



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Estratto della relazione del Consiglio Direttivo alla chiusura del bilancio del 31/12/2008
• di B. Condorelli

ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 4** Nuove tecniche di riperfusione nell'infarto miocardico acuto: la tromboaspirazione coronarica
• di S. Rigattieri, F. Castelli, C. Di Russo, S. Fedele, P. Silvestri, P. Loschiavo
- 7** Le aritmie "lente" nelle fasi di periarresto: diagnosi precoce e trattamento immediato
• di L. Zulli, F. Castelli, A. Tricerri, M. Ciavatti, G. Lo Sardo

APPUNTAMENTI

- 10** Che mi avete fatto!
• di P. Ortensi

AGENDA DELLA SCUOLA

- 12** ECM: corsi proposti per novembre-dicembre 2009. Prime iniziative A/A 2010

ESTRATTO DELLA RELAZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO ALLA CHIUSURA DEL BILANCIO DEL 31/12/2008

■ di **Benedetto Condorelli**
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Signori Associati,
a nome del Consiglio Direttivo porto a conoscenza dei Soci docenti e di tutti coloro che della Scuola sono parte attiva i risultati conseguiti nel corso del 2008. L'attività è stata essenzialmente volta al perseguimento del nostro obiettivo prioritario che è quello di riuscire a fornire una concreta, nonché qualificata, offerta didattica e formativa, cercando di evidenziarsi tra i soggetti deputati alla formazione e all'aggiornamento. Nell'ottica di una politica volta al contenimento delle spese, anche nel 2008 ogni iniziativa è stata adottata tenendo conto di un'attenta gestione amministrativa.

1) DIDATTICA

Per quanto riguarda l'attività formativa, la Scuola è riuscita a mantenere alti livelli di qualità, non solo attraverso i corsi legati ai crediti formativi, ma anche attraverso i tradizionali corsi semestrali e biennali (senza crediti), a carattere prevalentemente pratico e teorico-pratico, che interessano una fascia di operatori non strettamente dipendenti dai crediti formativi,

beni da una reale necessità di potersi aggiornare e di fare formazione permanente.

L'attività tradizionale della Scuola nell'anno 2008 si può così sintetizzare: 33 corsi semestrali attivati presso 20 presidi ospedalieri con circa 200 iscritti; 3 corsi biennali con un totale di 56 iscritti.

A partire dall'anno accademico 2008/2009 vi è stata una revisione nella quota unitaria di iscrizione ai corsi semestrali che è stata portata ad euro 80,00.

2) E.C.M.

Per quanto riguarda il programma per l'Educazione Continua in Medicina promosso dal Ministero della Salute, la Scuola Medica Ospedaliera, riconosciuta come ente erogatore di eventi, nel corso del 2008 ha attivato 53 corsi ECM con un totale di circa 1100 iscritti.

Altri 19 corsi sono stati annullati per mancanza del numero minimo di iscritti, necessario per attivare il corso. Il Consiglio Direttivo della Scuola, infatti, ha ritenuto utile adottare dei requisiti che permettano una pianificazione dei corsi,

A V V I S O

SI INVITANO
I SOCI DOCENTI
A PRESENTARE
NUOVE PROPOSTE
DI CORSI ECM
PER L'ANNO
ACCADEMICO 2010

come l'adozione di un numero minimo di iscritti e di una quota minima di iscrizione. Rispetto all'anno precedente, i corsi ECM hanno ottenuto un notevole incremento, riuscendo ad avere un numero di iscritti più che raddoppiato (ricordiamo infatti che nel 2007 si sono raccolte 500 iscrizioni). Questo andamento positivo è stato sostanzialmente determinato da una maggiore pubblicità dei corsi avvenuta attraverso la spedizione postale di circa 2000 cataloghi, utilizzando il data base della Scuola, nonché l'indirizzario degli iscritti fornito dall'Ordine dei Medici di Roma. La Segreteria ha inoltre avviato un programma di diffusione dei corsi via mail, secondo le varie discipline, ed ha inviato comunicati stampa alle redazioni dei Bollettini degli ordini professionali, dell'ENPAM e di altre riviste scientifiche.

Il Direttivo invita, comunque, i Soci docenti a trovare sponsor o altre fonti di finanziamento per sostenere i corsi proposti.

La Scuola, ritenendo di poter aspirare al riconoscimento di provider per il possesso dei requisiti che il Ministero della Salute sta per ufficializzare, ha continuato a seguire attentamente le nuove regole introdotte per quanto riguarda il sistema dell'accreditamento ECM, in base alle quali i provider, definitivamente riconosciuti potranno attribuire autonomamente i crediti alla propria attività formativa, mentre la Commissione nazionale dovrà stabilire una cifra annuale che ogni provider dovrà versare per tutti gli eventi che intende accreditare nell'anno.

3) ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DELLE COMMISSIONI

Nel corso del 2008, nell'ambito del Consiglio Direttivo è stato necessario procedere alla nomina di nuovi componenti: il dott. Alberto Placido che è subentrato dopo la triste e prematura perdita del Consigliere Renato Riccarducci; il prof. Roberto Picardi che è subentrato con le dimissioni, per motivi personali, del Consigliere Vito Contreas mentre il Prof. Marino Luminari è subentrato con le dimissioni, sempre per motivi personali, del Consigliere Pierfrancesco Dauri. È stato anche necessario nominare un nuovo Revisore dei Conti, l'avv. Guglielmo Gatta, a seguito delle dimissioni del prof. Paolo Colombo.

Il Consiglio Direttivo, al fine di riordinare l'attività didattica e di incrementare il numero dei corsi attiva-

ti, ha mantenuto anche per il 2008 la distinzione tra le varie aree specialistiche di formazione, ognuna con un proprio responsabile con il compito di proporre nuove iniziative formative, esaminare le proposte pervenute e ricercare sponsor per la realizzazione delle medesime. Purtroppo il Comitato dei Responsabili di Area, formato da circa 35 componenti, non ha ottenuto i risultati sperati e, tranne in pochi casi, è stato praticamente inattivo. Questo ha indotto il Presidente a proporre dei cambiamenti, con la revoca di tutti gli incarichi fiduciari conferiti.

Ritenendo peraltro che un'attività didattica ben organizzata e coordinata sia di vitale importanza per la Scuola, il Direttivo ha pensato di formare una commissione didattica più ristretta ed un gruppo di lavoro più compatto che possa rappresentare le grandi aree specialistiche, ed ha nominato il Consigliere Giuseppe Visco come Coordinatore dell'attività didattica, proprio per la sua grande esperienza e competenza.

Nell'ambito di una politica di espansione e di confronto con il mondo istituzionale già avviata dal Consiglio Direttivo, il Consigliere De Simone ha posto le basi per un rapporto di cooperazione tra la Scuola Medica e l'Università in merito al corso di specializzazione in Endocrinologia, mediante un programma formativo condiviso anche con la Società Italiana di Endocrinologia, che prevede la possibilità di inviare specializzandi ai corsi della SMO.

