

## CONGRESSI

# A proposito di educazione continua in medicina: resoconto di un corso di aggiornamento sulla sincope

Franco Giada, Antonio Raviele,  
Mario Degan\*

G Ital Aritmol Cardiotim 2003;1:31-42

Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale Umberto I, Mestre-Venezia

\*Ufficio Formazione, Azienda USLL Veneziana, Mestre-Venezia

## Premessa

Nella seconda metà del 2001 sono state pubblicate sull'*European Heart Journal* le nuove linee guida europee sul management del paziente con sincope, le quali costituiscono il frutto della collaborazione di una task force internazionale di esperti. Della task force hanno fatto parte, giocando un ruolo fondamentale, anche i principali esponenti della scuola italiana di "sincopologia". Tali linee guida forniscono informazioni pragmatiche e puntuali, mirate a ottenere una gestione clinica *cost/effective* della sincope.

L'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC) ha sposato appieno la filosofia delle suddette linee guida, pubblicandone una versione integrale in lingua italiana sul *Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione* e facendo entrare la loro divulgazione e implementazione nel programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) dell'Associazione. A tale scopo sono stati organizzati in tutto il territorio nazionale numerosi incontri sul tema della sincope. Il Corso al quale il presente articolo fa riferimento è parte integrante del programma di formazione e di educazione sulla sincope posto in essere dall'AIAC.

## Struttura del corso

Il Corso di aggiornamento, dal titolo "La gestione clinica della sincope alla luce delle nuove linee guida europee", si è tenuto a Mestre il 20 settembre 2002, è durato 6 ore effettive ed ha avuto un indirizzo sia teorico che pratico. Infatti, vi sono state la presentazione di numerosi casi clinici e una continua interazione tra discenti e faculty. Esso si è prefisso lo scopo di trattare in modo esauriente il tema della sincope ed è stato indirizzato non solo ai cardiologi, ma anche ai neurologi, agli internisti e ai medici del pronto soccorso. La sincope infatti rappresenta un problema clinico molto frequente, potenzialmente grave e spesso di difficile gestione, il cui trattamento necessita di un approccio clinico strutturato di tipo multidisciplinare.

Il Corso è stato suddiviso in due parti (Allegato 1). La prima parte, costituita da 9 relazioni, ha trattato i punti fondamentali del management diagnostico e terapeutico del paziente con sincope. La seconda parte comprendeva invece la discussione interattiva di 11 casi clinici emblematici.

Per la presentazione dei casi clinici, onde evitare inutili ripetizioni e stimolare una partecipazione attiva dei Colleghi, è stato utilizzato, seguendo la flow-chart diagnostica delle linee guida europee, il seguente schema: presentazione da parte del Relatore della valutazione clinica iniziale, seguita dalla discussione in sala su quali accertamenti di secondo livello eventualmente eseguire; presentazione degli accertamenti di secondo livello eseguiti e discussione collettiva su eventuali ulteriori accertamenti necessari e sulle decisioni terapeutiche; presentazione dell'approccio terapeutico intrapreso, con eventuale panoramica della letteratura sulla problematica inerente il caso clinico in questione.

Infine, come materiale didattico è stata prevista la distribuzione di uno slide book, con relativo cd-rom, contenenti le diapositive delle relazioni e dei casi clinici presentati.

## Aspetti inerenti l'educazione continua in medicina

Il Corso è stato accreditato presso il Ministero della Sanità per la figura professionale dei medici, ottenendo un punteggio di 4 crediti. Data la novità costituita dall'obbligo dell'ECM e dalle modalità di accreditamento degli eventi formativi, pensiamo possa essere utile descrivere brevemente il sistema ECM e il modo in cui gli organizzatori del Corso hanno affrontato la problematica.

**Il sistema ECM.** Il programma nazionale ECM rappresenta la modalità scelta dal Ministero della Salute per gestire la formazione continua, a seguito delle indicazioni generali indicate nel Decreto Legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario Nazionale" (la cosiddetta "Riforma Ter").

In estrema sintesi, ogni professionista della salute italiano e con titolo abilitante a livello universitario deve acquisire un dato numero di punti ECM, proporzionale alla partecipazione ad eventi formativi. Tale partecipazione viene considerata valida solo se effettuata per quasi tutta la durata dell'iniziativa e dopo il superamento di una prova finale di apprendimento.

I punti ECM da acquisire sono a crescere, a partire da dieci per l'anno 2002 fino ad arrivare a cinquanta per il 2006. Operativamente, il professionista sanitario

deve giungere gradualmente a ottenere centocinquanta punti in cinque anni. È da notare che anche l'attività di docenza in corsi accreditati porta ad acquisire punti ECM, che però non possono coprire più della metà del fabbisogno annuale individuato.

