

h. 8.30-10.30

**Presidente: Mercante W., Pordenone****Moderatori: Pietropaoli P., Roma – Antonelli M., Roma – Tufano R., Napoli****8.30 DALLA PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI UN FARMACO IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE: DOVE INTERVENIRE PER RIDURRE L'ERRORE?****(From prescription to drug administration in anesthesia and ICU: where can we reduce the error?)****Upton D., Londra (UK)**

Tutte le attività umane sono caratterizzate da una variabile probabilità di errore. Nelle attività ad alto rischio, questo può diventare un elemento fondamentale per la morbilità e la mortalità dei pazienti. La riduzione dell'incidenza e la gestione dell'errore stesso "dovrebbe" diventare un elemento di studio e di analisi del processo di gestione e decisionale nel trattamento dei pazienti sia in anestesia che in terapia intensiva. Tutto ciò dovrebbe coinvolgere tutti gli operatori sanitari. Quali sono gli strumenti a nostra disposizione?

*(Errors can be observed in all human activities. During high risk procedures errors can increase patients morbidity and mortality. The decreasing of error and its management should be studied and analyzed as a decision making process. This should be done either in OR for all anesthesia care or in ICU. This process should involve all medical doctors and nurses. Which are the tools to work towards the right direction?)*

**DISCUSSANT: Tufano R., Napoli - Fiore T., Bari****9.00 SEPSI E MITOCONDRI: DALLA CELLULA ALLA CLINICA (Sepsis and mitochondria: from the cell to clinical practice)****Singer M., Londra (UK)**

Le recenti ricerche di base stanno mettendo in luce il ruolo delle alterazioni della "energetica cellulare" e della struttura mitocondriale nella patologia settica nelle sue fasi avanzate. Queste nuove conoscenze non sono ancora state in grado di fornire nuovi approcci terapeutici e nuovi farmaci per questi pazienti. Tuttavia le possibili implicazioni terapeutiche di queste conoscenze possono aiutare a comprendere meglio anche le attuali strategie terapeutiche e forse migliorarne i risultati.

*(Basic sciences and experimental studies are working to understand the role of mitochondria and the "cellular energetic control" in septic patients. So far we do not have new drugs or strategies coming from these studies. What can we learn from all these information? Is there any therapeutic application coming from this research? Is there, in the future, any opportunity to have new drugs?)*

**DISCUSSANT: Antonelli M., Roma****9.30 CUORE E CIRCOLO POLMONARE DURANTE ANESTESIA (Heart and pulmonary circulation during anesthesia)****Hedenstierna G., Uppsala (Svezia)**

Negli ultimi anni vi è un interesse crescente sui meccanismi che coinvolgono la fisiopatologia della distribuzione del circolo polmonare in anestesia in relazione alla posizione del paziente, alla ventilazione meccanica, all'interazione con farmaci alogenati o all'uso di anestesia combinata con peridurale toracica. Modificazioni della perfusione polmonare e degli scambi respiratori, dovuti a squilibri metabolici (ipercapnia, acidosi, ecc.) ed alla somministrazione di inotropi e vasocostrittori sistemici per correggere una ipotensione arteriosa sistemica, in corso di ipovolemia acuta o scompenso cardiaco, sono di notevole interesse clinico.

*(In the last years interest has grown up on physiopathology of the pulmonary circulation during anesthesia and in particular towards patient position, mechanical ventilation (IPPV), anesthesia drugs and epidural analgesia interaction. How many modifications do we know on pulmonary perfusion, respiratory changes, metabolic alteration (hypercapnia, acidosis, etc.) during anesthesia? The administration of systemic vasoconstrictors and/or inotropes to correct systemic hypotension, acute hypovolemia, heart failure, etc...how does influence the pulmonary circulation?)*

**DISCUSSANT: Braschi A., Pavia - Pasetto A., Modena****10.00 ANALGESIA E SEDAZIONE NEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA (Analgesia and sedation in critically ill patient)****Conti G., Roma**

Le linee guida attuali e gli standard correlati alla sedazione, all'analgesia ed al trattamento dei pazienti in terapia intensiva (incluso il delirio) continuano ad evolversi. È oggi opinione comune che una appropriata sedazione sia al contempo "arte e scienza". Quali sono gli standard clinici e le linee guida attualmente presenti in letteratura? È necessaria una revisione dei trattamenti efficaci per la sedazione ed i suoi sistemi di monitoraggio disponibili? Quali sono i meccanismi di azione dei vari agenti utilizzati per la sedazione in ICU ed il razionale per l'utilizzo clinico?

*(Current guidelines and standards related to sedation, pain management and delirium in critically ill patients continue to evolve. It is widely accepted that administering appropriate sedation, is both an art and science. But which are the current guidelines and standards for sedation, and for sedation monitoring? Which are the mechanisms of action of various agents, in particular new opioids, used in sedation, in ICU patients and the rationale for the clinical use?)*