Per quanto riguarda l'attività editoriale, nel corso del 2008 sono stati pubblicati i numeri 30 e 31 del Bollettino della Scuola Medica Ospedaliera.

Grazie ai buoni rapporti con l'Ordine dei Medici di Roma, la Scuola è riuscita ad avere un proprio link nel sito dell'Ordine, mediante il quale è possibile accedere alle informazioni relative alla sua attività formativa ed istituzionale.

4) RINNOVAMENTO STATUTARIO

Il Consiglio Direttivo, ritenendo che il rinnovo statutario rappresenti uno dei passaggi fondamentali per la trasformazione della Scuola, non solo al fine di sveltirne le modalità operative, ma anche per rispondere meglio alle nuove regole del mercato formativo, ha fatto effettuare uno studio sulle varie forme giuridiche adattabili alla Scuola. Tale studio ha dimostrato che qualsiasi forma giuridica comporterebbe cambiamenti sostanziali nel modo di opera-

re della Scuola, cosa assolutamente non voluta dal Consiglio Direttivo che, alla luce delle varie considerazioni, ha preferito non portare avanti per il momento il progetto di rinnovamento statutario, in funzione anche delle scarse risorse economiche disponibili e nell'ottica di un contenimento delle spese.

Sono state, comunque, introdotte alcune novità importanti come l'avvio di una fase sperimentale tesa a valorizzare in termini economici il contributo dei docenti, in considerazione del maggior impegno a loro richiesto per l'organizzazione di un corso ECM, in alternativa alla tradizionale assegnazione di mezzi didattici. Questo senza far perdere alla SMO la qualifica di ente non commerciale, in quanto gli eventuali avanzi di gestione non verrebbero distribuiti tra gli associati, ma destinati al potenziamento dell'attività istituzionale.

5) CONVENZIONI E PROTOCOLLI D'INTESA

Il Consigliere De Simone, in qualità di Responsabile dei Rapporti con le Istituzioni, è riuscito a far stipulare una convenzione tra la SMO e la Provincia di Roma per l'organizzazione di iniziative formative rivolte ai centri anziani e al personale insegnante delle scuole, e per tali finalità la Provincia ha stanziato un contributo di circa 30.000 euro.

Purtroppo con lo scioglimento anticipato della Giunta, la realizzazione di tale accordo è stata rinviata alla riapertura dei lavori della nuova Giunta, subendo una battuta di arresto.

Come altre iniziative sono stati concessi alcuni patrocini della Scuola Medica, tra i quali quello per il corso sulla "Dissezione chirurgica-anatomica del cavo orale" organizzato dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano e che si è tenuto ad Alicante il 27 e 28 marzo 2008.

È pervenuta anche una richiesta di collaborazione della Scuola Medica da parte della Società IGARS (Istituto di Gruppo Analisi di Roma per il Sociale), per la diffusione di alcune loro iniziative formative.

Per quanto riguarda la Convenzione con Asclepion scaduta nel giugno del 2006, la Scuola vanta ancora un credito pari ad euro 50.000 come debito residuo ma, nonostante i vari solleciti, nel corso del 2008 non si è riusciti a far estinguere tale debito, anche se sono state date tutte le rassicurazioni sull'avvenuto stanziamento di tale somma da parte della Regione.

Ricordiamo che il nuovo Direttivo ha disdetto le convenzioni stipulate tra la Scuola e le Aziende ospedaliere, non avendo queste dato alcun risultato e dimostrandosi di scarsa utilità, soprattutto di fronte al problema di una sede idonea dove poter svolgere i corsi della Scuola.

Infatti, con le nuove politiche delle aziende ospedaliere, è diventato sempre più problematico trovare all'interno delle strutture sanitarie aule didattiche e spazi gratuiti dove svolgere i corsi, come tradizione della Scuola. Un'unica eccezione è stata prevista con la ASL RM E, in funzione delle trattative che sono già state avviate e dei nuovi accordi operativi che devono essere presi.

Per quanto riguarda la convenzione con la RAI che, ricordiamo, richiede alla Scuola la progettazione e realizzazione di corsi, convegni e seminari, diretti alla formazione permanente di operatori del Servizio Sanitario Aziendale RAI, provenienti dalle diverse sedi del territorio nazionale, le trattative si sono arenate a causa dei cambiamenti che si stanno verificando nell'organico dei vertici aziendali.

È stata confermata dalla RINA anche per l'anno 2008 la certificazione di Qualità del nostro sistema di gestione aziendale, secondo la normativa ISO 9001:2000. ■



NUOVE TECNICHE DI RIPERFUSIONE NELL'INFARTO MIOCARDICO ACUTO: LA TROMBOASPIRAZIONE CORONARICA

■ di Stefano Rigattieri, Fabrizio Castelli, Cristian Di Russo, Silvio Fedele, Pasquale Silvestri, Paolo Loschiavo
Cardiologia Interventistica, Ospedale "Sandro Pertini", Roma

L'angioplastica coronarica primaria (AP) rappresenta attualmente la miglior strategia ripercussiva nell'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento ST (STEMI) ed è stata collocata dalle recenti linee-guida europee in Classe I – livello di evidenza A¹.

Tuttavia, il successo della AP nel mondo reale incontra numerosi ostacoli, sia di carattere organizzativo che procedurale.

Sotto l'aspetto organizzativo sono a tutti note le difficoltà logistiche che, a causa di ritardi e della mancanza di reti efficienti, rendono problematica l'esecuzione della AP in tempi ragionevoli in tutti i pazienti che potrebbero beneficiarne.

Dal punto di vista tecnico procedurale, la AP con impianto di stent coronarico può non garantire una ripercussione ottimale anche quando eseguita tempestivamente e da operatori esperti, essenzialmente a causa del rischio di compromissione del microcircolo coronarico in seguito ad embolizzazione distale di materiale trombotico.

In effetti questo fenomeno, noto come "no reflow", può verificarsi in una significativa percentuale di pazienti (40%) nei quali l'arteria

coronarica epicardica sia stata efficacemente ricanalizzata con ripristino di flusso TIMI 3²; quando ciò si verifica, la ripercussione miocardica è compromessa, con conseguente mancata risoluzione del soprasslivellamento ST e, soprattutto, con aumentato rischio di eventi avversi e di rimodellamento negativo del ventricolo sinistro a distanza.

Benché il "no-reflow" riconosca una genesi multifattoriale, peraltro non ancora del tutto chiarita, la componente microembolica gioca certamente un ruolo predominante.

La ricanalizzazione percutanea di lesioni fortemente trombotiche, quali quelle causa di infarto, con i mezzi (devices) tradizionali (palloncino e stent), è inevitabilmente associata all'embolizzazione distale, anche macroscopica, di materiale trombotico, per cause meccaniche mobilitato dalla lesione coronarica e spinto nei segmenti vascolari distali fino al distretto microcircolatorio.