Il punteggio assegnato a ciascun progetto formativo è condizionato da criteri quantitativi (durata, distribuzione temporale, numero di partecipanti, ecc.) ma anche da criteri qualitativi, più propriamente formativi (obiettivi, modalità didattiche, caratteristiche delle prove di valutazione dell'apprendimento, ecc.). In particolare, ogni progetto formativo viene vagliato preventivamente presso il Ministero della Sanità in base a una griglia predefinita e giudicato poi da tre professionisti (referee) competenti per gli argomenti trattati e per il profilo sanitario dei destinatari del progetto stesso. Per quanto riguarda la professione medica, è da notare che l'attuale sistema di valutazione degli eventi formativi penalizza le forme più tradizionali d'aggiornamento, come congressi e tavole rotonde, a vantaggio di modalità meno usuali, come corsi pratici e tirocini presso altre strutture sanitarie.

A un'attenta analisi della normativa inerente il programma nazionale ECM, le aziende ULSS e le aziende ospedaliere non hanno alcun ruolo espressamente definito. Infatti, l'acquisizione dei punti ECM è obbligo di tutti i professionisti individuati (compresi i liberi professionisti) e il percorso formativo di ciascuno può essere costruito in totale autonomia. In realtà, come avveniva anche prima dell'introduzione dell'ECM, è opportuno che le strutture del sistema sanitario nazionale agevolino e guidino la formazione dei propri dipendenti.

**Modalità organizzative per ottenere l'accreditamento ECM.** Tutta la gestione del sistema ECM avviene per via telematica tramite il website ufficiale del Ministero della Sanità: <http://ecm.sanita.it>.

Chiunque desideri organizzare iniziative accreditabili (provider), deve preliminarmente registrarsi presso il Ministero della Salute. Tale passo è abbastanza agevole, soprattutto per gli enti pubblici, risolvendosi nella compilazione di alcuni dati su una maschera predefinita e allegando dei file che descrivano la *mission* dell'ente organizzatore in merito alla formazione e le precedenti attività di formazione permanente intrapre-

A proposito di educazione continua in medicina: resoconto di un corso di aggiornamento sulla sincope

se. Una volta registratosi e ottenuta la password per accedere ai diversi servizi via internet, l'ente può quindi richiedere l'accreditamento per le proprie iniziative formative.

La maggiore difficoltà che si incontra nell'organizzare un evento formativo secondo le indicazioni ECM è prevedere con largo anticipo tutta l'articolazione del corso. Infatti, con almeno tre mesi d'anticipo il provider deve dichiarare: obiettivi, contenuti, docenti e modalità didattiche; numero di partecipanti e modalità di controllo delle presenze; prova dell'apprendimento; date, sedi e orari dell'evento formativo; l'ammontare dei contributi da parte di eventuali sponsor (i quali non devono essere in conflitto d'interessi con l'organizzatore dell'evento).

Tutte le iniziative formative accreditate o in via d'accreditamento sono inserite in una banca dati telematica. Per chi consulta tale archivio e anche per chi vuole organizzare un'iniziativa accreditata, è importante distinguere gli *eventi formativi*, intesi come iniziative aperte al pubblico, dai *progetti formativi aziendali*, intesi come iniziative rivolte esclusivamente al personale dipendente di un'azienda. Questi ultimi hanno una procedura d'accreditamento più agevole rispetto a quella degli eventi formativi.

Operativamente, l'accreditamento di un evento formativo si compone di quattro fasi. Le prime due fasi precedono l'assegnazione dei punti ECM, mentre le seconde due sono successive a tale assegnazione.

*Inserimento dei dati.* L'inserimento avviene in un'apposita maschera a campi perlopiù chiusi. Questa fase è da considerarsi come una sorta di brutta copia del progetto. Ai fini dell'ECM, l'inserimento deve essere replicato per ogni figura professionale al quale l'evento formativo è rivolto. Ad esempio, lo stesso corso per medici e infermieri deve essere inserito due volte, ottenendo così due diversi numeri di identificazione. Infatti, è possibile che la medesima iniziativa ottenga punteggi diversi a seconda della qualifica dei partecipanti, poiché a livello nazionale o regionale vengono definiti obiettivi professionali differenti. In ogni caso, le iniziative proposte non possono superare una durata effettiva di 50 ore.

*Validazione.* Indica che il progetto in questa fase, non più modificabile, può iniziare l'iter valutativo ai fini dell'assegnazione del punteggio. Tale operazione deve

necessariamente avvenire tra 90 e 180 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

*Versamento del contributo per l'accreditamento.* Proporzionalmente ai punti assegnati, esso può oscillare tra i 258,23 e i 774,69 €. La spesa per l'accreditamento può talora essere notevole, perché deve essere moltiplicata per il numero di repliche dell'evento stesso e per quello delle figure professionali partecipanti.

