

**MERCOLEDÌ 27 FEBBRAIO - AULA A**

**19.00-19.30**

## **Apertura dei Lavori**

*Introduzione: Torri G., Milano - Della Rocca G., Udine*

*Lettura Introduttiva*

**“In ricordo di Andrea Casati”**, Fanelli G., Parma

### **Andrea Casati, un pioniere, un innovatore e un caro amico**

*Andrea Casati, professore associato di Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Parma, ha rappresentato una "eccellenza" che ha segnato il tempo nella sua principale area di interesse, l'anestesia regionale, campo in cui è stato pioniere ed innovatore. Ha contribuito a definire il concetto e le tecniche di iniezione multipla nei blocchi nervosi periferici, le caratteristiche cliniche dei nuovi anestetici locali, e il ruolo dei blocchi nervosi periferici continui. Negli ultimi anni, Andrea si era occupato, inoltre, dell'efficacia dei cateteri perineurali stimolanti e della guida ecografica nei blocchi periferici.*

*Andrea ha dato un contributo eccezionale nell'avanzamento della nostra disciplina col suo lavoro sugli anestetici inalatori e endovenosi, sui sistemi di monitoraggio e sulla medicina perioperatoria. È stato autore o co-autore di oltre 400 pubblicazioni scientifiche, ha scritto o contribuito in 19 libri e monografie, ed è stato recensore di tutte le più importanti riviste anestesologiche, ma anche del Lancet e del British Medical Journal.*



*Andrea ci ha lasciato un mercoledì pomeriggio, era il 4 Aprile 2007, mentre praticava ciò che più amava dopo i suoi cari e il suo lavoro: l'arrampicata sportiva. Il destino beffardo ha però voluto che l'incidente non accadesse sulle montagne che tanto spesso aveva affrontato, ma in una palestra di Parma... e ci ha lasciato a soli 40 anni.*

*Andrea Casati sarà ricordato da tutti come un caro amico, un "bravo anestesista", uno stimato ricercatore ed un amato insegnante. La sua memoria vivrà per sempre attraverso le opere che ha portato a termine e quelle di cui ha creato i presupposti.*

## GIOVEDÌ 28 FEBBRAIO - AULA A

**08.30-10.30** **Presidente: Giordano F., Udine**  
**Moderatori: Mastronardi P., Napoli – Pasetto A., Modena**

**08.30 ANESTESIA E SICUREZZA DEL PAZIENTE: BASTA USCIRE SVEGLI DALLA SALA OPERATORIA?**

**Paolicchi A., Pisa**

L'anestesia oggi è considerata una pratica sicura. Check list, protocolli e linee guida attuati sin dalla fase di controllo preoperatorio hanno portato ad una riduzione di morbilità e mortalità. La sicurezza e la soddisfazione del paziente risultano da un insieme di provvedimenti, oggetto di recenti studi.

**DISCUSSANT: Mastronardi P., Napoli**

**09.10 AWARENESS IN ANESTESIA**

**Mastronardi P., Napoli**

L'awareness in anestesia è un fenomeno non molto frequente ma se si verifica può sfociare in uno stress post-traumatico. Alcuni sistemi di monitoraggio (BIS, potenziali evocati auditivi ecc...) ci aiutano a prevenire fenomeni intraoperatori di awareness. Il loro utilizzo è molto limitato ed è poco chiaro il livello di evidenza.

**DISCUSSANT: Corcione A., Napoli**

**09.50 IPERALGESIA: TO BE OR NOT TO BE?**

**Di Marco P., Roma**

L'omeostasi nei sistemi biologici è spesso il risultato di una simmetria fra due opposte tendenze. La chirurgia e l'anestesia sono un forte elemento di destabilizzazione del delicato equilibrio fra sistema anti-nocicettivo e pro-nocicettivo. Lo stimolo chirurgico da una parte e alcuni farmaci impiegati in corso di anestesia sono in grado di creare una condizione di alterata risposta allo stimolo doloroso, questo stato genera una condizione di iperalgesia, ovvero aumentata sensibilità alla stimolazione nocicettiva. Alla luce delle ultime evidenze scientifiche, alcune condotte terapeutiche, nella gestione dell'anestesia e del dolore post-operatorio, andrebbero modificate.

**DISCUSSANT: Tritapepe L., Roma**

**10.30-11.00 COFFEE BREAK**

**11.00-13.00** **Moderatori: Mastronardi P., Napoli – Tritapepe L., Roma**

**11.00 ANAFILASSI E REAZIONI AVVERSE IN ANESTESIA: DALL'ISTAMINA ALLE IGE. SERVE UN REGISTRO NAZIONALE?**

**Mastronardi P., Napoli**

L'incidenza di anafilassi in anestesia è tale da far registrare una mortalità pari al 5-7%. È possibile una prevenzione mirata? Qual è il ruolo delle IgE? Nei paesi nord europei esiste un registro nazionale. Un accurato follow up ed un registro nazionale sono necessari per collocare il rischio di anafilassi in anestesia al giusto posto?