Una condizione analoga viene sperimentata dai Cardiologi Interventisti nel trattamento di stenosi di bypass aorto-coronarici confezionati con vena safena; anche in questo caso vi è un forte rischio di embolizzazione distale, a causa

della peculiare composizione delle placche ateromasiche (placche soft). Non a caso, i primi devices volti a ridurre il rischio di embolizzazione distale sono stati concepiti proprio per il trattamento dei by pass e, da qui, mutuati per le procedure di AP.

Il Percusurge e l'Angiojet sono stati tra i primi device ad essere studiati nell'infarto acuto. Il primo è costituito da un palloncino di occlusione distale abbinato ad un catetere aspiratore ed ha la finalità di aspirare la quota trombotica bloccando il flusso coronarico ed impedendo così l'embolizzazione distale; il secondo è costituito da un sistema di frammentazione ed aspirazione meccanica del trombo.

Paradossalmente, i risultati degli studi condotti con questi devices sono stati negativi, poiché i pazienti trattati non solo non avevano benefici ma, talora, andavano incontro ad infarti più estesi^(3,4).

Una possibile spiegazione sta nel fatto che questi devices sono piuttosto complessi da utilizzare, richiedono una curva di apprendimento lunga e possono determinare un prolungamento della procedura di AP e, quindi, un ritardo nella ricanalizzazione del vaso.

Più recentemente, risultati molto

positivi sono stati ottenuti mediante l'impiego di sistemi di tromboaspirazione coronarica manuale, costituiti da piccoli cateteri dotati di un foro a becco di clarino all'estremità distale, che, una volta creato manualmente il vuoto in una siringa dedicata, vengono lentamente avanzati nella lesione trombotica dopo aver generato al loro interno una pressione negativa.

Tali devices sono molto più semplici e rapidi da usare; il sistema Export (Medtronic Inc.), in uso da diversi anni presso il nostro Centro, è stato inoltre il primo a risultare associato ad una riduzione della mortalità a 12 mesi nel trial randomizzato TAPAS⁵, dopo che risultati positivi erano già stati osservati nel trial EXPORT a cui avevamo partecipato⁶.

Che i sistemi di tromboaspirazione manuale siano attualmente i più efficaci è emerso anche da una recente analisi di Burzotta et al., i quali, prendendo in considerazione i risultati di 11 trial, hanno osservato che la tromboaspirazione migliorava significativamente la prognosi ad un anno, sia in termini di mortalità che di eventi cardiaci avversi, che tale beneficio era limitato ai sistemi di tromboaspirazione manuale e che si osservava anche nei pazienti contestualmente trattati con antagonisti del recettore piastrinico Gp IIb/IIIa⁷.

Inoltre, un'analisi retrospettiva da noi svolta nel nostro Ospedale suggerisce che i sistemi di tromboaspirazione abbiano una ricaduta prognostica tanto più forte quanto più gravi sono le condizioni del paziente infartuato; negli STEMI complicati da shock cardiogeno, tuttora gravati da un'ele-

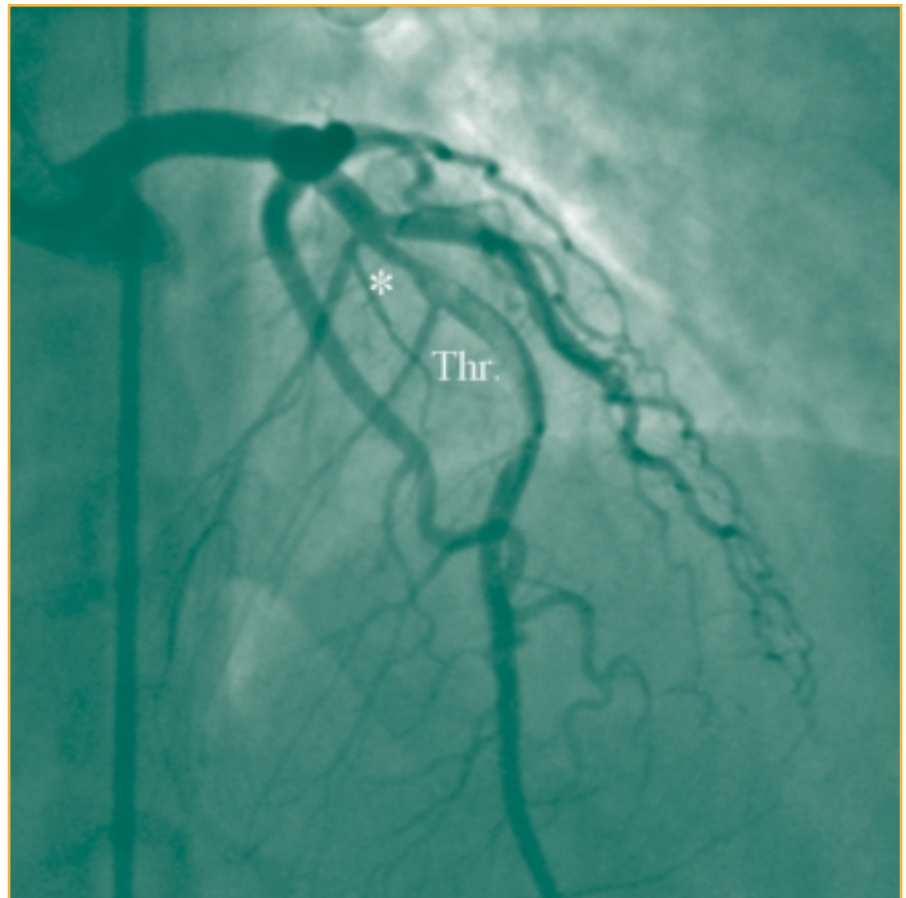
vata mortalità intraospedaliera, abbiamo infatti potuto osservare una letalità significativamente inferiore nei pazienti trattati con tromboaspirazione rispetto a quelli trattati con AP tradizionale⁸.

Studi clinici attualmente in corso, come il trial randomizzato REOPEN-AMI al quale il nostro gruppo partecipa, stanno valutando l'efficacia della tromboaspirazione manuale in associazione all'infusione nel letto coronarico distale di farmaci in grado di limitare ulteriormente il danno del microcircolo, come il nitroprussiato e l'adenosina⁹.