*Rapporto sugli esiti dell'evento.* Devono essere riportati il numero e le caratteristiche dei partecipanti e i risultati di gradimento e di apprendimento. Per poter adempiere a questa fase, l'organizzatore del corso deve compilare alcuni moduli forniti dallo stesso sistema ECM. Particolarmente complesse sono la raccolta e la trascrizione dei dati socio-anagrafici dei partecipanti, tra cui il codice fiscale, l'indirizzo, i recapiti telefonici e di posta elettronica. A questo proposito, la segreteria ECM dichiara espressamente che tutte le informazioni date saranno trattate in sintonia con i dettami della Legge 675/96 per la tutela dei dati personali.

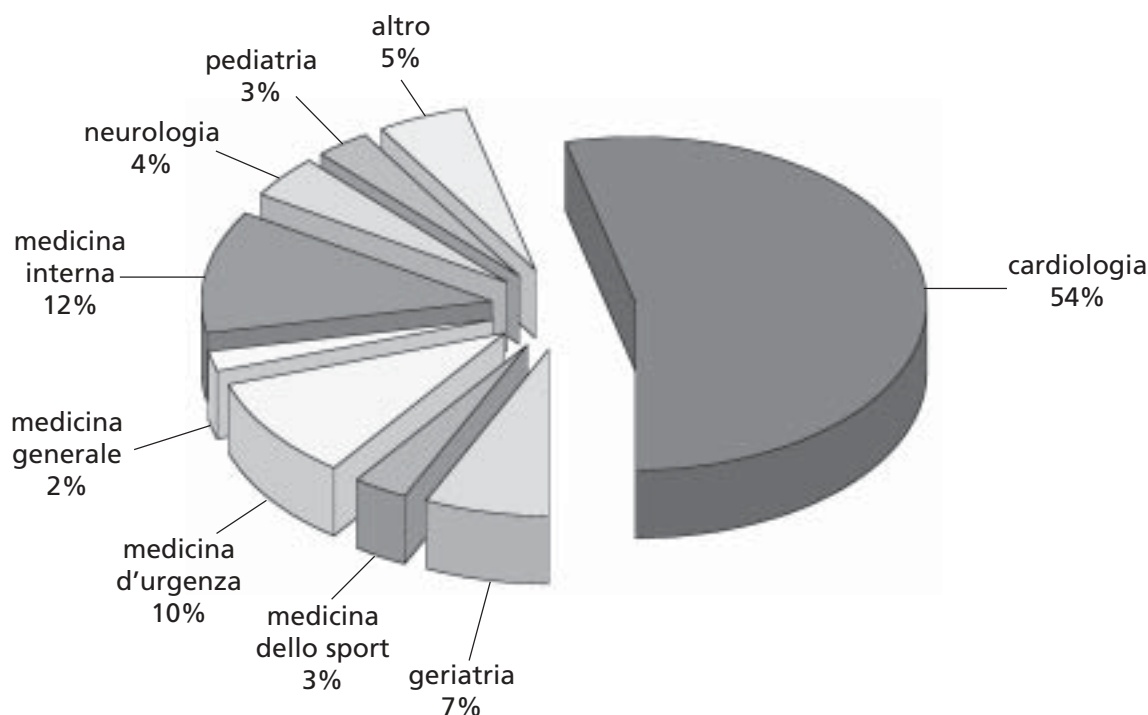
Altre fasi delicate sono la predisposizione e la somministrazione della prova individuale di apprendimento, le quali dovrebbero essere in grado di discriminare in modo oggettivo livelli diversi di acquisizione di conoscenze e abilità post-iniziativa.

Infine, sarà cura dell'organizzatore documentare, tramite attestato di presenza, il punteggio conseguito. A questo proposito, è da notare che non è possibile ottenere un frazionamento dei punti assegnati allo specifico corso. I relatori invece ottengono sempre due punti ECM per ogni ora di docenza.

## Rapporto su gli esiti del Convegno

*Caratteristiche dei partecipanti.* Il Corso ha avuto, escludendo i 20 relatori e i 16 discussant, 237 partecipanti, di cui 207 medici e 20 infermieri professionali. I partecipanti, pur con una netta prevalenza dei cardiologi, appartenevano a varie discipline: dalla medicina d'urgenza alla geriatria, dalla neurologia alla medicina interna (Figura 1).

La valutazione finale del Corso, riservata solo a coloro che hanno partecipato almeno al 90% delle ore di frequenza e *conditio sine qua non* per l'ottenimento dei crediti formativi, è avvenuta alla fine del Corso ed è



**FIGURA 1** Medici partecipanti al Corso suddivisi per disciplina

durata circa 30 minuti. Ogni partecipante è stato invitato a compilare 2 differenti questionari: il questionario per la valutazione dell'apprendimento e quello per la valutazione del gradimento. Tutta la documentazione cartacea (fogli con le firme, prove compilate d'apprendimento e di gradimento) è stata archiviata a cura degli organizzatori del corso.