**DISCUSSANT: Antonelli M., Roma****10.30 - 11.00 COFFEE BREAK**

h. 11.00-13.30

Presidente: Carchietti E., Udine

Moderatori: Pesenti A., Monza (MI) – Conti G., Roma – Proietti R., Roma

- 11.00 SHOCK CARDIOGENO: NUOVO PARADIGMA, NUOVI TRATTAMENTI E NUOVO MONITORAGGIO (Cardiogenic shock: new paradigm, new treatments, new monitoring)  
Singer M., Londra (UK)  
Lo shock cardiogeno è una patologia grave, che affligge un elevato numero di pazienti ogni anno con costi di gestione elevatissimi. Le conoscenze crescenti in merito alla patogenesi di questa patologia ha aperto la strada a nuove strategie di trattamento dello shock cardiogeno in grado di migliorare l'outcome di questi pazienti. Lo sviluppo fisiopatologico dello shock cardiogeno, le strategie di trattamento corrente, i vecchi ed i nuovi sistemi di monitoraggio disponibili possono migliorare i risultati? Quali sono le future opzioni di trattamento che si presentano all'orizzonte?  
*(Cardiogenic shock is a common and costly medical condition affecting millions of patients each year and accounting for a major portion of healthcare costs. A greater understanding of this disease has paved the way for new strategies in the treatment of cardiogenic shock and created an improved prognosis for patients. Current strategies of cardiogenic shock together with new and old monitoring systems are able to improve outcome? Which are the future options for the treatment of this disease?)*  
DISCUSSANT: Pesenti A., Monza (MI)
- 11.30 COLLOIDI, CRISTALLOIDI ED ALBUMINA (Colloids, crystalloids and human albumine)  
Guidet B., Parigi (F)  
Il dibattito cristalloidi-colloidi prosegue senza una conclusione "evidence-based". Il "buon senso" suggerirebbe l'uso ponderato di entrambi. L'utilizzo dell'albumina umana dovrebbe essere somministrato solo sulla base dei dati di laboratorio, ma ancora oggi sia l'albumina che il plasma fresco congelato sono spesso utilizzati in diversi quadri clinici come riempimento volemico. Quali sono i recenti risultati sull'utilizzo dell'albumina e dei nuovi colloidi sul "fluid replacement" particolarmente nel paziente critico in cui l'edema rappresenta un nemico altrettanto pericoloso quanto l'ipovolemia?  
*(Colloid, crystalloid debate is still going on without an evidence-based conclusion. The "common sense" should suggest the use of both. The human albumine use should be documented on the basis of laboratory data, but so far either albumine or fresh frozen plasma are often use, in many clinical setting, as volume replacement. Which are the more recent data on the use of colloid and on fluid replacement, particularly in critically ill patients where "edema" has to be avoided?)*  
DISCUSSANT: Borghi B., Bologna – Proietti R., Roma
- 12.00 SHUNT POLMONARE E SPAZIO MORTO IN CORSO DI ANESTESIA: DOBBIAMO APPLICARE PEEP E MANOVRE DI RECLUTAMENTO? (Pulmonary shunt and dead space during anesthesia: do we have to apply PEEP and/or recruitment manoeuvres?)  
Hedenstierna G., Uppsala (Svezia)  
Gli studi degli ultimi anni hanno evidenziato sempre con maggior enfasi le modificazioni polmonari in corso di anestesia quali lo sviluppo di atelettasie e l'estensione del concetto di "airway closure". Quale è l'effetto della PEEP in associazione o meno alle manovre di reclutamento? Quali modificazioni ci dobbiamo aspettare del rapporto ventilazione/perfusione?  
*(In the last years several papers put in evidence the pulmonary modifications associated to anesthesia and mechanical ventilation such as the unexpected pulmonary atelectasis or more in general the concept of "airway closure". Which is the effect of PEEP application with or without recruitment manoeuvres? Which changes of the ventilation/perfusion ratio do we have to expect?)*  
DISCUSSANT: Pelosi P., Varese
- 12.30 MONITORAGGIO EMODINAMICO O STRATEGIA EMODINAMICA  
(Hemodynamic monitoring or hemodynamic strategy)  
Grounds R.M., Londra (UK)  
Il monitoraggio emodinamico del paziente critico è ancora argomento di grande dibattito in letteratura. Il catetere di Swan-Ganz, ha subito demonizzazioni e riabilitazioni cicliche, sbagliando forse l'obiettivo del contendere (outcome?). Si è passati dal monitoraggio intermittente a quello in continuo, dalle pressioni ai volumi, dal monitoraggio emodinamico alla diagnostica emodinamica come con il TEE. Esiste sistema di monitoraggio in grado di modificare di per se l'outcome dei nostri pazienti? La letteratura si presenta in maniera critica su alcune tecniche e forse troppo permissiva su altre. Cosa dobbiamo ancora fare per poter arrivare ad una gestione del monitoraggio emodinamico che possa metterci in condizione di modificare l'outcome?  
*(Hemodynamic monitoring in critically ill patients is still under debate in literature. The pulmonary artery catheter has been both hardly criticized and defended, and maybe even the target of critics has been misleading (outcome?). Hemodynamic monitoring has been evolving during the last years from intermittent to continuous, from pressure monitoring to volume monitoring (advanced PAC), from simply monitoring to morphologic assessment as with transoesophageal echocardiography. Does a monitor, that can modify patients' outcome, exist? Literature is more permissive with some techniques and less with others. What should we do to have a hemodynamic monitoring management or strategi that let us modify outcome?)*  
DISCUSSANT: Singer M., Londra (UK)
- 13.00 CLOSING SPECIAL LECTURE: REDEFINING ARDS  
Gattinoni L., Milano  
La prima descrizione delle caratteristiche chiave dell'ARDS risale agli anni '60. I primi pazienti erano già trattati con PEEP ma il dibattito sull'adeguato livello di PEEP e sul suo effetto sull'outcome 40 anni dopo è ancora aperto. Anche i target della ventilazione meccanica in ARDS sono mutati: dai normali livelli di PaO2 e PaCO2 anche con tidal volume elevati, l'attenzione si è spostata sul concetto di "gentle lung treatment" con ventilazione a bassi volumi per evitare l'insorgenza di VILI (ventilator induced lung injury) e su quello di "permissive hypercapnia". L'apporto della TAC è stato determinante per lo studio della fisiopatologia in polmoni affetti da ARDS... Cosa deve essere ridefinito nell'ARDS?