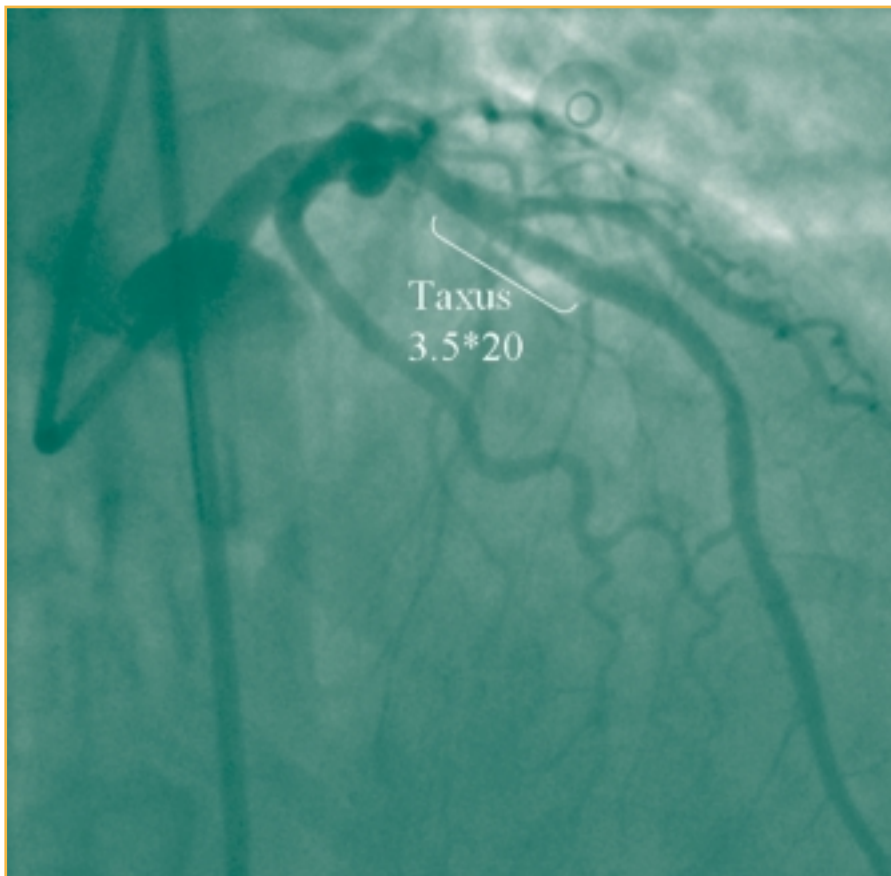
Le ricadute cliniche di questi affascinanti campi di ricerca sono, come si intuisce, estremamente im-

portanti; lo scopo è quello di ridurre ulteriormente la mortalità ospedaliera per infarto miocardico acuto garantendo, al contempo, la miglior ripercussione tissutale possibile, garanzia di bassa probabilità di eventi avversi e di rimodellamento ventricolare sinistro e scompenso cardiaco a distanza.

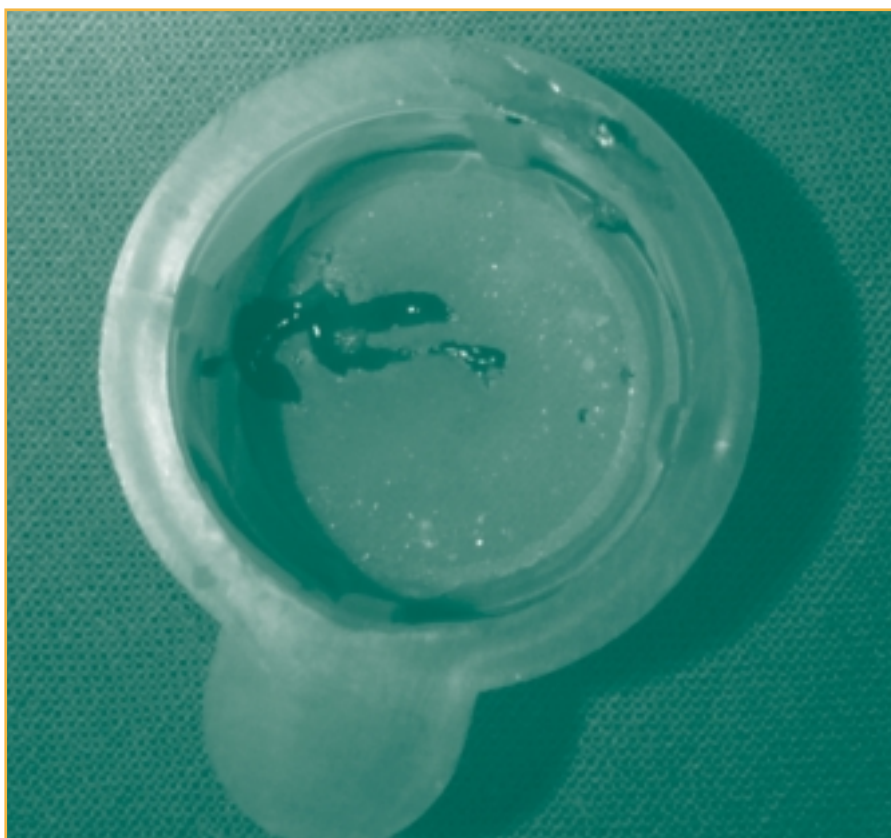
Ciò detto, è del tutto evidente che nessuna innovazione tecnologica potrà mai risultare efficace se il paziente giunge in ritardo in Sala di Emodinamica; l'educazione sanitaria della popolazione e la creazione di una rete regionale efficace per l'emergenza/urgenza cardiologica restano pertanto il cardine della strategia ripercussiva dell'infarto miocardico acuto. ■



■ FIGURA 1: Infarto miocardico acuto con subocclusione trombotica della arteria discendente anteriore. Thr: evidente immagine angiografica di minus compatibile con cospicua quota trombotica endoluminale.



■ **FIGURA 2:** Risultato angiografico dopo tromboaspirazione ed impianto di stent.



■ **FIGURA 3:** Trombo rosso macroscopico rinvenuto dal catetere aspiratore.

BIBLIOGRAFIA



- 1) ESC Committee for Practice Guideline. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2008;29:2909-2945.
- 2) Prasad A, Gersch B. Management of microvascular dysfunction and reperfusion injury. *Heart* 2005; 91:1530-1532.
- 3) Stone GW, Webb J, Cox DA. Distal microcirculatory protection during percutaneous coronary intervention in acute ST-segment elevation myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:1116-8.
- 4) AIMI investigators. Rheolytic thrombectomy with percutaneous coronary intervention for infarct size reduction in acute myocardial infarction: 30-day results from a multicenter randomized study. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:244-252.
- 5) Svilaas T, Vlaar PJ, van der Horst IC, et al. Thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med* 2008;358:557-567.
- 6) Chevalier B, Gilard M, Lang I, et al. Systematic primary aspiration in acute myocardial percutaneous intervention: a multicentre randomized controlled trial of the export aspiration catheter. *Eurointervention* 2008;4:222-228.
- 7) Burzotta F, De Vita M, Gu YL, et al. Clinical impact of thrombectomy in acute ST-elevation myocardial infarction: an individual patient-data pooled analysis of 11 trials. *Eur Heart J* 2009;30:2193-2203.
- 8) Rigattieri S, Di Russo C, Musto C, et al. Thrombus aspiration during primary angioplasty for cardiogenic shock. *Int J Cardiol* 2008 Nov 23 (Epub ahead of print).
- 9) Niccoli G, D'amario D, Spaziani C, et al. Randomized evaluation of intracoronary nitroprusside vs. adenosine after thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention for the prevention of no-reflow in acute myocardial infarction: the REOPEN-AMI study protocol. *J Cardiovasc Med* 2009;10:585-92.