**Risultati della valutazione dell'apprendimento.** La prova di valutazione è stata costruita secondo la seguente prassi. Ogni relatore ha predisposto, sui contenuti fondamentali della propria relazione, almeno 3 domande a risposta multipla a 5 scelte, con la possibilità cioè di una o più risposte esatte. I coordinatori, previa valutazione della bontà metodologica dei quesiti, hanno selezionato casualmente 1 domanda per ogni relazione, fino a comporre un questionario di 20 item (Allegato 2).

In base al punteggio conseguito sono stati discriminati i seguenti livelli di apprendimento: non valutabile <12; sufficiente 12-20; discreto 21-28; ottimo 29-36.

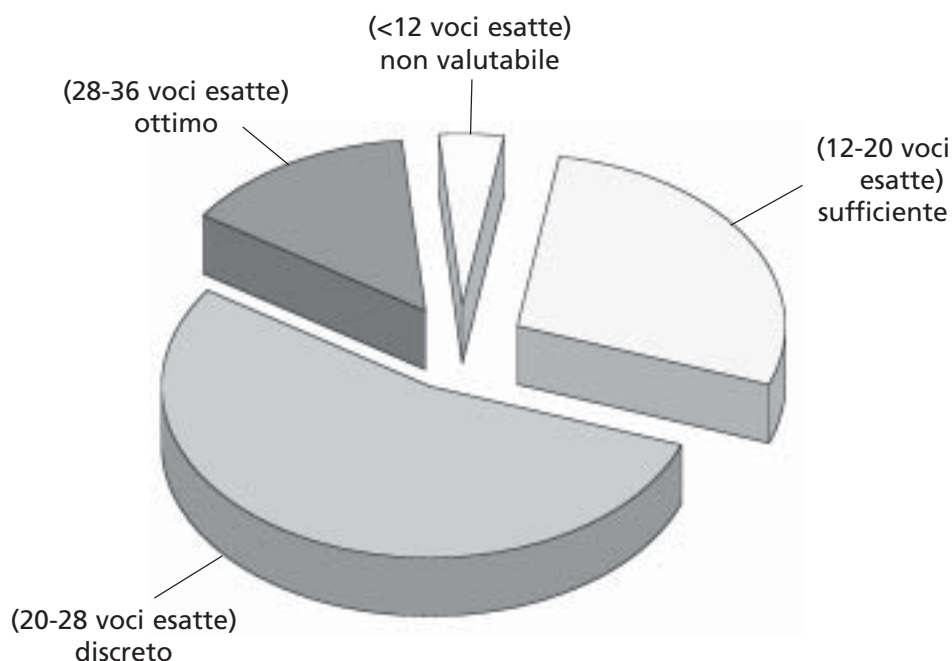
Il questionario di valutazione è stato compilato da

185 medici, con i seguenti punteggi (Figura 2): insufficienti 8 (4%); sufficienti 52 (28%); discreti 99 (54%); ottimi 26 (14%).

Le domande che hanno ottenuto il punteggio medio più basso sono state la *H* inerente l'utilità dell'impianto di ICD nei pazienti con sincope di origine indeterminata, la *I* inerente l'efficacia dei farmaci nel trattamento delle sincope vasovagali e la *T* riguardante il valore della sincope come marker di morte improvvisa nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica.

**Risultati della valutazione del gradimento.** Alla fine della giornata è stato distribuito un questionario per la valutazione del gradimento, volto a conoscere il giudizio di ogni partecipante riguardo al Corso stesso (Allegato 3).

Il questionario di gradimento è stato compilato da 203 medici. Le domande a nostro avviso più significative, cioè quelle relative alla valutazione della rilevanza degli argomenti trattati, della qualità educativa e dell'efficacia dell'evento formativo, potevano avere 5 differenti livelli di giudizio. Tutte e tre le domande hanno ottenuto uno score medio pari a buono (Figura 3).



**FIGURA 2** Risultati dei questionari di apprendimento

## Considerazioni conclusive

Il Corso ha avuto un'ottima partecipazione di pubblico, a testimonianza dell'interesse suscitato dalla sincope nella comunità medica. Pur con una netta prevalenza dei cardiologi, il Corso è stato frequentato anche da un buon numero di colleghi di altre specialità, primi tra tutti gli internisti, i medici del dipartimento di emergenza-urgenza e i neurologi. Questo trova una spiegazione nel fatto che le sopracitate figure professionali sono quelle che più frequentemente si trovano ad affrontare, nella loro pratica clinica quotidiana, il problema della sincope.

