la Regione Emilia-Romagna, istruttori certificati AHA, IRC, ATLS e con attività didattica comprovata, secondo i criteri citati nella suddetta deliberazione regionale. I docenti dei moduli formativi sono stati i seguenti professionisti: Alboni Sergio (Reggio Emilia) Barozzi Marco (Modena); Grimaldi Roberta (Bologna) Begliardi Ghidini Claudio (Ravenna); Fabbri Andrea (Forlì); Cavalli Mario (Modena); Desiderio Giulio (Bologna); Groff Paolo (Bologna); Lapucci Giorgio (Ravenna); Mulè Paolo (Bologna); Pesci Chiara (Rimini); Previati Rita (Ferrara); Sighinolfi Davide (Ferrara); Tassi Carlo (Carpi) con un gruppo di collaboratori per ogni giornata formativa.

Il Corso non intendeva essere sostitutivo di Corsi accreditati dalle Società Scientifiche già esistenti (ACLS e ALS, PHTLS e PTC, ATLS, PBL, PALS, Corsi SIMEU ecc.), che costituiscono parte integrante e necessaria della formazione

del medico d'urgenza, ma piuttosto un corso "introduttivo" che fornisce gli elementi base per acquisire un metodo nell'urgenza, prendendo in considerazione come figura professionale il Medico che svolge o viene chiamato a svolgere la propria attività in Area di Emergenza-Urgenza (118-Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza).

Il Corso è stato realizzato grazie al contributo di docenti della nostra Disciplina, appartenenti alla SIMEU, che hanno dimostrato la piena preparazione tecnico-scientifica per insegnare il riconoscimento e il trattamento del paziente critico dall'evento alla stabilizzazione delle funzioni vitali, nonché la gestione logistica e organizzativa delle situazioni di emergenza-urgenza extra-intra-ospedaliere.

Inoltre è stato realizzato l'obiettivo fondamentale dell'integrazione funzionale ed operativa del personale impegnato nel sistema emergenza-urgenza, sviluppando la condivisione di procedure di gestione del paziente tra medici, sia docenti che discenti, provenienti da Strutture regionali diverse di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.

Crediamo che grande valore aggiunto del progetto sia rappresentato dal ruolo che ha avuto SIMEU nello stilare un accordo con la Regione, oltre a garantire la uniformità e qualità del corso in tutto l'ambito regionale.

Il Presidente Regionale
Maria Pazzaglia

Convocazione Assemblea Nazionale dei Soci

In ottemperanza alle norme statutarie e regolamentari si svolgerà il **23 giugno 2007 alle ore 15.00** a Milano, in Via Vittor Pisani 10, presso la sede della segreteria Nazionale SIMEU, l'Assemblea Nazionale dei Soci, per discutere e deliberare sul seguente ordine del giorno:

- Relazioni del Presidente Nazionale, del Segretario, del Tesoriere e del Collegio dei Revisori
- Approvazione del bilancio consuntivo anno 2006
- Approvazione del bilancio preventivo anno 2007

Attività dei Comitati Tecnico Scientifici

La Medicina d'Emergenza-Urgenza in Europa

Sebbene in Europa vi sia un processo inevitabile verso il riconoscimento della disciplina e della specialità di Medicina d'Emergenza, l'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza in Europa è ancora molto eterogenea. Ciò è dovuto prevalentemente alla differente cultura e tradizioni su cui si fonda la gestione dell'emergenza nei diversi Paesi europei. Per fotografare queste diversità e per captare le tendenze e gli aspetti comuni la Commissione Simeu Medicina d'Urgenza in Europa ha condotto un survey che è stato inviato ai dipartimenti d'emergenza europei. Una semplice scheda è stata inviata ai direttori di dipartimento di tutti i paesi europei, chiedendo loro di inoltrare la scheda ad altri ospedali in modo da ottenere il maggior numero possibile di risposte. La scheda (vedi tab 1) conteneva domande riguardanti la presenza di un DEA in tutti gli ospedali, il numero di medici per turno e quanti pazienti venivano visitati per medico, il numero di infermieri, se lo staff era autonomo e dedicato o no, se era presente un'unità di Osservazione e/o un reparto simile alle medicine d'urgenza, se nel Paese vi era un sistema pre-ospedaliero dell'emergenza, con un numero universale, e se questo era integrato con i DEA, chi era preposto all'organizzazione dei soccorsi in caso di disastro, se vi erano linee guida cliniche locali o nazionali per i DEA. Come anche in Italia, talvolta le risposte fra i dea dello stesso Paese sono state un po' differenziate. In questi casi la Commissione ha optato per la risposta prevalente.

Abbiamo ricevuto risultati da 19 Paesi europei, e la sintesi delle risposte ottenute è illustrata nella tabella 1. Appare evidente come vi siano notevoli difformità nei vari paesi europei, molte delle quali sono legate ad un differente sviluppo economico e ad un differente territorio e densità di popolazione. Comunque la tendenza è quella di creare l'organico medico autonomo in Pronto Soccorso, e di professionalizzarlo, attraverso la specializzazione di base, o la superspecialità in medicina d'emergenza.

Molta attesa in questo senso, è riposta nella Federazione europea per la Medicina d'Emergenza, l'entità che si è formata in seno all'EuSEM (European Society for Emergency Medicine), che raccogliendo sotto un'unica bandiera oltre 15 diverse società scientifiche nazionali, si propone come filo rosso per la creazione della Medicina d'Emergenza europea.



G. Baldi

Survey sui modelli Organizzativi dei DEA nei paesi Europei

QUESITI			
Pronto Soccorso in tutti gli ospedali?	DEA In tutti gli ospedali	DEA solo negli ospedali più grandi	Non c'è un DEA organizzato
	Italia, Spagna, Portogallo, Belgio, Olanda, UK, Irlanda, Svizzera, Lettonia	Francia, Polonia, Ungheria, Repubblica Ceca, Islanda, Finlandia, Estonia	Germania, Lituania
Le prestazioni sono gratuite?	Gratuite	Si paga un ticket (se non ricovero)	Si paga tutto o a percentuale
	Spagna, Portogallo, UK, Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria, Slovenia, Lituania	Italia, Irlanda, Belgio, Olanda, Finlandia, Estonia, Lettonia	Svizzera, Germania, Norvegia, Islanda
C'è la Medicina d'Urgenza?	Sì, per 72 ore medie	Sì, in DEA, per 24 ore	No (permanenza media 6 ore)
	Italia, Spagna, Norvegia, Islanda,	Francia, Belgio, Ungheria, Repubblica Ceca, Svizzera, Finlandia	UK, Germania, Olanda, Portogallo, Irlanda, Lettonia, Slovenia, Lituania, Estonia
Presenza di Osservazione Breve	Sì per 24 ore	Sì, per più di 24 ore	No, o per meno di 24 ore
	Italia, Spagna, Portogallo, Olanda, UK, Irlanda, Svizzera, Ungheria, Polonia, Slovenia, Islanda	Belgio, Francia, Norvegia, Estonia	Germania, Repubblica Ceca, Lettonia, Lituania, Finlandia
Esiste la specialità di EM?	Sì, di 5 anni o superspecialità	In via di attivazione	No
	Belgium, UK, Ireland, Poland Czech Republic, Ungheria, Francia, Svezia, Lituania, Estonia, Lettonia	Italy, Germania, Slovenia,	Spagna Olanda, Portogallo, Svizzera, Norvegia, Finlandia
Il personale in DEA è dedicato?	Autonomo	Parzialmente autonomo	Da altri reparti
	UK, Irlanda, Polonia, Estonia	Italia, Francia, Spagna, Belgio, Repubblica Ceca, Svizzera, Ungheria, Lettonia, Lituania, Islanda	Germania, Portogallo, Olanda, Finlandia, Norvegia, Slovenia
Quanti pazienti per medico	1 medico per 3-5000 pz.	1 medico per 5-8000 pz.	1 medico per > 8000 pz.
	Irlanda, Islanda	Belgio, Ungheria, Svizzera, Repubblica Ceca	Francia, Polonia, UK, Italia
Quanto è lungo un turno?	6-12 ore	12-18 ore	> 18 ore
	Islanda, Olanda, Italia, Irlanda, UK, Svizzera,	Norvegia, Estonia, Belgio, Francia, Polonia	Belgio, Francia, Polonia, Lettonia
Esiste il SET ed è integrato con il DEA?	Sì, integrato	Sì, non integrato	No, viene fatto da vigili del fuoco e altre forze dell'ordine
	Italia, Belgio, UK, Svizzera, Norvegia, Islanda, Lettonia, Finlandia, Estonia	Francia Polonia, Ungheria, Spagna, Repubblica Ceca, Olanda, Irlanda Portogallo, Germania, Slovenia	Lituania,
Chi gestisce le maxiemergenze?	Il DEA	L'ospedale	Il SET o il governo
	Belgio, Francia, Italia, Olanda, Irlanda, Lettonia, Norvegia, Islanda, Estonia	Repubblica Ceca, Finlandia	UK, Ungheria, Spagna, Portogallo, Germania, Repubblica Ceca, Slovenia, Lituania
Esistono percorsi clinici locali?	Sì per tutto	Sì alcuni	No
	Olanda, Irlanda, UK, Svizzera, Norvegia, Islanda	Belgio, Francia, Italia, Spagna, Portogallo, Germania, Repubblica Ceca, Lituania, Finlandia, Estonia, Slovenia	Polonia, Lettonia
Vi sono linee guida nazionali?	Sì (quelle internazionali)	Sì stilate dalle società scientifiche	No
	Olanda, Polonia, Svizzera, Lettonia, Slovenia, Lituania, Norvegia	Francia, Italia, Irlanda, UK, Germania, Repubblica Ceca, Islanda	Belgio, Spagna, Portogallo, Finlandia, Estonia