**11.30 PROFILASSI TROMBOEMBOLICA IN ANESTESIA E CHIRURGIA**

**Danelli G., Parma**

La malattia tromboembolica è ancora oggi causa di morbilità elevata e può essere fatale nel suo decorso. Colpisce ogni anno più di 100.000 pazienti ospedalizzati e necessita di profilassi, che è la sola chiave per ridurre l'evoluzione fatale. Numerosi, oggi, sono i farmaci a disposizione per la prevenzione. Inoltre, le tecniche anestesilogiche si sono arricchite di alternative, come i blocchi periferici continui, che non sono influenzati dall'assetto coagulativo del paziente. Infine presto entreranno in commercio nuovi farmaci somministrabili per os nel decorso postoperatorio.

**12.00 UPDATE SULLE NUOVE LINEE GUIDA SUL PAZIENTE CARDIOPATICO DA SOTTOPORRE A CHIRURGIA NON-CARDIACA****Tritapepe L., Roma**

Le nuove linee guida dell'ACC/AHA (2007) identificano i percorsi diagnostici per la riduzione del rischio in relazione al tipo d'intervento ed al paziente. Le raccomandazioni sull'utilizzo della terapia con beta bloccanti, statine, acido acetilsalicilico pongono nuove riflessioni sulla gestione anestesiológica di questi pazienti. Una nuova sfida è rappresentata dalle indicazioni al posizionamento degli stent medicati e non, dalla operabilità dei pazienti con IMA/rivascolarizzazione recente. Numerosi sono i quesiti aperti con i quali l'anestesista rianimatore deve confrontarsi.

**12.30 L'ESPERIENZA ITALIANA SUL SUGAMMADEX: UDINE, NAPOLI, PISA E PARMA****Della Rocca G., Udine**

La miorisoluzione residua rimane ancora oggi un problema da risolvere. Il sugammadex rappresenta un'innovazione assoluta nel campo della miorisoluzione, in quanto come chelante dei miorilassanti non depolarizzanti steroidei è oggi un'esclusiva novità nel mondo anestesiológico. Somministrato ad alte dosi, anche in condizioni di blocco neuromuscolare profondo, l'antagonismo è pressoché immediato. Quattro centri italiani (Udine, Parma, Napoli e Pisa) hanno partecipato alla sperimentazione sul sugammadex, e ne presentano i risultati.

**13.00-14.00 BRUNCH****14.00-16.30 Moderatori: Conti G., Roma – Della Rocca G., Udine****14.00 MEDICINA TRASFUSIONALE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE: STATO DELL'ARTE****Feltracco P., Padova**

I trigger trasfusionali per la somministrazione di emazie concentrate nel corso degli anni si sono progressivamente ridotti (salvo alcune eccezioni) e le indicazioni all'utilizzo di plasma fresco congelato e piastrine tengono conto più delle problematiche cliniche che degli indici di laboratorio. Questo accade soprattutto per le problematiche sulla sicurezza legate agli emoderivati. Ma siamo così convinti che le evidenze derivanti da una letteratura così eterogenea basata sul concetto della non superiorità, e che confluisce poi nelle linee guida internazionali, non limiti l'utilizzo degli emoderivati in situazioni dove una medicina ragionata porterebbe invece ad utilizzarli?

**DISCUSSANT: Barillari G., Udine****14.40 DALLO SCOMPENSO CARDIACO AL CONTRO-PULSATORE****Tritapepe L., Roma**

La "failure" della pompa cardiaca è un evento fisiopatológico che condiziona "a cascata" il funzionamento di tutti gli organi e apparati. Nuove definizioni, nuovi farmaci e nuovi supporti meccanici sono stati messi a punto ed entrati nella pratica clinica per migliorare la capacità del cuore di perfondere gli organi. Tuttavia il loro utilizzo viene spesso limitato dalla difficoltà di trovare indicazioni che siano sufficientemente "evidence based". Quali sono le novità nel supporto della funzione della pompa cardiaca e quali sono i loro possibili e definiti campi di utilizzo?

**DISCUSSANT: Feltracco P., Padova****15.20 QUALI FUNGHI IN QUALE TERAPIA INTENSIVA?****Viale P., Udine**

I funghi possono essere definiti i nuovi patogeni emergenti nella medicina critica? I fattori sono molteplici e spesso noti. Ma siamo realmente nelle condizioni migliori per affrontarli in termini di prevenzione, diagnosi e trattamento? Queste nuove sfide terapeutiche ci devono trovare culturalmente preparati ad affrontarle al meglio. Si profila sempre di più la necessità di una metodologia di lavoro integrata che sfrutti le diverse competenze.