Complessivamente il questionario di apprendimento ha fornito dati piuttosto incoraggianti. Infatti, il punteggio medio alle varie domande è stato più che sufficiente. Inoltre, le domande che hanno ottenuto il punteggio più basso sono quelle inerenti gli argomenti maggiormente specialistici e nei quali esiste ancora dibattito all'interno della comunità scientifica.

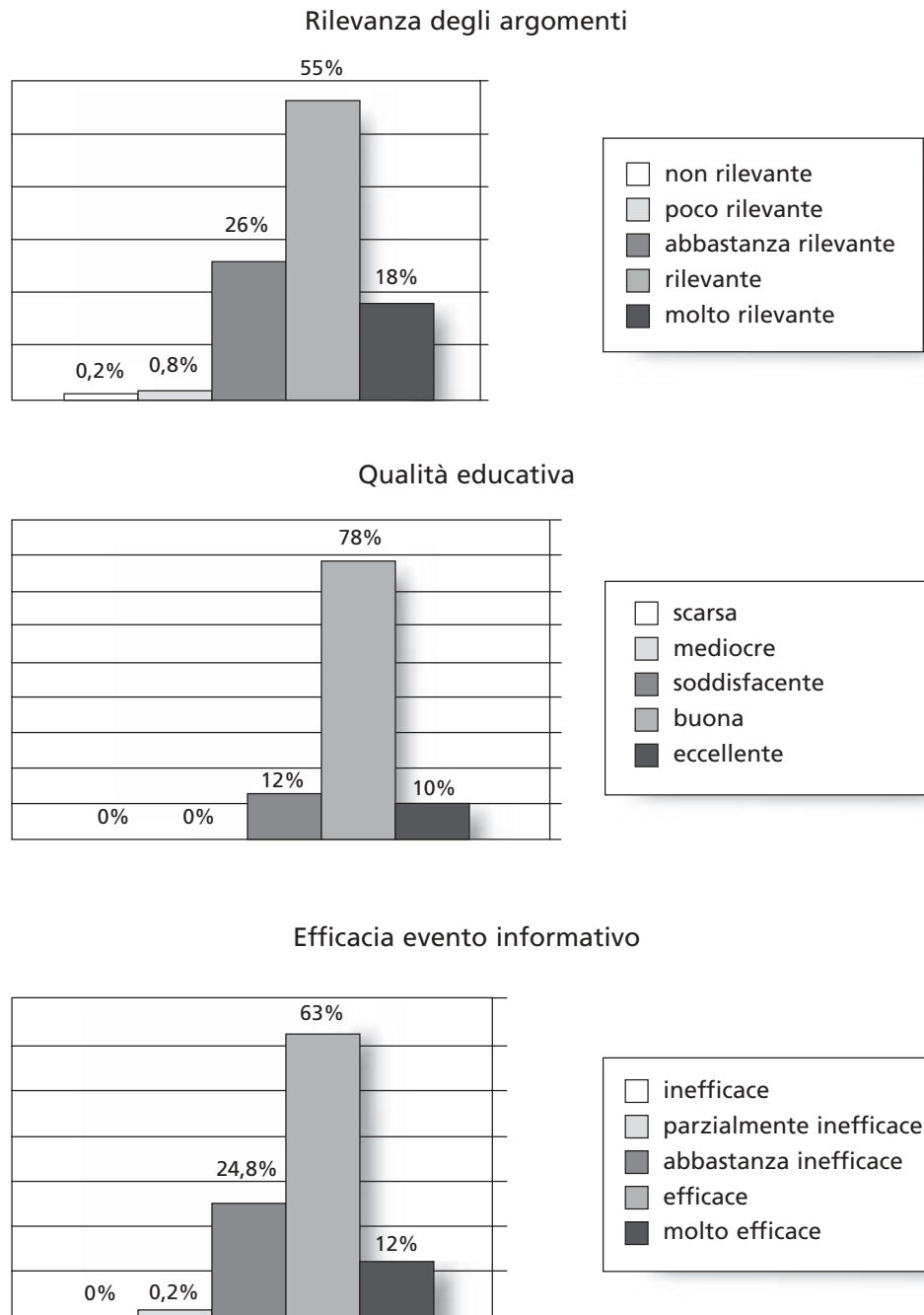
Anche il questionario di gradimento ha fornito ri-

sultati soddisfacenti. La maggior parte dei partecipanti ha espresso infatti un parere favorevole sul Corso, ritenendo buona la rilevanza degli argomenti trattati e la qualità educativa fornita e giudicando l'evento efficace per la propria formazione continua.

**Ringraziamenti.** Si ringrazia tutto lo staff della Vitatron e in particolare la Dottoressa Giovanna Zucchi e la Signora Elisabetta Terzi, per il prezioso contributo alla realizzazione del Corso di aggiornamento e per la preparazione del presente manoscritto.