LE ARITMIE “LENTE” NELLE FASI DI PERIARRESTO: DIAGNOSI PRECOCE E TRATTAMENTO IMMEDIATO

■ di Luigi Zulli, Fabrizio Castelli*, Augusto Tricerri, Massimo Ciavatti*, Giovanni Lo Sardo*

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Il Livello, UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Ospedale San Filippo Neri - Roma

** U.O.C. di Cardiologia Ospedale Sandro Pertini - Roma*

L'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico con una popolazione sempre più anziana con una prevalenza di patologie cronico-degenerative, alle quali spesso si interpongono momenti acuti e gravi di episodi pericolosi *quoad vitam*, porta ad un aumento della domanda di servizi sanitari che, in un contesto economico di crescente razionalizzazione delle risorse, impone un ripensamento delle garanzie da offrire ai cittadini per la tutela della salute ed assegna un nuovo ruolo all'assistenza ospedaliera nell'ambito del SSN, verso una funzione di cura dei soli casi acuti e/o complessi di malattia.

L'epidemiologia dovrebbe costringere a ripensare il rapporto ospedale territorio, soprattutto se è vero che negli ultimi cinque anni c'è stato un continuo incremento degli accessi in Pronto Soccorso, fino ad arrivare al punto che, ogni anno, almeno 2 Italiani su 3 vi si recano. Sarebbe quindi giusto proporre un diverso rapporto ospedale-territorio prevedendo per il futuro una maggiore centralità per il territorio, in particolare dando nuovi e maggiori responsabilità ai Medici di Famiglia, che rappresentano comunque un punto obbligato di congiunzione del servizio sanitario e di orientamento della domanda.

L'invecchiamento della popolazione è diventata una sfida intellettuale, scientifica, politica, sociale, di organizzazione e di management.

Alla luce di tutto ciò, possiamo ritenere che i fattori principali di crescita della domanda di salute siano l'invecchiamento della popolazione e lo sviluppo di nuove tecnologie, di nuove molecole e di farmaci, quest'ultimo accompagnato da una forte pressione consumistica nei confronti dei medici e dell'utenza. Alcuni di questi elementi sono strettamente correlati all'invecchiamento della popolazione (tipo i consumi di farmaci antidiabetici, antipertensivi, antineoplastici), altri invece riflettono un effettivo miglioramento

della qualità della diagnosi e delle cure come ad esempio l'introduzione di nuovi marcatori nella diagnostica cardiologica ed oncologica, di nuove tecniche per immagini nella diagnostica generale e specialistica, oppure la scoperta di nuovi farmaci antiretrovirali nella cura dell'AIDS, l'organizzazione di interventi efficaci sul territorio come i progetti di defibrillazione precoce.

Purtroppo allo stato attuale l'ospedale è ancora al centro della richiesta delle prestazioni sanitarie ed il Pronto Soccorso rappresenta il cardine di una centralità che assicura al paziente una risposta continua 24 ore su 24, risposta ad alto contenuto scientifico e tecnico, perché l'ospedale possiede pur sempre uomini e strutture, quasi sempre adeguate alla richiesta.

Questo però, a lungo andare, ha creato un sempre maggior coinvolgimento delle strutture di PS, che sicuramente hanno sempre più incrementato il livello delle loro prestazioni, ma che spesso risultano sempre più affollate. Una delle maggiori problematiche, infatti, che impediscono una ottimale programmazione nelle strutture dedicate all'Emergenza ed in particolare in Pronto Soccorso è rappresentata, rispetto alle situazioni di reparti di degenza ordinaria, dagli elevati carichi di lavoro, derivanti della continua crescita degli accessi, per lo più impropri, che gravano sulle strutture di Pronto Soccorso, in modo tale da dar luogo a quel fenomeno che dagli anglosassoni è chiamato "overcrowding".

L'ospedale deve e dovrà essere solo per i veri acuti, data la sua alta tecnologia più o meno invasiva.

Parimenti, in una situazione in cui l'assistenza extraospedaliera territoriale presenta lacune (acuitesi nel tempo e difficilmente colmabili) per una cultura della Medicina Generale che ha stravolto nel tempo la sua "mission", sono indispensabili dei correttivi per le situazioni di emergenza-urgenza che prevedano un au-

mento della fase di intervento extraospedaliero per un trattamento il più precoce possibile delle situazioni pericolose "quoad vitam".

Questa situazione trova la sua massima rappresentazione nei casi di presentazione di un arresto cardiocircolatorio o comunque di una situazione di periarresto, critica per la vita del paziente.

In questi malati, affinché la rianimazione cardiopolmonare sia efficace, è necessario riconoscere precocemente l'aritmia per poter intervenire (con mezzi farmacologici e/o strumentali) il più rapidamente possibile, soprattutto in pazienti anziani con patologia cardiovascolare in fase di scompenso, dato che oltre il 40% degli accessi in PS è rappresentato da popolazione ultrasettantacinquenne, ma con valide prospettive di vita per l'ulteriore allungarsi della vita media.

È necessario saper riconoscere le aritmie più comuni, per poter capire se richiedano il trattamento immediato ed individuare quale sia il trattamento più adatto. In caso di aritmia presente o sospetta le due domande fondamentali sono: come sta il paziente (individuando gli eventuali segni clinici di scompenso con bassa gittata cardiaca) e di quale tipo di ritmo si tratti.

È necessaria una formazione avanzata per tutti gli operatori dell'emergenza.

Parlando di bradicardia, possiamo definirla come una frequenza cardiaca inferiore a 60 battiti al minuto e possiamo considerare segno di gravità una frequenza cardiaca inferiore a 40 battiti al minuto (che definiremo bradicardia estrema), accompagnata o meno a segni di scompenso cardiaco, a segni di asi-

stolia recente, a blocco atrioventricolare di vario tipo e/o a pause ventricolari di oltre 3 secondi.

Tutte queste situazioni richiedono un pronto riconoscimento, un trattamento immediato farmaco-

logico e/o strumentale con elettrostimolazione ed il posizionamento di un pacing cardiaco temporaneo e/o definitivo.