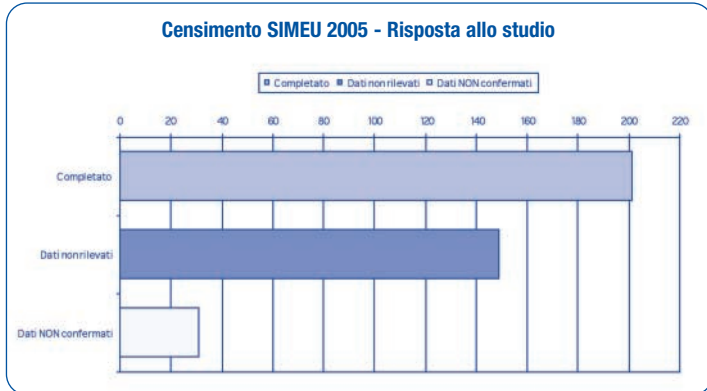
Tabella 1: quadro riassuntivo delle risposte al survey.

R. Petrino, G. Baldi, F. Altomonte, G. Ciccone, V. Riboni, F. Perlasca
Commissione Simeu Medicina d'Urgenza in Europa

Censimento Nazionale delle strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza in Italia Anno 2005

Lo studio si propone di analizzare l'organizzazione, la dotazione di risorse umane e tecnologiche nelle strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza nel contesto Nazionale attraverso lo sistema di rilevazione "Censi&RE" della SIMEU.

Censimento SIMEU 2005 - Risposta allo studio



La commissione, attraverso responsabili regionali, ha potuto individuare, in questa fase pilota, 381 presidi ospedalieri, sede di Pronto soccorso Ospedaliero, DEA di I livello e di II livello,

Censimento SIMEU 2005

Risposta allo studio	Totale
Ospedali individuati	381
Rilevamento completato	201
Rilevamento NON effettuato	149
Dati NON confermati	31

Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, Aziende Universitarie-Ospedaliere, distribuiti nel territorio Nazionale.

Il rilevamento è stato completato nel 53% delle strutture (Tab 1). Le rilevazioni sono state effettuate, ma non confermate nell'8% delle strutture. Il processo di validazione (salvataggio definitivo) è particolarmente importante e necessario poiché rappresenta un elemento a garanzia della accuratezza della compilazione della scheda e quindi della attendibilità dei dati inseriti.

L'analisi dei dati a livello regionale evidenzia le regioni nelle quali

Censimento SIMEU 2005

Analisi della risposta allo studio rispetto al territorio

REGIONE	Completato	NON Effettuato	Dati NON Confermati	Totale
ABRUZZO	2	1		3
BASILICATA	8	3		11
CALABRIA	16	17	2	35
CAMPANIA	42	15		57
EMILIA ROMAGNA	18	2	7	27
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	6	1	15
LAZIO	27	7	5	39
LIGURIA	12	3		15
LOMBARDIA	21	12	1	34
MARCHE	6	4	5	15
PIEMONTE	4	9	1	14
PROV. AUTON. BOLZANO		1		1
PROV. AUTON. TRENTO	1	1	1	3
PUGLIA	12	24	3	39
SARDEGNA	2	4	1	7
SICILIA	9	9	2	20
TOSCANA	6	8	1	15
UMBRIA		1		1
VALLE D'AOSTA	1			1
VENETO	6	22	1	29
TOTALE COMPLESSIVO	201	149	31	381

Analisi della risposta rispetto ai rilevatori

Ospedali da censire		Stato			
Regione	Rilevatore	Completato	NON Effettuato	Da confermare	Totale
Abruzzo	Cerritelli Sergio	1			1
	Materazzo Danilo		1		1
	Losordo Rosario	1			1
Abruzzo Totale		2	1		3
Basilicata	Sinno Carmine	8	1		9
	Autilio Michele		1		1
	Lavalle Giovanni		1		1
Basilicata Totale		8	3		11
Calabria	Asta Claudio	5			5
	De Filippi Anna Rita	1	3	1	5
	Iannazzo Patrizia	5			5
	D'ettoris Giuseppe		4		4
	Custo Concetta		2	1	3
	Mazzuca Antonino	3			3
	Moschella Francesco	1	2		3
	Asaro Salvatore		2		2
	La Greca Carmine		2		2
	Ferrara Giorgio		1		1
	Natale Vincenzo	1			1
	Sprovieri Mario		1		1
Calabria Totale		16	17	2	35
Campania	Tiscione Vitagliano	42	15		57
Campania Totale		42	15		57
Emilia Romagna	Zanotti Carlo	5			5
	Arvedi Maurizio	1			1
	Vandelli Alberto	1			1
	Tassi Carlo	1			1
	Rizzi Franco	1			1
	Ravaglia Mario			1	1
	Pazzaglia Maria	1			1
	Lodi Lorenzo			1	1
	Lenzi Tiziano	1			1
	Gottardi Enzo	1			1
	Giovanardi Daniele			1	1
	Gambetti Marina	1			1
	Galletti Marco			1	1
	Ferrari Anna Maria	1			1
	Fanciulli Angelo Francesco	1			1
	Di Battista Nicola			1	1
	Cervellin Gianfranco	1			1
	Cavazza Mario	1			1
	Cavalli Mario	1			1
	Caiazza Alberto			1	1
	Braglia Duilio		1		1
	Bigoni Maurizio			1	1
	Bernardi Carla		1		1
Emilia Romagna Totale		18	2	7	27
Friuli Venezia Giulia	Blarasin Luigi	2			2
	Zalukar Walter		2		2
	Moscariello Francesco	1	1		2
	Sbrojavacca Rodolfo	1	1		2
	Barillari Alfredo		1		1
	Pertoldi Franco	1			1
	Simeoni Claudio	1			1
	Giagnorio Giuseppe			1	1
	Fantin Orlando	1			1
	Copetti Roberto		1		1
	Strizzolo Luciano	1			1
Friuli Venezia Giulia Totale		8	6	1	15
Lazio	Papitto Roberto	5		2	7
	Dal Piaz Rita	5			5
	Carnevale Raffaele		3		3
	Sebastiani Angelo	3			3
	Alegiani Filippo			1	1
	Susi Beniamino	1			1
	Schirripa Raffaele	1			1
	Sabetta Francesco			1	1
	Pugliese Francesco Rocco		1		1
	Petrucci Romolo	1			1
	Zulli Luigi	1			1
	Panegrossi Aldo	1			1
	Pagnanelli Adolfo	1			1
	Pagliei Mario	1			1
	Pagliari Luciano	1			1
	Mellacina Mario	1			1
	Guzzo Anna Santa		1		1
	Gremigni Ugo	1			1
	Galante Alberto	1			1
	Fabi Fabrizio			1	1