### Indirizzo per la corrispondenza

Franco Giada  
Dipartimento Cardiovascolare  
Ospedale Umberto I  
Via Circonvallazione, 50  
30170 Mestre-Venezia  
Tel.: 041/2607201  
Fax: 041/2607235  
e-mail: francogiada@hotmail.com



**FIGURA 3** Risultati dei questionari di gradimento

A proposito di educazione continua in medicina: resoconto di un corso di aggiornamento sulla sincope

## ALLEGATO 1

### PROGRAMMA



LA GESTIONE CLINICA  
DELLA SINCOPE ALLA LUCE  
DELLE NUOVE LINEE GUIDA EUROPEE  
23 settembre 2020  
Mestre - Venezia

### RELAZIONI

**Moderatori:** Carlo Martines, U.O. Cardiologia, Piove di Sacco; Antonio Pagnan, Cattedra Medicina Interna, Università di Padova

- 10.00 Classificazione, epidemiologia e prognosi della sincope  
*Michele Brignole, U.O. Cardiologia, Lavagna*
- 10.20 Valutazione clinica del paziente con sincope  
*Michele Gulizia, U.O. Cardiologia, "S. Luigi e Currò", Catania*
- 10.40 Diagnosi e trattamento della sincope neuromediata  
*Paolo Alboni, U.O. Cardiologia, Cento*
- 11.00 Diagnosi e trattamento della sincope da causa cardiaca  
*Gianni Gasparini, Antonio Rossillo, U.O. Cardiologia, Mestre-Venezia*

**Moderatori:** Roberto Cazzin, U.O. Cardiologia, Portogruaro; Gabriele Risica, U.O. Cardiologia, Venezia

- 11.40 Diagnosi e trattamento della sincope da intolleranza all'ortostatismo  
*Carlo Menozzi, U.O. Cardiologia, Reggio Emilia*
- 12.00 Diagnosi e trattamento della sincope di origine neurologica  
*Giuseppe Pistollato, U.O. Neurologia, Mestre-Venezia*
- 12.20 Sincope di origine indeterminata  
*Franco Giada, Andrea Corrado, U.O. Cardiologia, Mestre-Venezia*
- 12.40 Autorizzazione alla guida del paziente con sincope  
*Maurizio Santomauro, Cattedra Cardiologia, Università Federico II, Napoli*
- 13.00 La gestione clinica del paziente con sincope: l'utilità della Syncope Unit  
*Maurizio del Greco, Marcello Disertori, U.O. Cardiologia, Trento*

### DISCUSSIONE INTERATTIVA DEI CASI CLINICI

**Moderatori:** Pietro Delise, U.O. Cardiologia, Conegliano Veneto; Antonio Raviele, U.O. Cardiologia, Mestre-Venezia

- 14.30 Sincope nell'atleta  
*Daniele D'Este, U.O. Cardiologia, Mirano*
- 14.45 Sincope nella cardiomiopatia dilatativa  
*Francesco Zanon, U.O. Cardiologia, Rovigo*
- 15.00 Sincope nell'anziano  
*Renato Ometto, U.O. Cardiologia, Vicenza*
- 15.15 Sincope nel portatore di pacemaker  
*Sergio Cammas, Bortolo Martini, U.O. Cardiologia, Thiene*
- 15.30 Paziente con molteplici cause di sincope  
*Fabio Zardo, U.O. Cardiologia, Pordenone*
- 15.45 Sincope visceroriflessa  
*Claudio Fabris, ANCE, Mestre-Venezia*
- 16.15 Sincope nella CMIO  
*Domenico Facchin, Alessandro Proclemer, U.O. Cardiologia, Udine*
- 16.30 Sincope "convulsiva"  
*Roberto Verlato, U.O. Cardiologia, Camposampiero*
- 16.45 Sincope da tromboembolia polmonare  
*Pietro Zonzin, Katia D'Elia, U.O. Cardiologia, Rovigo*
- 17.00 Sincope in età adolescenziale  
*Domenico Corrado, Divisione Cardiologia, Università Padova*
- 17.15 Sindrome tachicardica posturale ortostatica  
*Roberto Mantovan, U.O. Cardiologia, Treviso*

