

La rianimazione e le sue funzioni 'HUB'

*Indicazione al
ricovero in
rianimazione*

Paziente con grave instabilità di uno o più organi e/o sistemi che rendano necessario il supporto artificiale delle funzioni vitali (circolo, respiro, neurologico) e/o un monitoraggio clinico e strumentale continuo.

Trattamento intensivo

Monitoraggio intensivo

Trattamento intensivo

Si intende il trattamento di una o più insufficienze d'organo con supporto invasivo continuo delle funzioni vitali compromesse.

Disfunzioni d'organo: l'insufficienza respiratoria

Alterazione degli scambi gassosi e/o della meccanica respiratoria con necessità di supporto respiratorio avanzato e monitoraggio clinico e strumentale continuo.

Disfunzioni d'organo: l'insufficienza cardiocircolatoria

Instabilità emodinamica che richieda supporto farmacologico con uno o più farmaci vasoattivi, monitoraggio cardiologico invasivo continuo ed eventuali altri supporti strumentali (contropulsatore aortico, pace-maker temporaneo, assistenza extracorporea).

Disfunzioni d'organo: alterazioni dello stato di coscienza

Coma di diversa eziologia che richieda intubazione e ventilazione meccanica per depressione respiratoria, per mancanza di riflessi protettivi delle vie aeree, e per la prevenzione di ulteriore danno cerebrale secondario.

Il trattamento prevede monitoraggio neurologico invasivo, clinico e di immagini e conseguenti provvedimenti da esso derivati

e la prevenzione e/o correzione di alterazioni emodinamiche, respiratorie, metaboliche

Disfunzioni d'organo: Gravi squilibri metabolici

Alterazioni metaboliche la cui correzione necessita di monitoraggio intensivo e che possono portare, se non corrette in tempi brevi, ad alterazioni delle funzioni vitali, con necessità di interventi invasivi.