Ospedali da censire		Stato			
Regione	Rilevatore	Completato	NON Effettuato	Da confermare	Totale
Lazio <i>segue</i>	Di Somma Salvatore		1		1
	Travaglino Francesco	1			1
	Tesei Enzo			1	1
	Carbone Luigi	1			1
	Barletta Cinzia	1			1
Lazio Totale		27	7	5	39
Liguria	Cremonesi Paolo	11	2		13
	Cataldi Walter		1		1
	Moscatelli Paolo	1			1
Liguria Totale		12	3		15
Lombardia	Bressan Maria Antonietta	19	5	1	25
	Concoreggi Carlo		6		6
	Omboni Ezio	1			1
	Menegatti Marcello		1		1
	Ciccone Giuseppe	1			1
Lombardia Totale		21	12	1	34
Marche	Fabrini Gianfrancesco			2	2
	Frati Enzo	1	1		2
	Angelozzi Gigliola		1		1
	Polidoro Giovanni	1			1
	Pallotta Bruno			1	1
	Palego Elio			1	1
	Paielli Ottavia		1		1
	Loria Massimo		1		1
	Leonardi Antonio			1	1
	Polonara Stefano	1			1
	Fallani Mauro	1			1
	Zampolini Alberto	1			1
	Casagrande Attilio	1			1
Marche Totale		6	4	5	15
Piemonte	Melchio Remo	3			3
	Capra Alessandro		1		1
	Recupero Roberto	1			1
	Pinna Giuliano		1		1
	Petrino Roberta			1	1
	Morello Marina		1		1
	Moiraghi Corrado		1		1
	Tartaglino Bruno		1		1
	Martina Claudio		1		1
	Marchisio Ugo		1		1
	Frascisco Mauro Felice		1		1
	Casagrande Ivo		1		1
	Piemonte Totale		4	9	1
Prov. Auton. Bolzano	De Giorgi Franco		1		1
Prov. Auton. Bolzano Totale			1		1
Prov. Auton. Trento	Iseppi Paolo	1		1	2
	Marchesini Cristina		1		1
Prov. Auton. Trento Totale		1	1	1	3
Puglia	Filippo Stefano		6		6
	Cucurachi Maria Rosaria	4	1		5
	Stea Francesco	3	2		5
	Dell'aquila Paola		5		5
	Cotugno Franco		4		4
	Traversa Andrea		1	3	4
	Mallardi Carolina		4		4
	Caporaletti Paola	2	1		3
	La Salvia Ernesto	3			3
Puglia Totale		12	24	3	39
Sardegna	Arru Alberto	1			1
	Schintu Vittorio		1		1
	Scalas Ignazio	1			1
	Riola Giuliana Rita			1	1
	Manca Salvatore		1		1
	Farina Franca Feliciana		1		1
	Baldussi Maria Annunziata		1		1
Sardegna Totale		2	4	1	7
Sicilia	Abate Damiano			1	1
	Zagra Michele	1			1

Ospedali da censire		Stato				
Regione	Rilevatore	Completato	NON Effettuato	Da confermare	Totale	
Sicilia <i>segue</i>	Spinelli Agatino		1		1	
	Scuderi Giovanni		1		1	
	Sardo Fiorella	1			1	
	Regina Giuseppe		1		1	
	Pino Salvatore	1			1	
	Pecorella Michelangelo		1		1	
	Paterna Salvatore		1		1	
	Passalacqua Mauro	1			1	
	Pantò Aurelio		1		1	
	Palumbo Francesco	1			1	
	Mazza Salvatore		1		1	
	Giuffrida Clemente	1			1	
	Ferrara Domenico		1		1	
	Di Grande Aulo		1		1	
	Di Chiara Claudia				1	
	Cavaleri Alfonso	1			1	
	Calandra Salvatore	1			1	
	Abbate Francesco	1			1	
	Sicilia Totale		9	9		20
	Toscana	Bagnoli Luciano		1		1
Verzuri Maria Serena			1		1	
Vannucci Patrizia					1	
Spisni Laura		1			1	
Rossi Marco		1			1	
Rosselli Alessandro			1		1	
Paoli Maurizio			1		1	
Milletti Sergio		1			1	
Mesolella Angelo			1		1	
Melandri Roberto		1			1	
Grifoni Stefano			1		1	
Fortini Alberto		1			1	
Cuccuini Alberto			1		1	
Breggia Mauro			1		1	
Becheri Marco		1			1	
Toscana Totale		6	8		15	
Umbria	Tazza Domenico		1		1	
Umbria Totale			1		1	
Valle D'Aosta	Melchio Remo	1			1	
Valle D'Aosta Totale		1			1	
Veneto	Annunziata Nicola		2		2	
	Guizzardi Giordano		2		2	
	Menon Claudio	2			2	
	Zampieri Pietro Giorgio		1		1	
	Tocchio Antonio		1		1	
	Sipala Giuseppe	1			1	
	Semprebon Bortolo Giorgio		1		1	
	Sacher Maurizio		1		1	
	Rotta Luciano		1		1	
	Riboni Vincenzo		1		1	
	Pistorelli Claudio		1		1	
	Pacelli Pietro Stefano		1		1	
	Merola Francesco		1		1	
	Tonetto Franco	1			1	
	Marinero Giuseppe		1		1	
	Magello Ferruccio		1		1	
	Vido Dino	1			1	
	Gouigoux Giovanni		1		1	
Gobbi Giovanni		1		1		
Gennarelli Paolo				1		
D'Este Fabio		1		1		
Chiesa Maurizio	1			1		
Boscolo Todaro Marcello		1		1		
Binda Rino		1		1		
Bianchi Romano		1		1		
Antonacci Massimo		1		1		
Veneto Totale		6	22		29	
Totale		201	149		3181	

stati esaminate il maggior numero di strutture in rapporto a quelle individuate: Campania 74% degli ospedali individuati; Lazio 69%; Emilia Romagna 67%; Lombardia il 62%; Calabria 46%. L'analisi della risposta dei rilevatori evidenzia che i risultati ottenuti in questo primo rilevamento sono dovuti al considerevole apporto e impegno di alcuni soci (Vitagliano Tiscione, Maria Antonietta Bressan, Paolo Cremonesi) che consapevoli dell'im-

portanza dello studio hanno sopperito al ridotto apporto partecipativo di molti altri. Per il prossimo rilevamento 2006, anche in vista del IV Congresso Mediterraneo di Medicina di Emergenza di Sorrento e della identificazione degli ospedali di insegnamento si rende necessario, un maggior coinvolgimento, consapevole e attivo di tutti i responsabili regionali e dei coordinatori interregionali.

A cura della Commissione Epidemiologia - Informatica
Cinzia Barletta (coordinatore),
Claudio Asta, Francesco Buonocore, Remo Melchio,
Claudio Simeoni, Alberto Vandelli, Michele Zagra

Formazione e Aggiornamento

Accreditata la Rete Formativa SIMEU di Ecografia Clinica in Emergenza-Urgenza

Regolamento della Rete Formativa SIMEU di Ecografia Clinica in Emergenza e Urgenza

Sommario

Responsabilità
Requisiti relativi alle scuole
Requisiti relativi ai docenti e agli istruttori
Procedure per l'accreditamento e il patrocinio
Gestione dei corsi

Responsabilità

Cibinel Gian Alfonso
Coordinatore della Commissione nazionale Ecografia in Emergenza Urgenza SIMEU

Requisiti relativi alle scuole

Le scuole di formazione sono istituite nell'ambito di unità operative / strutture di medicina d'urgenza e/o PS, possono essere accreditate per i corsi di base e/o per i corsi avanzati, e devono possedere i seguenti requisiti:

- risorse umane: direttore socio SIMEU con documentata attività clinica ed ecografica in urgenza, faculty con i requisiti per l'attività di docenza e per l'attività tutoriale descritti nella sezione apposita (le faculty possono anche essere composte da docenti e tutors provenienti da più strutture complesse della stessa azienda sanitaria o di diverse aziende sanitarie, con preferenza per esperti operanti in medicina d'urgenza)
- risorse tecnologiche: un ecografo multidisciplinare di fascia media, un PC portatile, un videoproiettore
- risorse didattiche: biblioteca e videoteca
- volume di attività: almeno 15.000 accessi/anno per il PS di riferimento, almeno 250 ricoveri/anno per l'unità di ricovero, almeno 1000 ecografie cliniche in emergenza/urgenza ogni anno.

I corsi di formazione di base e avanzati sono organizzati dalle singole scuole e possono essere svolti nella sede della scuola o in altre sedi.

Le scuole possono organizzare giornate di formazione avanzata monotematiche, per settore diagnostico o per sindromi di presentazione.

Possono inoltre essere organizzati eventi formativi rivolti agli infermieri.