Nel momento in cui il paziente da una fase di periarresto passi ad una

Il Pacing Transcutaneo

CLASSIFICAZIONE :
PACING NON INVASIVO: "Percussion Pacing"
Pacing Transcutaneo
PACING INVASIVO: Pacing Transvenoso Temporaneo
Pacing Impiantato a Permanenza

- **VANTAGGI**
 - Può essere iniziato molto precocemente
 - È facile da eseguire e richiede un addestramento minimo
 - Evita i rischi di una iniezione venosa centrale in emergenza
 - Può essere eseguito da personale specializzato all'uso addestrato in attesa di un intervento specialistico con stimolazione temporanea transvenosa
- **SVANTAGGI**
 - Scarsa tollerabilità
 - Necessità di sedazione del paziente

Fist/Percussion Pacing

- **6 case series (LOE 5): efficace**
- **Tecnica: colpi in serie su lato inferiore sinistro sterno**
- **50-70 colpi/minuto**
- **Indicato in:**
bradiaritmie instabili come "ponte", per "guadagnare tempo in attesa della stimolazione transcutanea

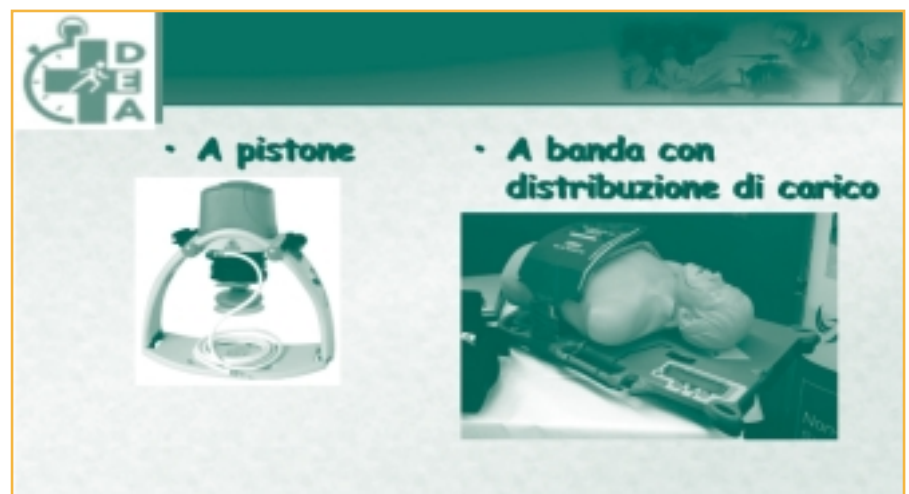
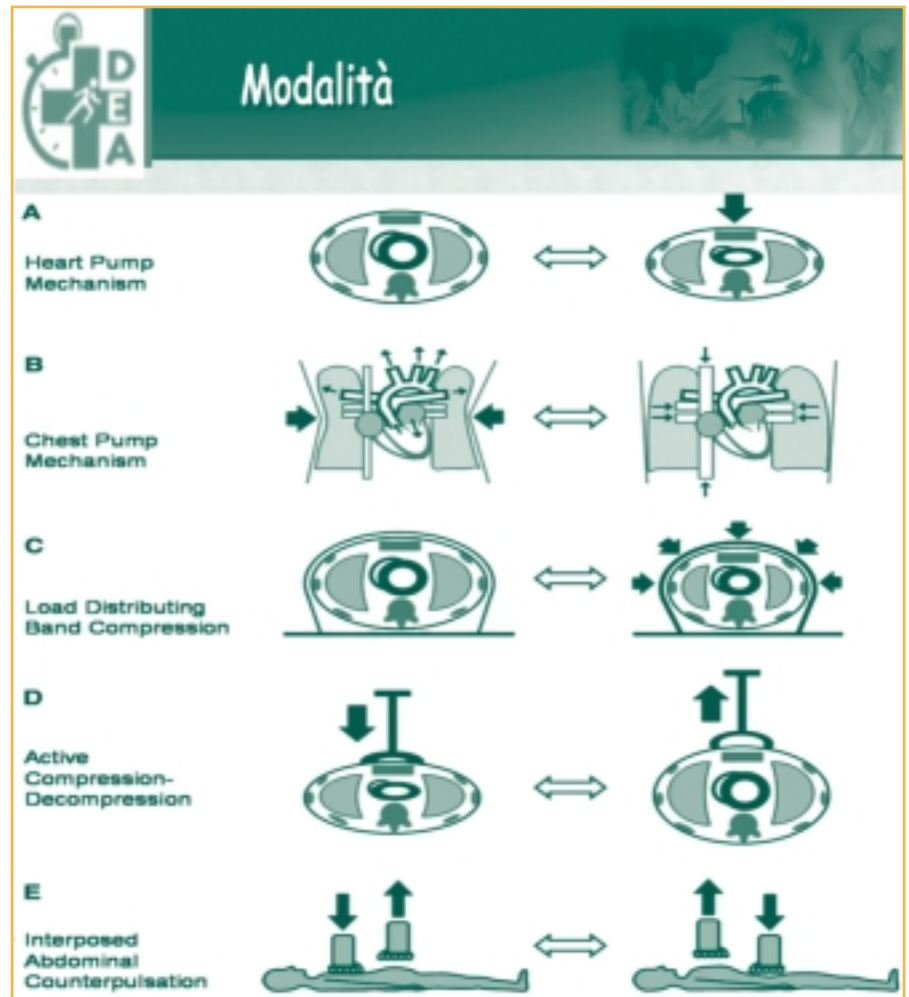
2005 ILCOR III-35

fase di arresto cardiocircolatorio con un ritmo NON defibrillabile, identificabile in una asistolia o in un ritmo PEA, cioè presenza di attività elettrica senza polso carotideo rilevabile, bisogna subito iniziare la rianimazione cardiopolmonare con fasi di 30:2 e seguire gli algoritmi ACLS che prevedono la somministrazione di adrenalina e la ricerca delle eventuali cause identificabili con le 5T e le 5I.

Sappiamo dai dati di letteratura come il massaggio cardiaco esterno con il passare del tempo perda di efficacia, anche se eseguito da due soccorritori, e che la tecnica di compressione continua senza interruzione per le ventilazioni è assolutamente più vantaggiosa. Ecco quindi perché negli ultimi tempi sono stati introdotti dei dispositivi meccanici capaci di garantire con le compressioni continue anche un miglior profilo emodinamico, qualunque sia la modalità di compressione-decompressione (a banda con distribuzione di carico o a pistone).

Arrivando alle conclusioni possiamo dire che tutti gli operatori dell'emergenza dovrebbero avere una formazione di base ed avanzata, che preveda la formazione sulle tecniche di utilizzo del pacing temporaneo, riservando allo specialista cardiologo la specifica competenza per il posizionamento del pacemaker definitivo.

Ove occorre una rianimazione cardiopolmonare, l'utilizzo dei dispositivi meccanici per il massaggio cardiaco esterno sarà comunque da implementare in tutti gli scenari sia extra che intraospedalieri in cui sia necessario applicarli, per gli ovvi vantaggi anche in situazioni in cui oggi sia impensabile il loro utilizzo,



quale il laboratorio di emodinamica.