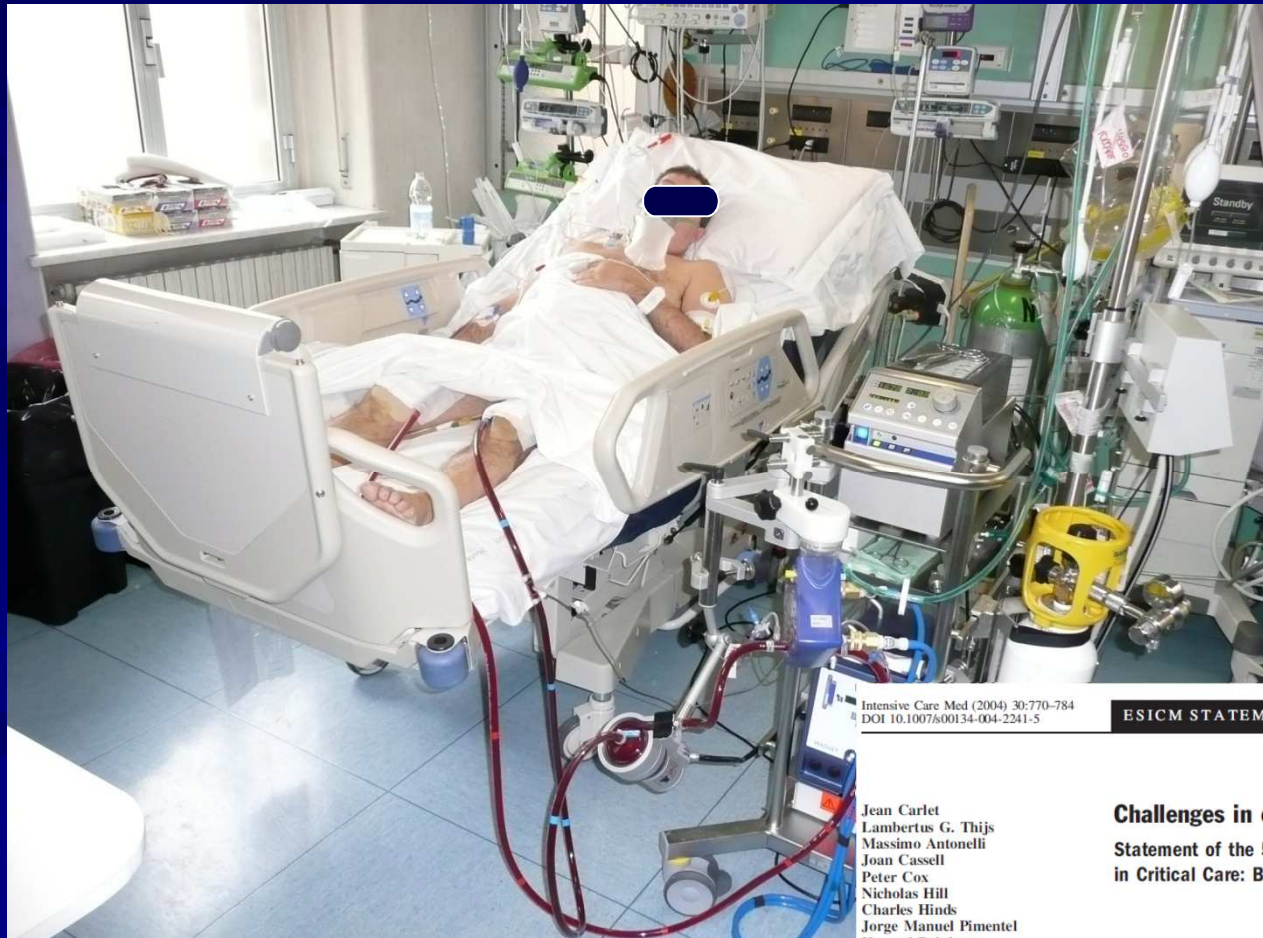
Monitoraggio intensivo

Si intende un monitoraggio clinico e strumentale continuo. Ha lo scopo di prevenire o correggere in tempo reale l'instaurarsi di alterazioni che potrebbero evolvere rapidamente e mettere in pericolo la vita del paziente.

*Appropriatezza del
ricovero in
rianimazione*

....negli ultimi decenni....

Death in the intensive care unit can be postponed to an extent that was previously unthinkable



Intensive Care Med (2004) 30:770-784
DOI 10.1007/s00134-004-2241-5

ESICM STATEMENT

Jean Carlet
Lambertus G. Thijs
Massimo Antonelli
Joan Cassell
Peter Cox
Nicholas Hill
Charles Hinds
Jorge Manuel Pimentel
Konrad Reinhart
Boyd Taylor Thompson

Challenges in end-of-life care in the ICU
Statement of the 5th International Consensus Conference
in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003

The boundary between sustaining life and prolonging death is subtle



Intensive Care Med (2004) 30:770-784
DOI 10.1007/s00134-004-2241-5

ESICM STATEMENT

Jean Carlet
Lambertus G. Thijs
Massimo Antonelli
Joan Cassell
Peter Cox
Nicholas Hill
Charles Hinds
Jorge Manuel Pimentel
Konrad Reinhart
Boyd Taylor Thompson

Challenges in end-of-life care in the ICU

Statement of the 5th International Consensus Conference
in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003

The challenge

- ✓ to avoid any treatment that merely slows, rather than interrupts, the process leading to death and that has no chance of achieving the goal of care
- ✓but avoiding precipitous decisions to withhold treatment which could lead to potentially avoidable deaths

Intensive Care Med (2004) 30:770-784
DOI 10.1007/s00134-004-2241-5

ESICM STATEMENT

Jean Carlet
Lambertus G. Thijs
Massimo Antonelli
Joan Cassell
Peter Cox
Nicholas Hill
Charles Hinds
Jorge Manuel Pimentel
Konrad Reinhart
Boyd Taylor Thompson

Challenges in end-of-life care in the ICU

Statement of the 5th International Consensus Conference
in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003

- o Reversibilità dello stato patologico acuto
- o Ragionevole probabilità di benefici attesi dal trattamento intensivo

....principi etici comuni....

- Autonomia
- Beneficialità
- Non maleficità
- Giustizia distributiva

....e fattori clinici correlati al paziente:

- ✓età biologica
- ✓biografia personale
- ✓patologie concomitanti
- ✓gravità e prognosi dello stato critico attuale
- ✓qualità della vita pregressa e prevedibile

SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini



SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGHI OSPEDALIERI (AIPO)

*Classificazione in base al
potenziale beneficio atteso dal
trattamento intensivo*

Classe 1 (massimo beneficio)

Pazienti con condizioni critiche in atto, potenzialmente regredibili con il trattamento intensivo.

Si tratta di pazienti con insufficienze d'organo conclamate che richiedono il supporto delle funzioni vitali (circolo, respiro, neurologico).

Classe 2: beneficio possibile

Pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo perché ad alta probabilità di sviluppare condizioni cliniche tali da richiedere trattamento intensivo.

