

h. 8.30-10.30

Presidente: D'Orlando L., Tolmezzo (UD)

Moderatori: Mastronardi P., Napoli – Fanelli G., Parma

8.30 PRECONDIZIONAMENTO CARDIACO:  
UNA PROPRIETÀ AGGIUNTIVA DEGLI ANESTETICI ALOGENATI?

Torri G., Milano

Il fenomeno del preconditionamento cardiaco ottenuto mediante occlusione intermittente delle coronarie ha dimostrato di ridurre significativamente l'area di necrosi postchirurgica. Vari farmaci sono in grado di riprodurre lo stesso effetto senza necessità di ricorrere all'ischemia. Il ruolo più importante è svolto dagli anestetici alogenati. Questo effetto pone due problemi. Quanto efficace è l'effetto degli alogenati nella cardiochirurgia? È possibile estendere il loro effetto al paziente cardiopatico da sottoporre ad interventi non cardiochirurgici?

DISCUSSANT: Giunta F., Pisa

9.00 ANESTESIA, VIE AEREE E VIE AEREE DIFFICILI (inclusa la ALR)

Petrini F., Chieti

Il crescente interesse sulla gestione delle vie aeree in anestesia ha condotto alla formulazione di linee guida (anche italiane) che danno indicazioni cliniche sul comportamento da seguire in caso di intubazione difficile prevista e/o imprevista. Alcune problematiche sono ancora oggetto di discussione e revisione.

Quando esiste una indicazione ad una anestesia loco-regionale ed il paziente presenta le condizioni cliniche che predicano una via aerea difficile (intubazione difficile prevista), quale è la strategia da seguire? E se ci troviamo di fronte ad una urgenza chirurgica indifferibile ed una via aerea difficile?

DISCUSSANT: Pittoni G., Padova

9.30 PROTOSSIDO D'AZOTO: TO BE OR NOT TO BE?

Peduto V.A., Perugia

Negli ultimi anni la particolare attenzione volta a preservare l'ambiente e la salute del personale addetto, hanno messo sul banco degli imputati il protossido d'azoto tanto da essere bandito da alcune sale operatorie. È anche vero che l'anestesia a bassi flussi rende il suo utilizzo meno "pericoloso". È arrivato il momento di escludere dal nostro patrimonio una molecola centenaria che ha fatto la storia dell'anestesia? Oppure, visto il suo basso costo e la relativa sicurezza si deve solo "individuare" la sua corretta indicazione?

DISCUSSANT: Giunta F., Pisa

10.00 ANESTESIA E VENTILAZIONE MECCANICA: COME DOBBIAMO VENTILARE I PAZIENTI?

Pelosi P., Varese

Modificazioni del sistema polmonare in corso di anestesia.

Effetti della ventilazione meccanica sulle vie aeree inferiori e a livello alveolare, endoteliale e della matrice polmonare.

Effetti della PEEP durante ventilazione meccanica in corso di anestesia.

Effetti delle manovre di reclutamento sul parenchima polmonare.

Modalità di estubazione dei pazienti al termine di anestesia generale.

DISCUSSANT: Ranieri V.M., Torino

10.30 - 11.00 COFFEE BREAK

h. 11.00-13.00

Presidente: Colonna U., Latisana (UD)