Al di là di tutti i miglioramenti tecnici, farmacologici, procedurali, dove tutti gli operatori abbiano una formazione univoca, è però indispensabile una perfetta organizza-

zione tra la fase extraospedaliera e quella intraospedaliera, che consente di evitare tutti i tempi di ritardo tra le varie fasi. Il perfetto sinergismo tra le strategie deve permettere di intervenire tempestivamente, permettere la continuità assistenzia-

le in itinere e consentire di trasportare il paziente nell'ospedale più idoneo (non necessariamente in quello più vicino), dove per il paziente sia possibile il trattamento ottimale. ■

BIBLIOGRAFIA



- 1) Ewy GA. Cardiocerebral resuscitation: the new cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*. 2005 Apr 26;111(16):2134-42.
- 2) Abella BS, Aufderheide TP, Eigel B, Hickey RW, Longstreth WT Jr, Nadkarni V, Nichol G, Sayre MR, Som margren CE, Hazinski MF; American Heart Association. Reducing barriers for implementation of bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation: a scientific statement from the American Heart Association for healthcare providers, policymakers, and community leaders regarding the effectiveness of cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*. 2008 Feb 5;117(5):704-9.
- 3) Sayre MR, Berg RA, Cave DM, Page RL, Potts J, White RD; American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee Hands-only (compression-only) cardiopulmonary resuscitation: a call to action for bystander response to adults who experience out-of-hospital sudden cardiac arrest: a science advisory for the public from the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee. *Circulation*. 2008 Apr 22; 117(16): 2162-7.
- 4) Baubin M, Haid C, Hamm P, Gilly H Measuring forces and frequency during active compression decompression cardiopulmonary resuscitation: a device for training, research and real CPR Resuscitation. 1999 Dec; 43 (1): 17-24.
- 5) Ong ME, Ornato JP, Edwards DP, Dhindsa HS, Best AM, Ines CS, Hickey S, Clark B, Williams DC, Powell RG, Overton JL, Peberdy MA Use of an automated, load-distributing band chest compression device for out-of-hospital cardiac arrest resuscitation. *JAMA*. 2006 Jun 14; 295(22): 2629-37.

CHE MI AVETE FATTO!

■ di **Pietro Ortensi, Specialista in Chirurgia della mano**

Responsabile del IV corso annuale in "Malformazioni della mano" organizzato dalla Scuola Medica Ospedaliera in collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Si chiama "pollice bifido" ed è una malformazione per la quale il pollice presenta la prima falange normale, mentre la seconda è doppia con due ossa e due unghie più o meno fuse fra loro. Il dito appare perciò conformato ad Y: l'aspetto non è gradevole (senza essere ripugnante), la funzione non è compromessa ed è possibile una presa valida con una "pinza" adeguata fra il pollice e le altre dita, cosa fondamentale per l'esercizio delle meravigliose azioni della mano per le quali l'uomo si differenzia da tutti gli altri animali, primati compresi.

La piccola paziente di soli 12 mesi doveva essere operata, le doveva essere asportata la falange soprannumeraria, non tanto per il recupero di una funzione già buona ma per fini estetici o meglio, sociali.

La vera motivazione per la quale gli adulti, genitori, parenti, medici, nell'interesse della piccola paziente avevano concordemente e senza discussione deciso per l'amputazione della falangina anomala, era quella di riportare lei "diversa" nell'affollato ed anonimo alveo della normalità. Una scelta innegabilmente prudente, finalizzata ad evitarle la curiosità degli altri bambini che talvolta può essere crudele e che presto si sarebbe manifestata.

Già con la frequentazione dell'asilo nido o della scuola materna sa-

rebbe comparsa la diffidenza dei genitori degli altri piccoli fatta di conformismo, ignoranza, frustrazione e talvolta di una larvata malvagità. L'intervento avrebbe forse anche potuto interrompere un sottile processo di colpevolizzazione della madre, considerata in qualche modo responsabile dell'anomalia. Ecco quindi la necessità di procedere tempestivamente all'operazione prima che si potesse strutturare una condizione di diversità destinata sicuramente a complicare la vita alla piccola paziente.

L'intervento si svolse senza difficoltà, i chirurghi lavorarono determinati e precisi per disegnare con tecnica e senso estetico il nuovo pollice: un buon lavoro e dopo meno di un'ora la mano non presentava più traccia della malformazione, se si esclude una piccola incisione suturata con cura destinata, col passare del tempo, ad essere del tutto irricognoscibile.

La piccola Serena, bambina solare e sorridente come sua madre, venne ricondotta in reparto ancora sotto sedazione per la recente anestesia con la manina fasciata come in un guanto da boxer, curiosa allusione ai "match" che la vita le avrebbe riservato.

Il decorso post operatorio si svolse senza complicazioni e dopo tre giorni, come vuole il protocollo, la bambina fu medicata. Si fece condurre con piena fiducia accompa-

gnata dalla mamma, la fasciatura venne rimossa con attenzione bagnando abbondantemente le garze aderenti alla ferita con soluzione fisiologica per ridurre il fastidio, l'ultima garza fu tolta con un pic-

colo strappo ed il dito fu libero. Gli adulti osservarono con soddisfazione il piccolo pollice. Serena, che fino ad allora aveva accettato tranquilla le piccole torture senza mai perdere il sorriso, si

guardò il dito, resto un attimo senza fiato come sorpresa poi tirò su con il naso, una, due volte, e scoppiò a piangere quasi avesse voluto dire: che è successo al mio pollice? Che mi avete fatto! ■



SCUOLA MEDICA
OSPEDALIERA



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

2009

EVENTI RESIDENZIALI
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

IV° Corso annuale in

MALFORMAZIONI DELLA MANO

17 e 18 dicembre 2009

Sede del corso: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Roma - UOC Chirurgia Plastica

Responsabile: Dott. Pietro Ortensi

Prof. C. De Stefano • Dir. UOC Chirurgia Plastica - Osp. Bambino Gesù - Roma

Prof. P. Persichetti • Dir. Cattedra Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - Università Campus Biomedico-Roma

Dott. G. Proia • UOC Chirurgia Plastica - Osp. Bambino Gesù - Roma



CREDITI ASSEGNATI: 14

SEGRETERIA S.M.O.

B.GO S. SPIRITO, 3 - 00193 ROMA

TEL. 06 68802626 - 68352411 FAX 06 68806712

E-mail: segreteria@smorrl.it - sito web: www.smorrl.it

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

• CORSI PROPOSTI PER NOVEMBRE - DICEMBRE 2009 • • PRIME INIZIATIVE A/A 2010 •

NOVEMBRE 2009

• **6 - 27 Novembre 2009**
PSICOFARMACI E PSICOTERAPIA: UN APPROCCIO INTEGRATO

Responsabile: G. Lago
IRPPI - Crediti: 12 Psi e Med Psicot.