REQUISITI PER L'ATTIVITÀ DI DOCENZA E TUTORIALE - CORSI BASE CORSO DI FORMAZIONE DI BASE - ECOGRAFIA CLINICA IN EMERGENZA-URGENZA

AREA	CLINICA		ECOGRAFIA	
	Competenze generali	Competenze specifiche	Competenze	Titoli °
Cuore	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza	1000 ore guardia PS/DEA	1 anno di attività ecografica e 150 eco M-2D-Doppler	
	oppure			300 eco M-2D-Doppler Specializzazione in Cardiologia o Certificato di Competenza SIEC# in Ecografia Cardiovascolare
Torace	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza		25 ecografie torace	
	oppure			50 ecografie torace
Addome	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza	1000 ore guardia PS/DEA	1 anno di attività ecografica e 150 ecografie addome	
	oppure			300 ecografie addome Specializzazione in Radiologia o Diploma Nazionale SIUMB § in Ecografia Clinica
Vasi venosi	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza		50 ecografie compressive venose	
	oppure			100 ecografie compressive venose

° I titoli indicati possono essere sostituiti da altri equipollenti, sia nazionali che stranieri, a giudizio della commissione

SIEC: Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare

§ SIUMB: Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia (affiliata alla European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology)

REQUISITI PER L'ATTIVITÀ TUTORIALE - CORSI AVANZATI CORSO DI FORMAZIONE AVANZATO - ECOGRAFIA CLINICA IN EMERGENZA-URGENZA

AREA	CLINICA		ECOGRAFIA	
	Competenze generali	Competenze specifiche	Competenze	Titoli °
Cuore	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza	1000 ore guardia PS/DEA	1 anno di attività ecografica e 150 eco M-2D-Doppler	
	oppure			300 eco M-2D-Doppler Specializzazione in Cardiologia o Certificato di Competenza SIEC# in Ecografia Cardiovascolare
Torace	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza		25 ecografie torace	
	oppure			50 ecografie torace
Addome	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza	1000 ore guardia PS/DEA	1 anno di attività ecografica e 150 ecografie addome	
	oppure			300 ecografie addome Specializzazione in Radiologia o Diploma Nazionale SIUMB § in Ecografia Clinica
Vasi venosi	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza		50 ecografie compressive venose	
	oppure			100 ecografie compressive venose

° I titoli indicati possono essere sostituiti da altri equipollenti, sia nazionali che stranieri, a giudizio della commissione

SIEC: Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare

§ SIUMB: Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia (affiliata alla European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology)

Procedure per l'accreditamento e il patrocinio

I gruppi interessati all'accreditamento SIMEU per l'attività di formazione in ecografia di emergenza e urgenza trasmettono la domanda (con la documentazione relativa ai requisiti) alla commissione nazionale, specificando se l'accreditamento richiesto riguarda i corsi di base, i corsi avanzati o entrambi.

La commissione nazionale esamina la documentazione e verifica la corrispondenza dei requisiti per lo svolgimento dei corsi di base e/o dei corsi avanzati.

Il potenziale responsabile della scuola viene invitato a seguire, come istruttore in affiancamento, un corso base o un corso avanzato (a secondo dell'accreditamento richiesto), organizzato da altra scuola già accreditata.

Uno dei componenti della commissione segue direttamente l'istruttoria e fornisce un supporto per l'elaborazione dei programmi e la realizzazione del primo corso secondo le linee guida SIMEU presso la scuola da accreditare.

Ottenuto il parere positivo del supervisore sulle competenze didattiche e sulle capacità organizzative del gruppo richiedente, la commissione accredita la nuova scuola.

Ogni anno le scuole accreditate producono una relazione sull'attività formativa e la inoltrano alla commissione nazionale, insieme al materiale informativo (locandine, programmi) dei corsi svolti durante l'anno e ai dati aggiornati relativi agli allievi certificati, alla faculty e ai requisiti strutturali.

L'accreditamento alle singole scuole può essere revocato a giudizio della commissione nazionale se vengono meno i requisiti o per altri gravi motivi.

Gestione dei corsi

La gestione dei corsi è affidata:

- alla SIMEU in via preferenziale e in

occasione del Congresso Nazionale oltre che in altre occasioni concordate con le scuole accreditate SIMEU;

- alle scuole accreditate SIMEU.

Entro il 15 dicembre di ogni anno le scuole accreditate SIMEU trasmettono il

calendario dei corsi alla commissione nazionale. La commissione nazionale elabora il calendario generale dei corsi di base e dei corsi avanzati, che viene pubblicato sul bollettino e sul sito internet SIMEU.

REQUISITI PER L'ATTIVITÀ DI DOCENZA - CORSI AVANZATI CORSO DI FORMAZIONE AVANZATO - ECOGRAFIA CLINICA IN EMERGENZA-URGENZA

AREA	CLINICA		ECOGRAFIA	
	Competenze generali	Competenze specifiche	Competenze	Titoli °
Cuore	5 anni in Medicina Interna con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza o 2 anni in Cardiologia	1000 ore guardia UTIC o 3000 ore guardia PS/DEA	2 anni di attività ecografica e 300 ecocardio M-2D-Doppler *	Specializzazione in Cardiologia o Certificato di Competenza SIEC# in Ecografia Cardiovascolare
			oppure 750 ecocardio M-2D-Doppler **	
Torace	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza o 1 anno in Pneumologia		50 ecografie torace	
Addome	5 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza o equivalente in ambito specialistico	3000 ore guardia PS/DEA	2 anni di attività ecografica e 500 ecografie generali *** o 300 ecografie addome ****	Specializzazione in Radiologia o Diploma Nazionale SIUMB § in Ecografia Clinica
			oppure 1000 ecografie generali o 750 ecografie addome	
Vasi venosi	2 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza o 1 anno in Angiologia		100 eco-Doppler venosi o 300 eco-Doppler vascolari	
Procedure invasive		50 procedure eseguite personalmente (accessi vascolari, tora-paracentesi)	assistenza/guida ecografica personale di 50 procedure invasive	
Ecografia integrata	5 anni in Medicina/Chirurgia con PS o in Rianimazione/Medicina d'Urgenza	3000 ore guardia in PS/DEA + 50 procedure invasive	2 anni di attività ecografica e 300 ecocardio M-2D-Doppler + 50 ecografie torace + 300 ecografie addome + 100 ecografie compressive venose	

° I titoli indicati possono essere sostituiti da altri equipollenti, sia nazionali che stranieri, a giudizio della commissione

* Linee guida American Heart Association (AHA)/American College of Cardiology (ACC) per la competenza diagnostica in ecocardiografia (livello 2) - anno 2003 [http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1044978004593ja20038940p.pdf]

** Linee guida American Heart Association (AHA)/American College of Cardiology (ACC) per la competenza diagnostica in ecocardiografia (livello 3) - anno 2003 [http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1044978004593ja20038940p.pdf]

*** Linee guida American College of Radiology (ACR) per la competenza diagnostica in ecografia generale - anno 2006 [http://www.acr.org/s_acr/bin.asp?CID=539&DID=12267&DOC=FILE.PDF]

**** Linee guida American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) per la competenza diagnostica in ecografia generale - anno 2006 [http://www.aium.org/publications/statements/_statementSelected.asp?statement=14]

§ SIUMB: Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia (affiliata alla European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology)

SIEC: Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare

Progettazione e realizzazione dei Sistemi Informatici SIMEU

Ideazione, Gestione, Aggiornamento del sito SIMEU e Sistemi applicativi

Dr. Roberto Brancatelli - ICTProject Manager & System Architect

Responsabile Area Sistemi di Supporto

alle Decisioni presso Ministero dell'Interno

Mob. +39347.3308171 - Fax: +39 06.233202867 - roberto@brancatelli.it

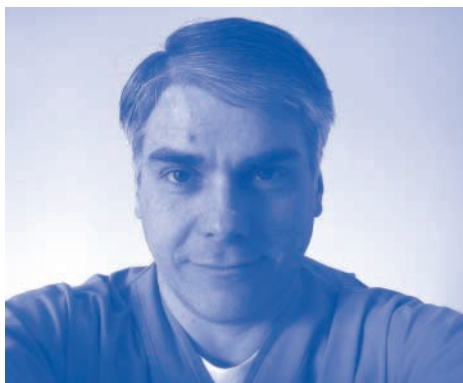
Progetto Censi&RE SIMEU:

Architettura Dr. Roberto Brancatelli, Realizzazione Dr. Marco Magnani

continua da pag. 10

La SIMEU pubblicherà sul sito l'elenco delle scuole accreditate e dei responsabili, con aggiornamento regolare a cura della commissione SIMEU ecografia.

La SIMEU pubblicherà, e aggiornerà regolarmente, sul sito il calendario dei corsi di Ecografia delle scuole accreditate (base, avanzati, specialistici, per infermieri), con indicazione della sede, del responsabile e della segreteria.