Si tratta di pazienti con patologie acute in atto che per le comorbidità esistenti o per l'evoluzione della patologia stessa hanno un'elevata probabilità di sviluppare una o più insufficienze d'organo

Classe 3: beneficio eventuale

Pazienti con patologie acute in atto la cui reversibilità è dubbia o con condizioni cliniche di base tali da poter pregiudicare una risposta positiva al trattamento intensivo a breve-medio termine.

pazienti che devono completare l'iter diagnostico

valutare la risposta al trattamento intensivo

Classe 4: nessun beneficio

- ✓ pazienti con condizioni cliniche non gravi e stabili (too well to benefit), che possono essere trattati e /o monitorizzati in altro reparto (es. insufficienze respiratorie, traumi, scompensi cardiaci, squilibri metabolici, di lieve o moderata entità)
- ✓ pazienti in fase terminale (too sick to benefit) per malattie irreversibili con morte imminente o aggravamento di patologie croniche avanzate con elevata disabilità (es. neoplasie avanzate senza risposta al trattamento, lesioni d'organo non trattabili, insufficienze multiorgano irreversibili)

eccezioni

Classe 1: rifiuto del trattamento intensivo
da parte di pazienti capaci

Classe 4: potenziali donatori d'organo

The challenge

- ✓ to avoid any treatment that merely slows, rather than interrupts, the process leading to death and that has no chance of achieving the goal of care
- ✓but avoiding precipitous decisions to withhold treatment which could lead to potentially avoidable deaths

Intensive Care Med (2004) 30:770-784
DOI 10.1007/s00134-004-2241-5

ESICM STATEMENT

Jean Carlet
Lambertus G. Thijs
Massimo Antonelli
Joan Cassell
Peter Cox
Nicholas Hill
Charles Hinds
Jorge Manuel Pimentel
Konrad Reinhart
Boyd Taylor Thompson

Challenges in end-of-life care in the ICU

Statement of the 5th International Consensus Conference
in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003