• **10 Novembre - 1 Dicembre 2009**

200 ECG DA INTERPRETARE E REFERTARE

Responsabile: G. Scaffidi
Ospedale S. Giovanni - Crediti: 8

• **10 - 13 Novembre 2009**

LE VARIANTI DELL'ANTIGENE RH D: CARATTERISTICHE SIEROLOGICHE E MOLECOLARI

Responsabile: A. Matteocci
ASL RM E - Osp. S. Camillo
Crediti: 19 Med/Bio - in attesa per Tec Lab

• **12 - 26 Novembre 2009**

L'ECOGRAFIA DAL FETO AL NEONATO: URGENZA, PREVENZIONE E FOLLOW UP

Responsabile: M.C. Salzani
ASL RM E - Crediti: 13

• **13 Novembre - 4 Dicembre 2009**

LA RELAZIONE MEDICO/PSICOLOGO-PAZIENTE E LA GESTIONE DEL SINTOMO

Responsabili: P. Petrini - A. Casadei
IREP - Roma - Crediti: 19 Med - 17 Psi

• **19 - 20 Novembre 2009**

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MAMMELLA

Responsabile: R. de Vita - M. Pozzi
IFO - Crediti: 21 Med - 23 Inf

• **19 - 20 Novembre 2009**

LA FASE PREANALITICA ED IL PREL. DI SANGUE VENOSO IN AMBULATORIO: TEORIA E PRATICA

Responsabile: G. Lavalle
ASL RM F - Crediti: 12Med/Bio - in attesa Inf

• **21 Novembre - 13 Dicembre 2009**

PSICOTRAUMATOLOGIA CLINICA: DIAGNOSI TRATTAMENTI E PSICOTERAPIE DEI DISTURBI POST-TRAUMATICI

Responsabili: G. Guerani - M. Sgarro
Residenza Villa Maria - Crediti: 26 Psi e Med psicot.

• **23 - 27 Novembre 2009**

NUOVE PROSPETTIVE NELLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

Responsabile: G. Fuschini
Osp. Oftalmico - Crediti: 18

• **23 - 30 Novembre 2009**

IL TERRITORIO CLINICO DELLE CURE PALLIATIVE: CONFINI E APERTURE DELL'INTERVENTO

Responsabile: C. Maddaloni
ASL RM E - Roma - Crediti: 14 Med - 18 Psi

• **26 Novembre - 4 Dicembre 2009**

LA BRONCOSCOPIA PER L'ANESTESISTA RIANIMATORE

Responsabili: G. Galluccio - R. Dello Iacono
ASL RM E - Crediti: 21

• **27 Novembre - 4 Dicembre 2009**

COMUNICAZIONE SANITARIA ETICA: FONDAMENTO DI PROFESSIONALITA'

Responsabile: G. Giaimis

CTO - Crediti: 13

• **30 Novembre - 4 Dicembre 2009**

IL PROCESSO DIAGNOSTICO E LA PSICOTERAPIA

Responsabili: P. Petrini - M. Baldassarre
IREP - Roma - Crediti: 13 Med - 14 Psi

• **30 Novembre - 4 Dicembre 2009**

IL PROCESSO DIAGNOSTICO E LA PSICOTERAPIA

Responsabili: P. Petrini - M. Baldassarre
IREP - Roma - Crediti: 13 Med - 14 Psi

DICEMBRE 2009

• **1 - 11 Dicembre 2009**

GENETICA MOLECOLARE E CLINICA. UNA ASSOCIAZIONE EFFICACE

Responsabile: A. Angioni
Osp. Bambino Gesù - Crediti: 23

• **2 - 18 Dicembre 2009**

LA DIAGNOSI PSICODINAMICA E I MECCANISMI DI DIFESA: L'INVESTIGAZIONE PSICODINAMICA BREVE

Responsabili: P. Petrini - A. Casadei
ASL RM E - Crediti: 14 Med - 13 Psi

• **4 - 17 Dicembre 2009**

MEDICINA ESTETICA D'AVANGUARDIA

Responsabile: M. Massarelli
Osp. C. Forlanini - Studio Medeia - Crediti: 14

• **4 Dicembre 2009**

TIA CAROTIDEI: TRATTAMENTO MEDICO E CHIRURGICO

Responsabili: F. Rossi Espagnet - A. Panzera
ASL RM E - Crediti: 8

• **10 Dicembre 2009**

PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DEL COM-

PORTAMENTO SESSUALE

Responsabili: A. Iaria - F. Liggio
Osp. S. Maria della Pietà - Crediti: 8 Inf. - in attesa gli altri

• **17 - 18 Dicembre 2009**

MALFORMAZIONI DELLA MANO

Responsabile: P. Ortensi
Ospedale Bambino Gesù - Crediti: 14

• **19 - 21 Dicembre 2009**

CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORI SANITARI DELLE ASSOCIAZIONI DONATORI DI SANGUE ADDETTI ALLE UNITA' DI RACCOLTA

Responsabili: P. Salvetti - C. Gargiulo

GENNAIO 2010

• **11 - 14 Gennaio 2010**

MANAGEMENT ED ECONOMIA DEL SISTEMA SANITARIO: ASPETTI ATTUALI E PROSPETTIVE

Responsabile: F. Castelli - Centro Cardiologia Clinica Panacea - Crediti: In attesa

• **11 Gennaio - 21 Giugno 2010**

LA CHIRURGIA DEI TERZI MOLARI, STEP BY STEP

Responsabile: M. Di Dio
Osp. Fatebenefratelli - Crediti: 50

• **18 Gennaio - 8 Giugno 2010**

CORSO DI ORTODONZIA: CONCETTI DI BASE E APPROCCIO TERAPEUTICO SEMPLIFICATO

Responsabile: P. Cozza - Pol. Tor Vergata - Studio Chiodo - Crediti: In attesa

• **20 Gennaio - 3 Febbraio 2010**

LA CEFALEA, SINTOMATOLOGIA E I SUOI CORRELATI PSICOLOGICI

Responsabili: P. Petrini - A. Casadei
IREP - Crediti: In attesa

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

- | | |
|------------------------------|--|
| • Presidente: | B. Condorelli |
| • Vice-Presidenti: | V. Scotto Di Palumbo, C. Parascani |
| • Tesoriere: | U. Recine |
| • Consiglieri Elettivi: | E. Accivile, P. Alimonti, F. Castelli, M. Luminari, G. De Simone, R. Picardi, A. Placido |
| | L. Benedettelli, P. Grasso, G. M. Iadarola, E.M.F. Parisi, A. Perrone, G. Visco |
| • Consiglieri di Diritto: | P. Colletta |
| | G. Nera, S. Conti, M. Avigo |
| • Segretario: | R. Conti |
| • Revisori dei Conti: | |
| • Consulente Amministrativo: | |

BOLLETTINO DELLA SMO

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

- | | |
|------------------------------|--|
| • Direttore Responsabile: | B. Condorelli |
| • Direttore Scientifico: | G. Visco |
| • Comitato di redazione: | E. Accivile, L. Benedettelli, F. Castelli, C. Parascani, U. Recine, V. Scotto di Palumbo, G. Visco |
| • Coordinamento redazionale: | P. Colletta |
| • Stampa: | Nuova Editrice Grafica S.r.l. - neg@negeditrice.it |

(Finito di stampare nel mese di novembre 2009)