Gian Alfonso Cibinel

Ecografia Clinica in Emergenza-Urgenza - Rete Formativa 2007

SEDE	DIRETTORE	SEGRETERIA DEI CORSI	CORSI SVOLTI
S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedaliera Universitaria Via Giustiniani 2 35128 Padova	CIANCI Vito v.cianci@libero.it Tel. 049.8212860	Scuola di Formazione del Dipartimento Interaziendale di PS e Medicina d'Urgenza Via Facciolati 71 - 35127 Padova Sig.ra Ecla Carraio - Tel. 049.8216551 e-mail: formazione.ps@sanita.padova.it	Base
S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza ASL 10 - Ospedale Edoardo Agnelli Via Brigata Cagliari 39 10064 Pinerolo (TO)	CIBINEL Gian Alfonso gian.cibinel@tin.it Tel. 0121.233677 / 233711	Area Formazione ASL 10 Stradale Finestrelle 72 - 10064 Pinerolo (TO) Sig.ra Paola Pons - Tel. 0121-235198 / 235199 E-mail: formazione@asl10.piemonte.it WEB: http://www.asl10.piemonte.it/servizi/corsi.htm	Base Avanzati Monotematici Infermieri
S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza ASS 3 - Ospedale S. Antonio Abate Via Morgagni 18 33028 Tolmezzo (UD)	COPETTI Roberto robcopet@tin.it Tel. 0433.488418	ENAIIP Friuli Venezia Giulia Via Leonardo da Vinci 27 - 33037 Pasian di Prato (UD) Sig. Elvis Marando - Tel. 0432-693611 E-mail: e.marando@enaip.fvg.it WEB: http://www.enaip.fvg.it/enaipfvg/	Base Monotematici
S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza Policlinico Agostino Gemelli Largo Agostino Gemelli 8 00168 Roma	TESTA Americo testaa@rm.unicatt.it Tel. 06.30155394	Servizio Formazione Permanente Università Cattolica del Sacro Cuore Largo Francesco Vito 1 - 00168 Roma Sig.ra Simona Serafini Tel. 06.30154297 / 06.30154074 E-mail: dsefm@rm.unicatt.it WEB: http://www.ecourgenza.com	Base Avanzati Monotematici
S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza Ospedale Santa Croce Via dell'Ospedale 3 55032 Castelnuovo Garfagnana (LU)	SOLDATI Gino g.soldati@usl2.toscana.it Tel. 0583.669841/669690	P.S. Ospedale Castelnuovo Garfagnana Sig.ra Olivetta Romei Tel. 0583.669817 / 347.2236425 Ufficio Formazione USL 2 Lucca Via per S. Alessio - 55100 Monte San Quirico (LU) Responsabile Dr. Alberto Peretti - Tel. 0583-970749 E-mail a.peretti@usl2.toscana.it	Base Infermieri

Analisi della letteratura per l'urgenza

a cura della redazione del Notiziario in Urgenza

Elevated Cardiac Troponin Measurements in Critically Ill Patients. Lim W et al. Arch Intern Med 2006; 166: 2446-54

Questa review sul significato clinico dell'aumento della troponina cardiospecifica-cTn nei Pz critici ricoverati in terapia intensiva ha analizzato 23 studi per 4492 soggetti. Un aumento della cTn è stato documentato nel 43% dei Pz (l'analisi è stata effettuata su 20 studi per 3278 Pz). Un'analisi aggiustata (analisi di 6 studi per 1706 Pz) era associata ad aumentato rischio di morte (OR, 2.5; 95% confidence interval [CI], 1.9 to 3.4; P<.001). Una analisi non aggiustata eseguita su 8 studi per 1019 Pz documenta come l'aumento della cTn fosse associata a un aumento di 3 gg di ricovero in terapia intensiva (95% CI, 1.0 to 5.1 days; P = .004)

The Impact of B-Type Natriuretic Peptide in Addition to Troponin I, Creatine Kinase-MB, and Myoglobin on the Risk Stratification of Emergency Department Chest Pain Patients With Potential Acute Coronary Syndrome. Brown AM, et al. Ann Emerg Med. 2007;49:153-163.

Nell'attività dei DEA moltissime risorse vengono impiegate nell'inquadramento di pazienti che vengono poi dimessi con

diagnosi di dolore toracico non specifico. Nonostante un'elevata frequenza di percorsi che prevedono un ricovero ospedaliero, percentuali comprese fra 2 e 5% dei casi dopo un percorso negativo vengono dimessi e si ripresentano poi al DEA con una sindrome coronarica acuta. Il ritardo comporta spesso un esito sfavorevole. I percorsi diagnostici di questi soggetti prevedono una serie combinata di accertamenti strumentali di tipo elettrocardiografico associati a controlli biochimici ed in caso di negatività un test di tipo provocativo come l'ECG da sforzo o tests di imaging (Scintigrafia miocardica o Eco-stress). Questi percorsi presuppongono periodi di osservazione di almeno 6-12 ore, strutture altamente organizzate ed efficienti, giudizio diagnostico finale con buon valore predittivo negativo per l'obiettivo di identificazione di tutti i casi di sindrome coronarica, riducendo al minimo i casi di osservazione improprie.

Lo studio verifica, su 426 Pz, se l'aggiunta del dosaggio del BNP ai marcatori classici di necrosi (Troponina CPK-MB, e Mioglobina) in soggetti a basso rischio di sindrome coronarica acuta migliorava la capacità predittiva di evento coronarico (infarto acuto non fatale, eventi cardiovascolari gravi entro 90 min dall'arrivo al DEA a 30 giorni).

È stato studiato un gruppo di 426 soggetti sottoposti ad un percorso di valutazione per dolore toracico. Le conclusioni, cui giungono gli Autori, suggerirebbero il valore aggiunto del dosaggio del BNP rispetto a Troponina, CKP-MB e Mioglobina nei soggetti con dolore toracico a basso rischio per sindrome coronarica acuta.

Il test migliorerebbe la capacità predittiva di infarto acuto non fatale, sindrome coronarica o di un evento cardiovascolare acuto entro 30 gg, pur al costo di un peggioramento in termini di specificità. In ragione del rapporto sensibilità/specificità il dosaggio del BNP non può essere raccomandato in tutti i soggetti con dolore toracico. L'applicazione pertanto può essere utile solo in categorie di soggetti nei quali è utile pretendere elevati livelli di sensibilità, pur accettando ridotti livelli di specificità.

Risk prediction in patients presenting with suspected cardiac pain: the GRACE and TIMI risk scores versus clinical evaluation. Q J Med 2007; 100: 11-18.

Confronto nell'accuratezza predittiva di due tra i più affermati scores di rischio cardio-vascolare (GRACE e TIMI) appli-

segue a pag. 14

ABRUZZO

Presidente: Antonio Caporrella
Tel. 0872.706302 - Fax 0872.706230
e-mail ww.auqsi@tin.it

Segretario: Sergio Cerritelli
Tel. 085.8020238 - 349.1293429
Fax 085.8942940
e-mail: cerrus@tin.it

Consiglieri: Bianchi Antonio
Di Giangiacomo Flavia
Fattore Pier Paolo
Felaco Franco
Iacovella Antonio
Longo Stefano
Materazzo Danilo
Mosca Pietro
Sciulli Enzo
Straccini Pantaleone

BASILICATA

Presidente: Carlo Toscano
Tel. 0975-312243
e-mail: toscano.c@tiscali.it

Segretario: Francesco Lisanti

Consiglieri: Autilio Michele
Larocca Michele
Lavanga Alberto
Minervini Giovanni
Ricapito Michele
Romeo Maria
Sinno Carmine

CALABRIA

Presidente: Vincenzo Natale
e-mail: vincenzonatale@virgilio.it

Segretario: Giorgio Ferrara
Ospedale Civile di Trebisacce (CS)
Tel. 0981.58305 - Fax 0981.509260
e-mail ferraragiorgio@libero.it

Consiglieri: S. Asaro
C. Asta
G. Astorino
I. De Rosa
B. Giroladini
M. Laganà
L. Orlando Settembrini
D. Tancredi
G. Zampogna
Pronto tera 0835.243221

CAMPANIA

Presidente: Fernando Schiraldi
e-mail: fschiraldi1@aliceposta.it

Segretario: Giosuè Di Maro

Past-President: Dario Caputo

Consiglieri: Busino Ciro
Dario Caputo
Paolo Bellis
Vittorio De Feo
Avella Felice
Antonio Apolito

Lettieri Antonio
Matteo De Roberto
Barricella Michelino
Marchese Francesco
Ruggiero Enrico Giuseppe
Villani Amedeo
Beneduce Celestino
Golia Dario
Esposito Rita

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Maria Pazzaglia
Fax 0544.285503 - Tel. 0544.285326
e-mail: m.pazzaglia@ausl.ra.it