Moderatori: Fiore T., Bari – Tufano R., Napoli

- 11.00 L'EFFICACIA DELLA PROFILASSI NELLA TVP  
D'Angelo A., Milano  
La profilassi farmacologica della TVP è uno dei settori dove le evidenze scientifiche sono più definite. Tuttavia la vastità del problema e le ampie opzioni terapeutiche, molto spesso rendono difficile operare delle scelte. Il rapporto costi/benefici delle varie molecole nei diversi impieghi clinici e nelle diverse tipologie di pazienti a volte espone a rischi, incluso quello emorragico. Cosa dobbiamo necessariamente fare e cosa assolutamente evitare?  
DISCUSSANT: Fanelli G., Parma
- 11.30 ANESTESIA LOCOREGIONALE, COAGULAZIONE E TEMPERATURA  
Fanelli G., Parma  
L'uso della terapia anticoagulante in concomitanza con l'esecuzione di un blocco regionale subaracnoideo e/o peridurale è considerato estremamente rischioso per la possibile comparsa di un ematoma perimidollare. Riguardo ai rischi connessi all'esecuzione dell'anestesia subaracnoidea e/o peridurale in pazienti sottoposti a terapia anticoagulante, esistono oggi numerosi esempi in letteratura che forniscono delle linee guida. L'inserimento in commercio di nuovi farmaci per la prevenzione della TVP obbliga ad una prudenza e ad una riflessione attenta. L'altro aspetto che trova ancora difficile penetrazione culturale in senso orizzontale è il controllo della temperatura in corso di ALR. Cosa dobbiamo fare, in cosa dobbiamo migliorare?  
DISCUSSANT: Borghi B., Bologna
- 12.00 RUOLO DELLA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PERIOPERATORIA NELLA RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE POLMONARI  
Pelosi P., Varese  
Principi di fisioterapia perioperatoria.  
Evidenza del ruolo della fisioterapia convenzionale.  
Ruolo della spirometria incentivata.  
Ruolo della CPAP.  
Ruolo della ventilazione a pressione positiva.  
Ruolo della mobilizzazione nel paziente ventilato.  
Ruolo della terapia cinetica o terapia rotazionale continua nei pazienti.  
DISCUSSANT: Conti G., Roma
- 12.30 RENE: PROTEGGERE, PERFONDERE O IDRATARE?  
Fiore T., Bari  
La comparsa d'insufficienza renale nel periodo perioperatorio si lega ad una prognosi non positiva, con mortalità superiore dei soggetti con identiche caratteristiche cliniche, ma con funzione renale normale. Anche nel paziente critico in T. I. quando si perde la funzione renale aumenta la mortalità. In generale si è sempre pensato che la morbilità e la mortalità associate all'insufficienza renale siano da attribuire agli stati morbosi concomitanti che predispongono il paziente a tale complicanza. Negli ultimi anni si è cercato di definire l'insufficienza renale acuta ed il suo trattamento è stato rivisitato, ponendo in discussione l'utilizzo dei diuretici (abbandonata la dopamina a dosaggio "renale") e spostando l'attenzione all'ottimizzazione della volemia e all'utilizzo di nuovi farmaci, tra i quali il fenoldopam. Quali elementi abbiamo realmente a nostra disposizione?  
DISCUSSANT: Fumagalli R., Bergamo

13.30 - 14.30 BRUNCH

h. 14.30-16.30

Presidente: De Cicco M., Aviano (PN)

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

14.30 WEANING: COSA C'È DI NUOVO?  
Conti G., Roma

Lo svezzamento dalla ventilazione meccanica è un argomento di rilevante importanza nella clinica del paziente critico di terapia intensiva. Lo svezzamento rappresenta il 40% del tempo di ventilazione meccanica ed il suo fallimento espone i pazienti ad un rischio aumentato di polmoniti associate a ventilazione meccanica con aumento della morbilità e riduzione della sopravvivenza in particolare nel paziente COPD. Quali sono le tecniche oggi raccomandate nelle principali categorie di pazienti (cardiopatico, respiratorio, chirurgico, settico)? Dobbiamo attendere una nuova P 0.1?

DISCUSSANT: Beltrame F., Udine

15.00 EARLY TRACHEO IN RIANIMAZIONE: QUANTO EARLY?  
Ranieri V.M., Torino

Le tecniche di tracheotomia percutanea si sono ormai affermate come tecniche di scelta nel paziente critico. Molto spesso vengono però eseguite tardivamente. Le linee guida attualmente a disposizione non forniscono delle precise indicazioni al riguardo. Nuove evidenze si stanno affermando sui vantaggi infettivologici ed in termini di outcome dell'esecuzione precoce delle tracheotomie. Quando dobbiamo fare la tracheotomia nel paziente intensivo? È in corso un ampio studio multicentrico sull'argomento che potrebbe dare chiarimenti a proposito.

DISCUSSANT: Antonelli M., Roma

15.30 LIMITI DELLA VENTILAZIONE PROTETTIVA NELL'ARDS  
Pesenti A., Milano

La ventilazione meccanica nel paziente critico cambia notevolmente in relazione al tipo di paziente ed alla disponibilità di tecnologia a disposizione, il tutto modulato dalla cultura "ventilatoria" delle singole scuole o dei singoli centri. Nell'ARDS la strategia ventilatoria del "baby lung" ha condizionato gli ultimi anni in letteratura. Ma la ventilazione protettiva è veramente efficace? Quando non si riesce a ventilare un paziente realmente tutti proseguono nella stessa strategia? Esistono dei limiti oggettivi di questa tecnica ventilatoria? Cosa sta cambiando in letteratura?