....le decisioni difficili



....il lavoro di squadra

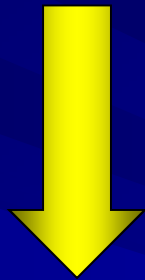


....e ancora

*...Where Caring Does Not End
with the Patient...*

compito primario

provvedere un adeguato trattamento a
pazienti in pericolo di vita



compito parallelo

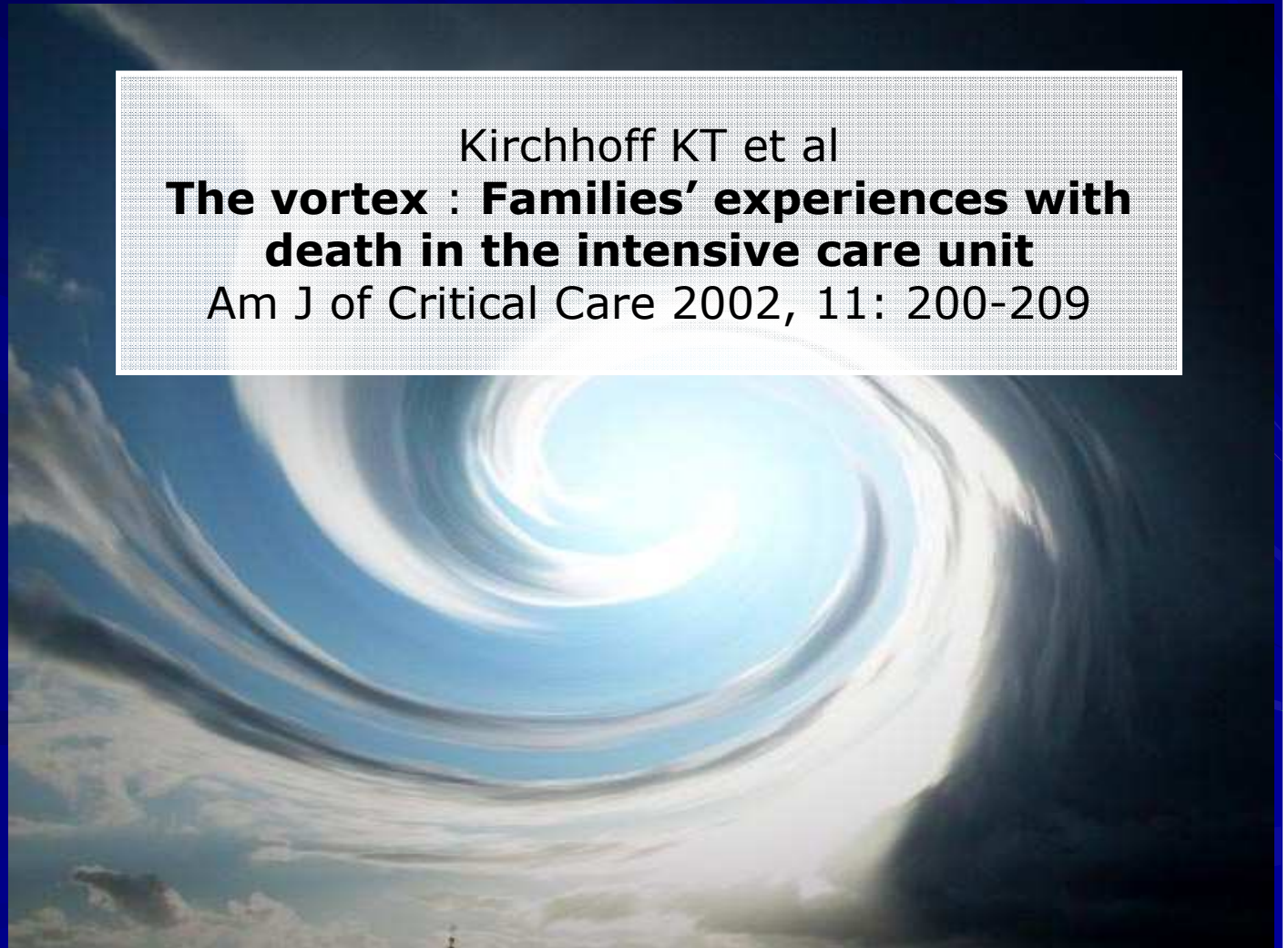
informare e supportare i familiari

*presa in carico della famiglia come
parte integrante del nostro lavoro*

Kirchhoff KT et al

**The vortex : Families' experiences with
death in the intensive care unit**

Am J of Critical Care 2002, 11: 200-209



....il prima



....il dopo



....il legame



Responsabilità...

“....most factors that could improve family satisfaction were in the control of the caregivers...”

Azoulay 2001

“....the caregivers have in their control to meet most, if not all, of these needs...”

Bond 2003

Bisogni primari:

informazione

rassicurazione

vicinanza

Bisogni primari: informazione

- uno o più momenti nella giornata, definiti e dedicati;
- in cui il medico spieghi con semplicità e chiarezza quanto succede al paziente;
- ascolti e risponda in modo diretto e chiaro

Bisogni primari: rassicurazione

- Percepire un lavoro di gruppo ben strutturato e capire il ruolo di ciascun componente all'interno del gruppo.
- Percepire un atteggiamento di tensione costante da parte del personale verso i bisogni del paziente.

Bisogni primari: vicinanza

Restricted Visiting Hours in ICUs:
time to change.

D M Berwick, M Kotagal
JAMA 2004; 292: 736-7

...il passato



Dopo una lunga fase in cui l'accesso ai familiari era stato proibito dal regolamento interno, ci si è convinti dell'opportunità di dare spazio ad un momento in cui il familiare si reca al letto del proprio caro.....

.....viene consentita normalmente una sola visita al giorno e l'orario è dalle ore 14:15 alle ore 14:30. I familiari potranno restare al capezzale del congiunto per un tempo di circa 10 minuti.

- Stress per il paziente...
- Barriere alla erogazione delle cure...
- Esaurimento delle famiglie...
- Aumento delle infezioni...

.... o solo questione di mentalità??

Who is visiting Whom?

....health care professionals neglect the plausible assertion that they are the visitors in patients' lives, not the other way around.

...il presente



*....e adesso qualche
numero....*

la nostra realtà



Grazie a dott.ssa S.Risolo

la nostra realtà

- 15 posti letto**
 - 8 in una stanza**
 - 3 in una seconda stanza**
 - 3 posti singoli isolati (bambini, infetti...)**
 - 1 sala urgenze sempre disponibile**

Ogni postazione è dotata di monitoraggio emodinamico completo, assistenza ventilatoria e pompe infusionali.

Personale

MEDICI:

- ❑ *mattina*: 3 rianimatori + 1 (urgenze)
- ❑ *pomeriggio*: 1 rianimatori + 2 (urgenze)
- ❑ *notte*: 1 rianimatore + 1 (urgenze)

INFERMIERI

- ❑ *mattina*: 8 infermieri
- ❑ *pomeriggio*: 8 infermieri
- ❑ *notte*: 7 infermieri

I nostri numeri: 2015

- ❑ **RICOVERI: 693**
- ❑ **ETA'(media; min-max): 55,4 aa; 6 mesi-92aa**
- ❑ **N pz< 18 aa: 58**
- ❑ **SESSO: M 62% F 38%**
- ❑ **GG DEGENZA (media; min-max): 5,79; 0,01-72,8**
- ❑ **MORTALITA': 21.6%**

principali competenze

- **trattamento dell'insufficienza respiratoria;**
- **trattamento dell'insufficienza cardiocircolatoria;**
- **trattamento del politrauma;**
- **trattamento delle patologie cerebrovascolari e degli stati di coma.**

Pazienti adulti e pediatrici (> 6 mesi)

non solo rianimazione... ma anche...