Segretario: Carlo Tassi
Fax 059.659343 - Tel. 059.659344
e-mail: c.tassi@ausl.mo.it

Consiglieri: Maurizio Arvedi
Duilio Braglia
Mario Cavazza
Gianfranco Cervellin
Andrea Fabbri
Angelo F. Fanciulli
Marco Galletti
Daniele Giovanardi
Tiziano Lenzi
Paolo Mule'
Davide Sighinolfi
Alberto Randelli
Carlo Canotti

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Roberto Copetti
Tel. 0433.488421 - Fax 0433.488318
e-mail: robcopet@tin.it

Segretario: Claudio Simeoni
Tel. - Fax
e-mail:

Consiglieri: Arteni Franco
Calci Mario
Fantin Orlando
Moscariello Francesco
Cominotto Franco
Giagnorio Giuseppe
Guerrini Domenico
Paolillo Ciro
Vran Franco
Zingaro Laura

LAZIO

Presidente: Enzo Tesei
Tel./Fax 06.51002226
e-mail mc9790@mlink.it

Segretario: Luigi Zulli
e-mail l.zulli@sanfilipponeri.roma.it

Consiglieri: F. Alegiani
R. Carnevale
R. Dal Piaz
A. De Santis
M. De Simone
S. Di Somma
F. Fabi
A. Galante

A. Galanti
U. Gremigni
A. Guzzo
A. Matcovich
M. Mazzone
M. Mellacina
L. Pagliari
A. Pagnanelli
R. Papitto
F. Pugliese
F. Sabetta
R. Schirripa
A. Sebastiani
B. Susi
M.S. Termini
F. Travaglino
M.C. Trotta

LIGURIA

Presidente: Gianni Oddone
e-mail g.oddone@asl1.liguria.it

Segretario: Maria Paola Saggese
tel. 0185.307112
e-mail mpsaggese@asl4.liguria.it

Consiglieri: Abregal Gian Carlo
Bardellini Gianpiero
Berardini Achille
Berlingheri Luca
Cremonesi Paolo
De Iaco Fabio
Ferlito Stefano
Foschi Maria Rosaria
Guidetti Mauro
Lerza Roberto
(*Tesoriere*)
Pace Maurizio
Pagani Daniela
Pisani Ugo
Ponassi Irene
Riccardi Alessandro
Zanna Mauro
(*Vicepresidente*)
Stancati Gaspare

LOMBARDIA

Presidente: Ezio Omboni
Tel./Fax 02.63632508
e-mail eomboni@fbf.milano.it

Vice Presidente: Marcello Menegatti

Segretario: Daniele Camisa
Nuovo Ufficio Segreteria presso:
DEA Ospedale Fatebenefratelli
Corso di Porta Nuova, 23 - 20121 Milano

Consiglieri: Giuseppe Borgese
Daniele Coen
Carlo Concoreggi
Giovanni Evangelisti
Giorgio Fusar Imperatore
Flaminio Gatto
Fabio Guzzini
Giovanni Nervetti
Francesco Perlasca
Roberto Romoli
Carlo Tantardini

MARCHE

Presidente: Attilio Casagrande
e-mail: atccas@aliceposta.it

Segretario: Carlino D'Angeli
e-mail: carlinod2002@libero.it
Past-President: Bruno Pallotta
e-mail: bpallo1949@yahoo.com

Consiglieri: Gigliola Angelozzi
Antonio Leonardi
Massimo Loria
Gianfranco Maracchini
Enzo Frati
Ottavia Paielli
Stefano Polonara

MOLISE

Presidente: F. Clemente
Tel./Fax 0874.409414
e-mail: fedeclem@libero.it

Segretario: G. Paparozzi

Consiglieri: L. Alfieri
C. Anteucci
N. Catalano
V. Davinelli
A. Occhionero

PIEMONTE

Presidente: Ivo Casagrande
Tel. 0131.206687 - Fax 0131.206227
e-mail: icasagrande@ospedale.al.it

Segretario: Roberto Recupero
Tel. 011.9217239 - Fax 011.9217237
e-mail: pahco@tin.it

Consiglieri: A. Capra
G. Carbone
G. Cibinel
O. Franza
M. Frascisco
G. Lauria
U. Marchisio
C. Martina
C. Moiraghi
M. Morello
F. Olliveri
M. Pesenti
R. Petrino
M. Marengo
R. Rossi
P. Sechi
A. Soragna
B. Tartaglino

PUGLIA

Presidente: Vito Procacci
Tel. 080.5592556
e-mail: v.procacci@virgilio.it

Segretario: Paola Caporaletti
e-mail: capopaola@libero.it

Past-President: Francesco Stea

Consiglieri: Vincenzo Campanella
Pietro De Angelis
Marcella Granieri
Antonio Lambo
Ernesto La Salvia
Antonio Martiradonna
Rita Maselli
Rosa Melodia

SARDEGNA

Presidente: Arru Alberto
Fax 0781.6683336
Tel. 0781.6683471/3477
e-mail: albarru@tin.it

Segretario: Oppes Mario
e-mail: simeusardegna@katamail.com

Past-President: Poddighe Michele

Consiglieri: Baldussi Maria Annunziata
Campus Maddalena
Floris Giulio
Manai Carlo
Manca Salvatore
Mura Luigi
Murgia Anna Paola
Pinna Parpaglia Paolo
Piras Rosa Maria
Rassu Sergio
Riola Giuliana
Scalas Ignazio
Tamponi Elio

SICILIA

Presidente: Michele Zagra
e-mail: michele.zagra@libero.it

Segretario: Alfonso Cavaleri
e-mail: alfonso.cavaleri@virgilio.it

Tesoriere: Manlio De Simone

Past-President: Stefano La Spada

Consiglieri: D. Abate
S. Calandra
C. D'Angelo
A. Di Grande
C. Giuffrida
V. Messina
A. Musco
F. Palumbo
S. Pino
G. Rizzo

TOSCANA

Presidente: Giancarlo Berni
e-mail: bernig@ao-careggi.toscana.it

Segretario: Marco Becheri
Fax 055.4565440 - Tel. 055.456531
e-mail: mbecheri@ausl4.toscana.it

Consiglieri: Amatucci Geremia
Calzeroni Gino
Cesari Vittorio
Furesi Lucilla
Marucci Giorgio
Melandri Roberto
Montomoli Marcello
Papini Franco
Pepe Giuseppe
Rosselli Alessandro
Santi Giuseppe Tino

Revisori: Grifoni Stefano
Paoli Maurizio

UMBRIA

Presidente: Da Nominare

Segretario: Da Nominare

Consiglieri: T. Brachelente
F. Barbatella
F. Bussani
R. Di Memmo
P. Dominici
G. Giovannetti
D. Tazza

VENETO

Presidente: Giuseppe Marchese
e-mail: giuseppe.marchese@ulss12.ve.it

Segretario: Mauro Chiesa
Fax 049.8216685 - Tel. 049.8216685/6570
e-mail: machiesa@libero.it

Presidente Onorario: Vincenzo Agnello

Consiglio in corso di rinnovo

Consiglieri: Franco De Giorgi
(rapp. prov. Bolzano)
Alberto Graziani
(rapp. prov. Trento)
Giovanni Gouigoux
Giovanni Gugole
Ferruccio Magello
Giuseppe Marinaro
Osvaldo Orsi
Francesco Praticò
(Tesoriere)
Vincenzo Riboni
(Vicepresidente)
Paolo Rosi
(rapp. C.O.)
Giuseppina Torcaso
Franco Tosato
Dino Vido

cati nel sospetto di dolore toracico a genesi coronarica su una coorte non selezionata di pazienti (non solo ad elevata probabilità) in Scozia. Su 347 soggetti non selezionati 23 hanno presentato IMA (6.6 %). Il TIMI score definisce a basso rischio una quota inferiore di soggetti rispetto al GRACE (21 vs 39.5 %) e maggiore ad alto rischio (36.9 vs 26.2%); i due scores hanno identificato a rischio elevato i 5 decessi consecutivi a rischio elevato e i 3 IMA occorsi durante l'ospedalizzazione, nonché i 24 eventi maggiori occorsi a 3 mesi (16 decessi, 7 IMA, 1 rivascolarizzazione in urgenza); la presenza all'esordio di alterazione dell'ST o positività delle troponine risultano decisamente inferiori. Nella comune pratica clinica, nel processo decisionale diagnostico e terapeutico relativo a pazienti non selezionati con dolore toracico a sospetta genesi cardiaca, è quindi fortemente consigliato a) di non limitarsi alla valutazione clinica e dei dati (tipicità del dolore, alterazioni ECG, positività dei markers di cardiomiocitocitosi) alla presentazione, b) un approccio integrato che comprenda l'applicazione di uno score valicato che sia più accurato nell'identificare pazienti ad alto rischio (in particolare il GRACE, vedi sotto) pare preferibile in questo contesto).

Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: Understanding the goals of therapy*. Curtis J.R., et al. Crit Care Med 2007;35:932-9 seguito dall'editoriale Never the tube! Try the mask!*. Hilbert G., et al. Crit Care Med 2007; 35: 977-978

L'applicazione della ventilazione noninvasiva a pressione positiva (NPPV) ha un ruolo ben definito in diverse forme di insufficienza respiratoria acuta (ARF) nelle quali l'indicazione e l'efficacia si fondano sull'accurata selezione dei pazienti (per patologia, timing e caratteristiche predittive individuali e contestuali) e sull'organizzazione dell'ambiente di cura (formazione, strumentazione, esperienza, continuità delle cure). Questa review focalizza l'attenzione sulle condizioni "al limite" nelle quali la NPPV si pone tra il gold standard di trattamento (riduzione di ospedalizzazione, necessità di intubazione e mortalità) da un lato, ed il desiderio dei pazienti di non essere sottoposti a manovre invasive (do not intubate, DNI) o salvavita dall'altro. L'analisi viene strutturata su tre condizioni tipo (1 -

senza limiti preimposti al trattamento, cioè senza escludere le opzioni invasive; 2 - DNI; 3 - DNI e misure di sola terapia sintomatica), evidenziando, caso per caso, l'obiettivo primario del trattamento, il rapporto costi / benefici secondo gli elementi decisionali che si affrontano nel perseguirlo, le evidenze ed i dati disponibili in letteratura. Nella categoria 1 l'intento è il riportare il soggetto con ARF alle sue condizioni preesistenti (ed alla qualità di vita che egli ritiene accettabile) scegliendo la NPPV nei casi nei quali (e fino a che) si dimostri preferibile rispetto alla ventilazione meccanica invasiva (in particolare riacutizzazione di BPCO ed edema polmonare acuto cardiogeno). Nello scenario 2 l'obiettivo è migliorare la ventilazione e gli scambi gassosi mentre la causa dell'ARF viene trattata con terapia medica. Nella categoria 3 rientrano per lo più individui con patologie progressive non reversibili in fase terminale per i quali prioritario è il sollievo dai sintomi più dolorosi ed invalidanti; in questi casi il solo fine della NPPV è la riduzione della dispnea, il mantenimento della vigilanza e della capacità di comunicare con i famigliari, senza che vi sia alcun rilevante "prezzo" da pagare (discomfort, intolleranza, fallimento). Trattandosi di uno studio eseguito in ambiente di terapia intensiva (nei tempi e nei modi) viene giustamente riservato ampio spazio alla necessità di un'adeguata e completa informazione e comunicazione tra medico, paziente e famigliari relativamente alle decisioni sull'obiettivo ed il limite del livello di cura da porsi in ogni specifico caso di ARF, nonché alla possibilità che le aspettative, i desideri e le necessità possano modificarsi in itinere.

C-Reactive Protein as a predictor of prognosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Morthen Dahl et al. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175: 250-255.

La malattia polmonare cronica ostruttiva (COPD) è una delle principali cause di morbilità e mortalità in tutto il mondo. La limitazione al flusso nelle vie aeree correla con una risposta infiammatoria abnorme nei confronti di particolato o gas a livello polmonare, ma vi sono crescenti evidenze a favore di un ruolo giocato dalla flogosi sistemica. Quest'ultima è ritenuta responsabile della perdita di massa corporea, in particolare massa magra, chiaramente associata con l'aumentata mortalità nel paziente con COPD. Il marcatore di fase acuta più utilizzato in clinica è la Proteina C Reattiva (PCR), che si lega ai batteri, ai lipidi ossidati e alle cellule

apoptotiche facilitandone la clearance da parte del sistema immune naturale. Essa è prodotta dagli epatociti stimolati dall'IL-6 secreta dalle cellule epiteliali attivate, dai macrofagi e da altre cellule infiammatorie del polmone nel paziente con COPD. Livelli di PCR leggermente aumentati sono stati messi in relazione con la presenza di flogosi nell'aterosclerosi e con un rischio aumentato di malattia coronarica ed infarto acuto del miocardio in questa situazione. Alcuni dati correlano l'aumento della PCR sierica al livello di flogosi nelle vie aeree nel paziente COPD in condizioni di stabilità clinica. Gli autori del presente studio hanno quindi ipotizzato che questo marcatore sistemico di flogosi in progressione potesse fungere da fattore predittivo di outcome nel paziente con COPD.

Allo scopo di fornire dati a sostegno di questa ipotesi hanno studiato la funzionalità polmonare di 9259 individui da un vasto campione di popolazione inserito nel Copenhagen City Heart Study, uno studio epidemiologico prospettico iniziato nel 1976-78, e hanno determinato la PCR basale dei soggetti portatori di limitazione al flusso nelle vie aeree. Durante un follow-up medio di otto anni venivano quindi registrate le morti e i ricoveri ospedalieri come indicatori di outcome. Sono stati inclusi nello studio 1302 individui portatori di flow-limitation correlata a COPD. Tra questi 185 (14%) sono stati ricoverati per esacerbazione della malattia e 83 (6%) sono deceduti per cause ad essa riconducibili nel periodo di follow-up. L'incidenza di entrambi gli eventi risultava significativamente maggiore in un sottogruppo di pazienti con PCR basale > 3 mg/L rispetto al sottogruppo con livelli inferiori del suddetto marcatore. Soprattutto, si documentava un'aumentato rischio di morte o ospedalizzazione nei pazienti con PCR > 3 mg/L, anche dopo aggiustamento per sesso, età, valore del FEV1 (% del predetto), consumo di tabacco, presenza di malattia coronarica. In particolare, dopo un rigoroso matching per FEV1 e aggiustamento per tutti gli altri fattori potenzialmente confondenti, il valore basale di PCR risultava in media aumentato di 1,2 mg/L nei pazienti con successive ospedalizzazioni e di 4,1 mg/L nei pazienti successivamente deceduti al confronto con gli altri pazienti rispettivamente. A parità di FEV1, età, consumo di tabacco, il rischio di successive ospedalizzazioni e morte per COPD in un periodo di 10 anni era del 54 e 57% rispettivamente nei pazienti con valori di PCR basale >3 mg/L. Gli autori concludono quindi che la PCR è un forte ed indi-

pendente indicatore di prognosi nel paziente con limitazione al flusso nelle vie aeree secondario a COPD.

Credo che i dati presentati in questo studio abbiano una particolare rilevanza anche per il medico d'urgenza, che trova in un marcatore di relativo basso costo e di routinario utilizzo uno strumento per un più rigoroso inquadramento prognostico del paziente COPD, che potrebbe eventualmente ricevere alla dimissione un programma di stretto follow-up clinico.

Short-term Clinical Effects of Tolvaptan, an oral vasopressin Antagonist, in Patients Hospitalized for Heart Failure. The EVEREST Clinical Status Trials. *Jama* 2007; 297: 1332-1343 e Effects of Tolvaptan in Patients Hospitalized for Worsening Heart Failure. The EVEREST Outcome Trial. *Jama* 2007; 297: 1319-1331. Commento in *Climbing the Mountain of Acute Decompensated Heart Failure* CW Yaney *Jama* 2007; 297: 1374-1376

Il Tolvaptan è un antagonista orale della vasopressina, che promuove la ritenzione idrica nella scompenso cardiaco. Il Tolvaptan è stato perciò testato su un totale di 4133 Pz per verificarne l'efficacia, aggiunto alla terapia standard, sia in acuto (The EVEREST Clinical Status Trials) che in cronico (The EVEREST Outcome Trial). In breve il farmaco negli studi prospettici e randomizzati in doppio cieco, si è dimostrato efficace in acuto nel migliorare parte della sinto-

matologia ma ha fallito l'end point su una modifica della mortalità a 1 anno. Potrebbe sembrare un'ottima notizia per il Medico dell'Urgenza e forse in parte lo è; Vi invito comunque a riflettere, su quanto si desume dal commento, sul fatto che farmaci meno costosi, la nitroglicerina per es., non abbiano mai beneficiato di uno studio analogo.

BIPHASIC Trial. A Randomized Comparison of Fixed Lower Versus Escalating Higher Energy Levels for Defibrillation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Stiell IG et al. Circulation*. 2007;115: March 27.