**DISCUSSANT: Pea F., Udine**

- 16.00 INFLUENZA DELLA ANALGESIA E/O SEDAZIONE SULLA VENTILAZIONE MECCANICA**  
**Conti G., Roma**  
 L'analgesia, sempre più utilizzata nella gestione del paziente critico in terapia intensiva, riconosce tra i suoi obiettivi anche quello di migliorare l'interazione paziente/ventilatore. Le linee guida attuali e gli standard correlati alla sedazione, all'analgesia ed al trattamento dei pazienti in terapia intensiva (incluso il delirio) ci offrono suggerimenti per ottimizzare le condizioni di questi pazienti e la loro "ventilabilità". Ma quali e quanti sono i punti ancora oscuri? Quanto tutto ciò influenza l'outcome dei pazienti critici?  
**DISCUSSANT: Pittoni G., Padova**
- 16.30-17.00 COFFEE BREAK**
- 17.00-19.00 Moderatori: Berlot G., Trieste – Pelosi P., Varese**
- 17.00 GENOMICS**  
**Villa F., Monza**  
 Negli ultimi anni le acquisizioni di biologia molecolare hanno trovato delle applicazioni cliniche non solo sul versante della comprensione della fisiopatologia, ma anche sullo sviluppo di nuovi farmaci, sulla diagnostica e su nuovi approcci terapeutici. Tutto questo è sempre stato ritenuto lontano dalla pratica dell'anestesia e della rianimazione. Oggi questo divario si sta rapidamente colmando. Il crescente interesse e l'importanza di queste informazioni deve far parte del nostro modo di "pensare" la medicina che praticheremo da qui a poco.  
**DISCUSSANT: Braschi A., Pavia**
- 17.30 VENTILAZIONE NON INVASIVA: COSA STA CAMBIANDO?**  
**Conti G., Roma**  
 La ventilazione non invasiva è una tecnica ormai diffusa per il trattamento dei quadri di insufficienza respiratoria acuta ed acuta su cronica. Fino a poco tempo fa il paziente COPD con encefalopatia ipercapnica era escluso dal trattamento con NIV: esiste un nuovo atteggiamento in questo settore? Quali sono inoltre le evidenze per l'applicazione della NIV nel paziente immunocompromesso, onco-ematologico e nel trapiantato d'organo solido? Infine quale è lo stato dell'arte dell'utilizzo della NIV in campo pediatrico?  
**DISCUSSANT: Foti G., Monza**
- 18.00 OSSIDO NITRICO PER VIA INALATORIA: LUCI ED OMBRE**  
**Braschi A., Pavia**  
 La terapia con ossido nitrico per via inalatoria, viene oggi consigliata in pazienti con ipertensione arteriosa e/o ipossiemia refrattaria in età neonatale principalmente in presenza di pervietà del forame ovale. È un farmaco utile per testare la vasoreattività in pazienti candidati a trapianto di cuore e polmone e in pazienti affetti da ipertensione polmonare. Quali sono le sue reali indicazioni? È somministrabile a lungo termine? Qual'è la sua sinergia con altri farmaci? Le sue controindicazioni? Quale è il suo reale spazio clinico?  
**DISCUSSANT: Pelosi P., Varese**
- 18.30 THE BRAIN AND THE LUNG: DO YOU WANT TO TALK WITH ME?**  
**Pelosi P., Varese**  
 Recenti evidenze suggeriscono che il SNC e l'apparato respiratorio non sono indipendenti, ma sono soggetti a complesse interazioni. Pazienti con danno neurologico hanno un rischio aumentato di sviluppare disfunzione d'organo extra-cerebrale, tra cui VAP ed insufficienza respiratoria. Ma anche gravi insufficienze respiratorie primitive possono indurre alterazioni soprattutto a livello ippocampale, e questo potrebbe spiegare le sequele neuropsicologiche nei pazienti che sopravvivono a gravi "failure" respiratorie.  
**DISCUSSANT: Berlot G., Trieste**

08.30-11.00 **Moderatori: Pietropaoli P., Roma – Antonelli M., Roma**

**08.30 HEMODYNAMIC MONITORING: WHAT MATTERS AND WHAT DOESN'T**  
**Rhodes A., London UK**

There are now many technologies that can deliver cardiac output, however each has its own issues, problems and limitations. Without understanding these problems, it is difficult to understand the accuracy and precision of the device and to put this number into the right context. This lecture will discuss many of these issues in relation to pulse power analysis and lithium dilution cardiac output.