## ALLEGATO 2

### Questionario di apprendimento (tra parentesi vengono indicate le risposte esatte)

- A) Quale dei seguenti fattori è in grado di predire il rischio di recidive sincopali nei pazienti con sincopi vasovagali?**
1. Sesso femminile
  2. Positività al tilt testing
  3. Presenza di traumi associati alla sincope
  4. Il numero di sincopi nell'arco della vita
  5. Recidiva sincopale dopo tilt testing positivo
- (n. 4, 5)
- B) Lo sviluppo di una asistolia durante la sincope tilt-indotta predice:**
1. Un rischio elevato di morte improvvisa
  2. Un rischio elevato di recidiva sincopale
  3. Un rischio elevato di traumatismi correlati con gli eventi sincopali
  4. Un maggior beneficio clinico dall'impianto di un PM
  5. Nessuna delle precedenti
- (n. 5)
- C) Quale dei seguenti farmaci può risultare utile nel trattamento delle sincopi di tipo disautonomico?**
1. Fludrocortisone
  2. Midodrina
  3. Eritropoietina
  4. Atenololo
  5. Tutti i farmaci precedenti
- (n. 1, 2, 3)
- D) Nel trattamento delle sincopi da ipersensibilità senocarotidea, quale delle seguenti modalità di pacing è maggiormente indicata?**
1. VVI
  2. VVI-R
  3. AAI
  4. AAI-R
  5. DDD-RDR
- (n. 5)
- E) Quale dei seguenti reperti elettrofisiologici rappresenta un'indicazione accertata all'impianto di PM nei pazienti con sincope e blocco di branca completo o blocco bifascicolare all'ECG?**
1. AH <120 msec
  2. HV >60 msec
  3. HV >100 msec
  4. BAV avanzato sottohisiano durante atrial pacing
  5. BAV avanzato dopo ajmalina
- (n. 3, 4, 5)
- F) In quali casi, nei pazienti con sincope e documentazione di tachicardia ventricolare sostenuta, l'ablazione transcateretere rappresenta una valida alternativa all'impianto di un ICD?**
1. TV originante dal tratto d'efflusso del ventricolo destro
  2. TV da rientro branca a branca
  3. TV fascicolare
  4. TV in pazienti con cardiopatia ischemica e depressione della funzione di pompa
  5. In nessuno dei casi precedenti
- (n. 1, 2, 3)

(continua)



A proposito di educazione continua in medicina: resoconto di un corso di aggiornamento sulla sincope

## ALLEGATO 2 Questionario di apprendimento (continuazione)

- G) La base fisiopatologica dell'ipotensione responsabile della perdita di coscienza nelle sincope aritmiche è dovuta a:**
1. Frequenza cardiaca durante l'aritmia
  2. Regolarità dell'intervallo R-R durante l'aritmia
  3. Postura del paziente al momento dell'innesco dell'aritmia
  4. Gravità della cardiopatia sottostante
  5. Riflesso neuromediato associato
- (n. 1, 3, 4, 5)
- H) In quali pazienti con sincope d'origine indeterminata può risultare utile l'impianto di un ICD?**
1. Pazienti con cardiopatia ischemica e TVS inducibile
  2. Pazienti con sindrome di Brugada e familiarità per morte improvvisa
  3. Pazienti con displasia aritmogena del ventricolo destro e familiarità per morte improvvisa
  4. Pazienti con cardiopatia ischemica e non, severa depressione della funzione di pompa e TVS inducibile
  5. Tutti i casi precedenti
- (n. 5)
- I) Negli studi randomizzati e controllati con placebo quale dei seguenti farmaci è risultato efficace nel trattamento delle sincope vasovagali?**
1. Disopiramide
  2. Atenololo
  3. Etilefrina
  4. Midodrina
  5. Paroxetina
- (n. 5)
- L) Le dimensioni epidemiologiche della sincope sono le seguenti:**
1. 3-5% degli accessi al PS
  2. 1-2% dei ricoveri ospedalieri
  3. 0,1% degli accessi al PS
  4. 10% dei ricoveri ospedalieri
  5. La prevalenza aumenta con l'età
- (n. 1, 2)
- M) Le sincope neuromediate comprendono le seguenti forme:**
1. Sincope senocarotidea
  2. Sincope situazionale
  3. Sincope vasovagale
  4. Sincope da ostruzione dell'efflusso ventricolare sx
  5. Sincope da furto vascolare
- (n. 1, 2, 3)
- N) La perdita di coscienza nella sincope è causata da:**
1. Diminuzione dell'apporto di O<sub>2</sub> al cervello di almeno il 20%
  2. Improvvisa cessazione del flusso cerebrale per almeno 6-8 secondi
  3. Calo della pressione sistolica del 60%
  4. Aumento della CO<sub>2</sub> superiore al 20% dei valori basali
  5. Tensione parziale di O<sub>2</sub> arterioso superiore a 60 mmHg
- (n. 2)
- O) In quali pazienti è appropriata la valutazione iniziale?**
1. In tutti i pazienti con perdita di coscienza
  2. Nei pazienti con cardiopatia
  3. Nei pazienti senza cardiopatia
  4. Nei pazienti con sincope inspiegata
  5. Nei pazienti anziani
- (n. 1)

(continua)