Scarse le evidenze disponibili relativamente ai livelli di energia ottimali da erogare ai soggetti in arresto cardiaco con defibrillatori bifasici, nonostante le note linee guida sulle procedure di rianimazione cardio-polmonare. Il presente studio confronta il protocollo di defibrillazione con defibrillatori con profilo di scarica bifasico e livelli di energia standard ad un protocollo che prevede invece livelli di energia crescenti. Questo studio (BIPHASIC) multicentrico, randomizzato e controllato ha previsto l'arruolamento di 221 soggetti rianimati per arresto cardiaco extraospedaliero con shock generato da strumenti semiautomatici bifasici programmati in modo da eseguire una randomizzazione sul rilascio, in cieco, di scariche a 150, 150, 150 joules, oppure secondo la sequenza 200, 300, 360 Joules. L'età media dei soggetti studiati era 66 anni, di cui il 79.6% maschi. L'evento risulta-

va testimoniato nel 63.8% dei casi, la rianimazione cardiopolmonare eseguita da un testimone all'evento nel 23.5% dei casi. Il ritmo di presentazione era "defibrillabile" (fibrillazione ventricolare/tachicardia ventricolare senza polso) nel 92.3% dei casi, mentre il numero dei trattati con ripetizioni di scariche analogo fra i 2 protocolli in 106/221 soggetti. All'analisi il ripristino di un ritmo e di un polso è risultato del 24.7% per il protocollo di sequenza standard mentre 36.6% nella sequenza in crescendo. Questa modalità comportava un guadagno assoluto in termini di recupero del 11.9%; 95% CI, 1.2 - 24.4. Il successo inteso come risoluzione della fibrillazione ventricolare risultava pertanto migliore con la sequenza 200-300-360 71.2% vs. 82.5%; P=0.027; differenza assoluta: 11.3%; 95% CI, 1.6 - 20.9). Invariate le probabilità di successo alla prima scarica (38.4% vs. 36.7%; P=0.92), anche considerando la sola categoria di soggetti con fibrillazione ventricolare (86.8% vs. 88.8%; P=0.81). Questi risultati sono stati confermati anche dai dati derivati dagli indicatori di sopravvivenza e di esito.

Conclusioni: questo studio, il primo che prevede randomizzazione in questo tipo di soggetti, dimostra che la defibrillazione con strumenti ad onda bifasica è più efficace se eseguita con alti livelli di energia rispetto ai protocolli attuali che prevedono livelli di energia inferiori.

Mauro Fallani

continua da pag. 2

Nota di dissenso della SIMEU

mato, medico ed infermieristico, la qualità delle prestazioni di tipo medico-chirurgico di loro competenza. L'integrazione più completa, realizzata nelle Regioni più progredite, tra strutture e personale del territorio con quello degli ospedali, consentita anche con l'inserimento dei Medici dell'Emergenza territoriale nei Pronto Soccorso, costituisce un modello che garantisce la qualità delle prestazioni e la formazione continua del personale. Nel momento in cui si sta lavorando con diverse Università Italiane alla realizzazione della nuova Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza, ulteriore garanzia di un'effettiva, qualificata ed integrale formazione dei medici dell'urgenza, la

SIMEU **diffida** le Autorità Regionali, i Direttori Generali delle AO e delle AUSL dal prendere provvedimenti atti a smantellare l'unità giuridico-amministrativa delle U.O.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

Tali provvedimenti possono infatti stravolgere la professionalità dei medici, ma anche alterare l'assistenza sanitaria che deve essere unica ed unicamente finalizzata alla gestione del paziente in area d'emergenza e non frammentata in settori funzionali differenti, che oltre ad impegnare notevoli risorse, comporterebbero una gestione farraginosa.

La SIMEU **sollecita** il Ministro della Salute ad agire in proprio, oppure in sede di Conferenza Stato-Regioni, affinché si proceda, ove ritenuto necessario, ad una revisione legislativa integrativa delle norme vigenti.


La SIMEU **interverrà** tempestivamente

nelle Regioni ove tali eventi si sono già verificati per realizzare ogni tipo di iniziativa sul piano giuridico-amministrativo, ove necessario, a tutela di tutti i Medici d'Urgenza, ma soprattutto della utenza, non rinunciando da subito, attraverso i media, ad informare costantemente i cittadini di questo grave attentato all'organizzazione dei Servizi di Emergenza.

Il Presidente
Vito Giustolisi



APPUNTAMENTI



Fourth Mediterranean Emergency Medicine Congress (MEMC IV)
15-19 Settembre 2007 • Hotel Hilton Sorrento Palace • Sorrento (Italia)

Organizzato da
European Society for Emergency Medicine (EuSEM),
American Academy of Emergency Medicine (AAEM) e
e quest'anno in collaborazione con la Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU)

Presidenti del Congresso
David Williams, EuSEM • Tom Scaletta, AAEM • Vito Giustolisi, SIMEU
Diretori Esecutivi
Roberta Petrino, EuSEM • Philip Anderson, AAEM • Ivo Casagrande, SIMEU • A. Antoine Kazzi, Internazionale
Diretori Scientifici
Abdel Bellou, EuSEM • Joseph Lex, AAEM • Carlo Locatelli, SIMEU • Nadeem Qureshi, Internazionale
Diretori del Forum di Ricerca
Raed Arafat, EuSEM • Gary Gaddis, AAEM • Eddy Lang, Internazionale

Tematiche principali

- Rianimazione cardiopolmonare e emergenze cardiovascolari
- Gestione delle vie aeree, emergenze respiratorie e ventilazione
- Emergenze traumatologiche
- Medicina d'emergenza pre-ospedaliera
- Medicina delle catastrofi
- Emergenze pediatriche
- Tossicologia e farmacologia
- Emergenze neurologiche
- Sepsis e shock
- Aspetti organizzativi e amministrativi
- La ricerca in emergenza
- Didattica e addestramento
- Clinical Pathological Cases competition

Sessione Italiana
Questa sessione, che durerà tutti i tre giorni di congresso, si concentrerà sugli aspetti scientifici ed organizzativi della gestione dell'emergenza in Italia, sulla discussione delle linee guida e dei protocolli di comportamento e qualità. Includerà inoltre una discussione ed un dibattito sullo sviluppo della nuova scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza.

Prima scadenza iscrizioni: 30 giugno 2007 • Scadenza prenotazioni alberghiere: 15 luglio 2007

Iscrizioni ed Abstract disponibili on-line
www.emcongress.org • info@emcongress.org

3° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE

FIRENZE
18-20 Novembre 2007

F. SCHIRALDI ci comunica che nei giorni

22-23-24 Novembre 2007
si terrà a Napoli

presso la Città della Scienza, il XIV Corso in tecniche e procedure nel malato critico.

Il Corso è stato accreditato ECM l'anno scorso (18 crediti) ed ha la caratteristica di prevedere solo il 25% di lezioni frontali, mentre viene lasciato ampio spazio alle sessioni interattive, in gruppi di 20-25 persone: è rivolto a medici d'urgenza, cardiologi, anestesisti, medici della emergenza territoriale.

È prevista iscrizione a costi ridotti per specializzandi.

Segreteria Nazionale SIMEU

La Segreteria nazionale SIMEU è situata a Milano (via Vittor Pisani n. 10, secondo piano), in posizione strategica per chi proviene da fuori città: si trova infatti a due passi dalla Stazione Centrale e dalle fermate della Metropolitana Milanese (MM2 Centrale - MM3 Repubblica). È raggiungibile dagli aeroporti di Linate, Malpensa e di Orio al Serio attraverso i servizi navetta che collegano gli aeroporti alla Stazione Centrale di Milano.

Dall'aeroporto di Malpensa si può arrivare a Milano anche con il treno "Malpensa Express" che raggiunge la stazione di Cadorna-Stazione Nord, e da qui in metropolitana (MM2 - Cadorna) si raggiunge la stazione centrale di Milano (MM2 - Centrale). Per chi arriva in automobile vi sono numerosi parcheggi in via Pisani e nelle vie limitrofe.

La segreteria, sede anche della tesoreria nazionale, è funzionante dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 (dal lunedì al venerdì).

Presso la segreteria opera con cortesia Maria Teresa Foti cui si è aggiunta, dal mese di marzo 2007, Adriana Fusè. Sempre presenti anche alle manifestazioni scientifiche di rilevanza nazionale della società, sono un punto di riferimento indispensabile per tutti i soci SIMEU e per le Sezioni regionali.

Indirizzo della Segreteria Nazionale

Via Vittor Pisani, 10 - 20124 Milano

Tel. 02-67077483 - Fax 02-6690117

e-mail segreteria@simeu.it oppure segreteria.simeu@libero.it



Adriana e Maria Teresa