DISCUSSANT: Ranieri V.M., Torino

16.00 NUOVE TECNICHE DI VENTILAZIONE MECCANICA  
Ranieri V.M., Torino

La ventilazione meccanica è da sempre stato uno dei settori dove si sono concentrate le maggiori innovazioni tecnologiche. Questo è avvenuto nel tentativo di rendere il supporto della funzione ventilatoria il più efficace e fisiologico possibile. Non sempre queste nuove strategie ventilatorie, ancorchè basate su nuove acquisizioni fisiopatologiche sono state in grado di ridurre la morbilità ed i problemi connessi al loro utilizzo, spesso anche per la difficoltà di applicazione di queste tecniche. Come è cambiato questo settore? Quali sono le aspettative?

DISCUSSANT: Braschi A., Pavia

16.30 - 17.00 COFFEE BREAK

h. 17.00-19.00

Presidente: Sabbadini D., Monfalcone (GO)

Moderatori: Fumagalli R., Bergamo – Pelosi P., Varese

17.00 LA FEBBRE: AMICA O NEMICA?

Fumagalli R., Bergamo

La febbre nel paziente critico in terapia intensiva è stata nel corso degli anni trattata sia come un nemico da debellare rapidamente sia come un sintomo ed un meccanismo di difesa da preservare. Ma quale è ora lo stato dell'arte? Come ed in quali pazienti monitorizzare la temperatura? In quali pazienti trattarla e con quali mezzi? La corrente letteratura e la sua revisione critica con "occhio clinico" quanto contribuisce al chiarimento di tali quesiti?

DISCUSSANT: Viale P., Udine – Braschi A., Pavia

17.30 INFEZIONI IN TERAPIA INTENSIVA: STA CAMBIANDO QUALCOSA?

Viale P., Udine

Le infezioni sono da sempre una delle maggiori cause di accesso in Terapia Intensiva e di comorbidità per i pazienti, nonostante i notevoli passi in avanti fatti nel campo degli agenti antiinfettivi e delle modalità di somministrazione. Un aspetto che negli ultimi anni è stato sottoposto ad una rivisitazione è stato quello delle procedure igieniche ed ambientali di controllo della flora microbiologica locale. La possibilità di lavorare quotidianamente con un esperto del settore come l'infettivologo può aiutare non solo a razionalizzare ed ottimizzare la scelta del farmaco e la strategia da seguire. Ma quali sono i farmaci che deve conoscere il rianimatore e che possono avere un ruolo in questo settore?

DISCUSSANT: Antonelli M., Roma

18.00 ANTIBIOTICI: COME SOMMINISTRARLI E QUANDO DOSARLI?

Pea F., Udine

Il paziente critico ha spesso delle alterazioni nella distribuzione dei volumi intra ed extra vascolari e delle capacità metaboliche che lo rendono completamente diverso dalla quasi totalità degli altri pazienti. Questi aspetti modificano l'interazione farmaco/paziente. Ad esempio alcune molecole non dovrebbero essere somministrate a dosi refratte ma in infusione continua. Sono tutti a conoscenza che il monitoraggio delle concentrazioni ematiche degli antibiotici si è rivelato un utile ausilio nell'ottimizzazione della scelta e della posologia degli agenti antiinfettivi?. Tuttavia la disponibilità di questi monitoraggi è ancora limitata. Quali sono le principali alterazioni che avvengono nel paziente critico di interesse farmacologico ed il loro impatto sull'utilizzo clinico dei vari antibiotici? Quali i presidi necessari e per quali farmaci?

DISCUSSANT: Viale P., Udine – Braschi A., Pavia

18.30 SEPSI: DI COSA HA REALMENTE BISOGNO IL RIANIMATORE?

Antonelli M., Roma

Le recenti Linee Guida sul trattamento della sepsi condivise dalle principali società scientifiche ha consentito di differenziare le diverse opzioni terapeutiche nell'ottica dell'evidenza scientifica raggiunta "presunta". Tuttavia la gestione di un paziente così complesso obbliga il rianimatore a dover fare delle scelte terapeutiche e di monitoraggio "personalizzate" che tengano conto anche delle risorse a disposizione nell'organizzazione dell'attività clinica. L'esperienza clinica obbliga ormai a delle scelte: prima di tutto la tempestività e poi la invasività del trattamento.

DISCUSSANT: Fumagalli R., Bergamo