## ALLEGATO 2 Questionario di apprendimento (continuazione)

- P) Quando sono indicati gli esami di riflessività cardiovascolare?**
1. Nelle sincope vasovagali
  2. Nelle sincope situazionali
  3. In assenza di cardiopatia, nelle sincope inspiegate dopo la valutazione iniziale
  4. Per escludere una sincope cardiogena
  5. In presenza di cardiopalmo
- (n. 3)
- Q) Quando è indicato l'ECG-D secondo Holter?**
1. In tutte le sincope inspiegate
  2. Nei cardiopatici con blocco di branca
  3. Nei pazienti con BAV Mobitz 2
  4. Nel sospetto di sincope neuromediata
  5. Nelle sincope accompagnate da palpitazioni
- (n. 2, 3, 5)
- R) Quando è utile impiantare un loop recorder sottocutaneo?**
1. Nei pazienti cardiopatici dopo la valutazione iniziale
  2. In tutti i casi di sincope inspiegata
  3. Nelle sincope situazionali
  4. Nelle sincope di sospetta natura cardiogena, dopo la negatività degli altri accertamenti
  5. Nelle sincope gravi e frequenti rimaste di origine sconosciuta
- (n. 4, 5)
- S) Quale tra le seguenti sincope ha la prognosi più sfavorevole?**
1. Sincope ortostatica
  2. Sincope senocarotidea
  3. Sincope vasovagale
  4. Sincope inspiegata
  5. Sincope cardiogena
- (n. 5)
- T) Nell'ambito dei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica la sincope sembra rappresentare un marker di morte improvvisa:**
1. In tutti i pazienti
  2. Nei pazienti giovani
  3. Nei pazienti anziani
  4. Nei pazienti di mezza età
  5. In nessun caso
- (n. 1)
- U) Alcune sincope vasovagali vengono definite "maligne" in quanto inducono:**
1. Aumento della mortalità improvvisa
  2. Aumento degli ictus
  3. Aumento degli infarti
  4. Aumento dei traumi
  5. Tutte le precedenti asserzioni
- (n. 4)
- V) Quale è la sincope più frequente nella popolazione generale?**
1. Sincope neuromediata
  2. Sincope ortostatica
  3. Sincope cardiogena aritmica
  4. Sincope cardiogena da ostruzione dell'efflusso ventricolare sx
  5. Sincope neurologica
- (n. 1)

A proposito di educazione continua in medicina: resoconto di un corso di aggiornamento sulla sincope

### ALLEGATO 3 Questionario di gradimento

Programma	<input type="checkbox"/> molto buono	<input type="checkbox"/> moderatamente buono	<input type="checkbox"/> pessimo
Struttura del programma	<input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> moderatamente buona	<input type="checkbox"/> pessima
Preparazione/Scelta dei Relatori	<input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> moderatamente buona	<input type="checkbox"/> pessima
Sede del corso	<input type="checkbox"/> molto buona	<input type="checkbox"/> moderatamente buona	<input type="checkbox"/> pessima
Periodo dell'anno	<input type="checkbox"/> molto buono	<input type="checkbox"/> moderatamente buono	<input type="checkbox"/> pessimo

Come ha trovato il tema del Corso? .....

Il tempo per le domande e la discussione è stato sufficiente?  SI  NO

I contenuti sono risultati appropriati rispetto alla Sua formazione ed esperienza?  SI  NO

Il livello del materiale presentato era espresso chiaramente nel programma?  SI  NO

In seguito alla Sua partecipazione al Corso, pensa di poter mettere nella pratica clinica qualcosa di nuovo e utile?  SI  NO

Gli interventi dei Relatori Le sono sembrati efficaci?  molto  moderatamente  per niente

Come pensa che questo programma possa essere migliorato? .....

.....  
.....

La preghiamo di evidenziare gli argomenti che vorrebbe fossero trattati in programmi futuri

1. ....

2. ....

3. ....

Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla Sua necessità di aggiornamento?

non rilevante  poco rilevante  abbastanza rilevante  rilevante  molto rilevante

Come valuta la **qualità** educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?

scarsa  mediocre  soddisfacente  buona  eccellente

Come valuta l'**efficacia** dell'evento per la Sua formazione continua?

inefficace  parzialmente inefficace  abbastanza efficace  efficace  molto efficace

Come è venuto a conoscenza di questo Corso? .....

.....

(continua)

**ALLEGATO 3** Questionario di gradimento (continuazione)

Suggerimenti, commenti, proposte .....

.....

.....

Scegliendo fra le opportunità di partecipazione a momenti formativi, quali sono i fattori che La inducono a compiere la scelta?

.....

.....

**Valutazione organizzativa**

	Molto buona	Buona	Insufficiente
Scelta della città	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ristorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sede congressuale e spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segreteria organizzativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cortesia/disponibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rapidità/efficienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione globale della manifestazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Una critica

.....

.....

.....

Un suggerimento

.....

.....