**09.00 INTERPRETATION OF LACTATE MEASUREMENT**  
**De Backer D., Brussels B**

Lactates are more than a waste-end products or an emergency fuel for cells in case of insufficient oxygen delivery. In some clinical circumstances they have proven being a marker of high risk of morbidity and mortality for patients. In many other cases their increase does not simply reflect a low perfusion state or a low clearance. Insights in their metabolism and physiologic functions can help us to better understand their usefulness as a diagnostic tool.

**09.30 THE INITIAL HEMODYNAMIC MANAGEMENT OF THE PATIENT IN SEPTIC SHOCK**  
**Perel A., Tel Aviv I**

The Surviving Sepsis Campaign guidelines for the initial hemodynamic management of the patient in septic shock are based on the Rivers' study, which targeted the CVP and the ScvO<sub>2</sub>. Does this protocol make sense physiologically? Is it applicable to septic patients in the ICU? Can we do better?

**STILL TALKING ABOUT HEMODYNAMIC MONITORING**

**DISCUSSANT: Antonelli M., Roma**

**10.00 CLINICAL EVALUATION AND CONVENTIONAL MONITORING ARE NOT ENOUGH**  
**Perel A., Tel Aviv I**

The many negative results of the impact of advanced hemodynamic monitoring (mainly the PA catheter) on outcome had led many intensivists to base their therapeutic decisions on physical examination and conventional monitoring alone. However, how good are we in assessing hemodynamic status of critically ill patients without using advanced monitoring? How often are we wrong? Will additional hemodynamic information change our therapeutic decisions significantly?

**10.20 IS CARDIAC OUTPUT MANDATORY?**  
**Rhodes A., London UK**

In many patients measurement of blood pressure is considered to be a mandatory variable that is always monitored. It is easy to measure and is accepted to be important in the management of our patients. There is plenty of evidence, however, to suggest that flow measurements are as important as pressure. Are flow measurements in these patients able to significantly improve their outcome? Perhaps cardiac output measurement is not mandatory, but is it more important than previously considered?

**10.40 HOW DO I MANAGE HEMODYNAMIC MONITORING IN MY DEPARTMENT?**  
**De Backer D., Brussels B**

Hemodynamic monitoring is one of the better examples of how industry can give physicians

a new tool per year. Sometimes more accurate, often less invasive, but they can be more expensive. The new techniques and the numbers with which the anesthetist and the intensivist enjoy playing with, are somewhat different from a piece of a more complex puzzle. The simplification stays in the ability of the working team of joining the numbers, the knowledge, the clinical features and the pathophysiology of the single patient, all together.

**11.00-11.30 COFFEE BREAK**

**11.30-13.30 Moderatori: Gattinoni L., Milano - Conti G., Roma**

**11.30 THERAPEUTIC HYPOTHERMIA: WHERE ARE WE AND WHERE ARE WE GOING?  
Poldermann K., Utrecht NL**

A great part of the energy produced by the cells is spent in keeping a working temperature of about 37°C, and all our metabolic pathways have the better cost/effects ratio in this "heat" environment. But sometimes cells can survive better if they "shut down" their engine. New evidence in favor of mild hypothermia has demonstrated the benefits in term of neurologic derangement in selected groups of patients. Is this therapeutic approach applicable in other type of patients, and is it worthwhile? Is there a state of the art or is it too early?

**DISCUSSANT: Pellis T., Pordenone**

**12.00 IMAGING NELL'ARDS, COSA FARE E QUANDO FARLO  
Gattinoni L., Milano**

Nella gestione del paziente affetto da ARDS la radiografia del torace rappresenta il primo step nel percorso diagnostico. Purtroppo la validità di tale tecnica, a letto del paziente non ci offre un supporto valido per gestire tale complesso quadro. La CT scan rappresenta lo strumento migliore per seguire l'evoluzione e la risposta alla terapia ma quanto è ripetibile? Quale spazio esiste per altre tecnologie bedside e non?

**12.30 FLUID BALANCE IN ARDS  
Pesenti A., Monza**

Nell'ARDS la gestione dei fluidi si è basata per anni sul concetto del "dry-patient". Studi sperimentali e clinici hanno evidenziato con dati gravimetrici e volumetrici le caratteristiche di peso/accumulo di acqua extravascolare polmonare, supportando ulteriormente tale gestione. Ma la gestione del "dry-patient" è veramente efficace? Come questa gestione influenza l'interferenza tra l'equilibrio emodinamico e gli scambi gassosi?

**13.00 FROM THE BALANCED FLUID THERAPY TO THE ALBUMIN-FREE HOSPITAL  
Boldt J., Ludwigshafen D**

Colloids, crystalloids debate is still going on without an evidence-based conclusion. From the balanced fluid therapy we are going to the albumin free hospital. Should the human albumin be used based only on laboratory data? Should nowadays the human albumin be used in many clinical setting as volume replacement? Which are the real evidence in literature to support one or the other position?