- **Anestesia in elezione e in urgenza nelle chirurgie di afferenza**
- **Consulenza, assistenza e trattamento rianimatorio per problemi acuti in Pronto Soccorso e nei reparti dell'ospedale che afferiscono alla I Rianimazione (Medicine, Chirurgie specialistiche, UTIC, NOB)**
- **Assistenza/sedazione presso il Servizio di Emodinamica, di Radiologia, di Endoscopia Toracica**
- **Assistenza rianimatoria per trasporto di pazienti critici ad altre strutture ospedaliere**

Provenienza dei pazienti

Ospedale

Pronto Soccorso 150 (21 %)

Neurochirurgia 98 (14%)

Maxillo 32 (4,5%)

Otorino 13 (1,8%)

Infettivi 12 (1,7%)

Cardiochirurgia 12 (1,5%)

Med Urgenza 11 (1%)

Pediatria 12 (1,5%)

Ch infantile 14 (2%)

**Oncoematologia ped 2
(0,2%)**

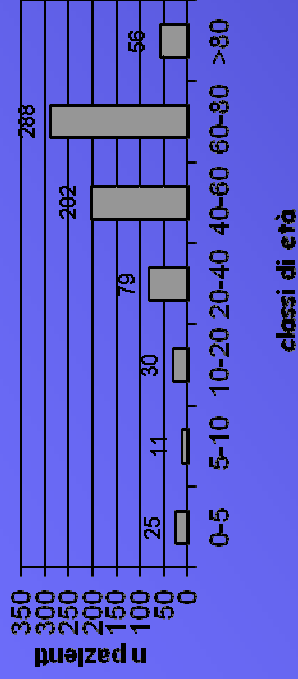
Extra ospedale

- **Piacenza 84 (12%)**
- **Reggio Emilia 69 (9%)**
- **Fidenza 24 (3%)**

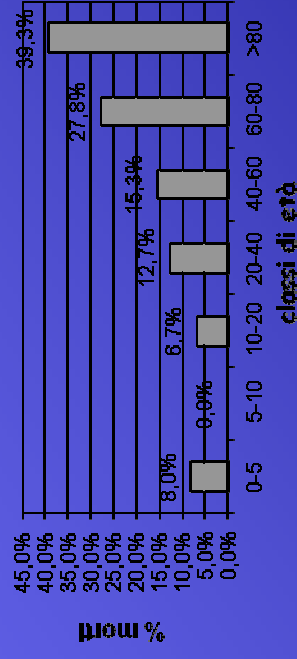
Patologie

- **Trauma Cranico 4%**
- **Politrauma + Trauma cranico 7%**
- **Politrauma senza Trauma Cranico 15%**
- **Ustioni 1%**
- **Insufficienza respiratoria post-operatoria 17,5%**
- **IRA-POLMONITE-ARDS 15%**
- **Arresto Cardiaco 7,3%**
- **Ictus ischemico 3,1%**
- **Emorragia sub-aracnoidea 5%**
- **Ematoma intraparenchimale 6,5%**
- **Meningite-encefalite 1%**
- **Intossicazione 0,75%**
- **Sepsi-shock settico 5%**

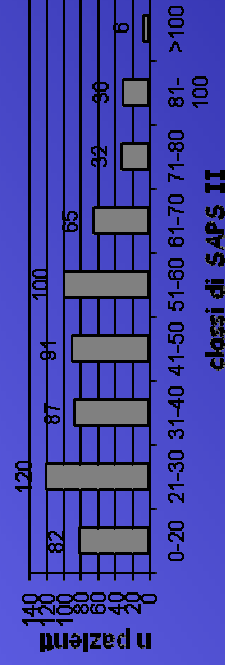
Distribuzione dei pz secondo classi di età



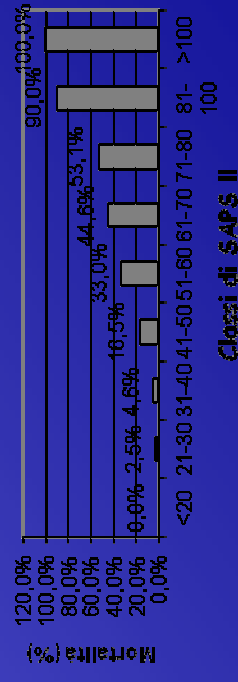
Mortalità per classi di età

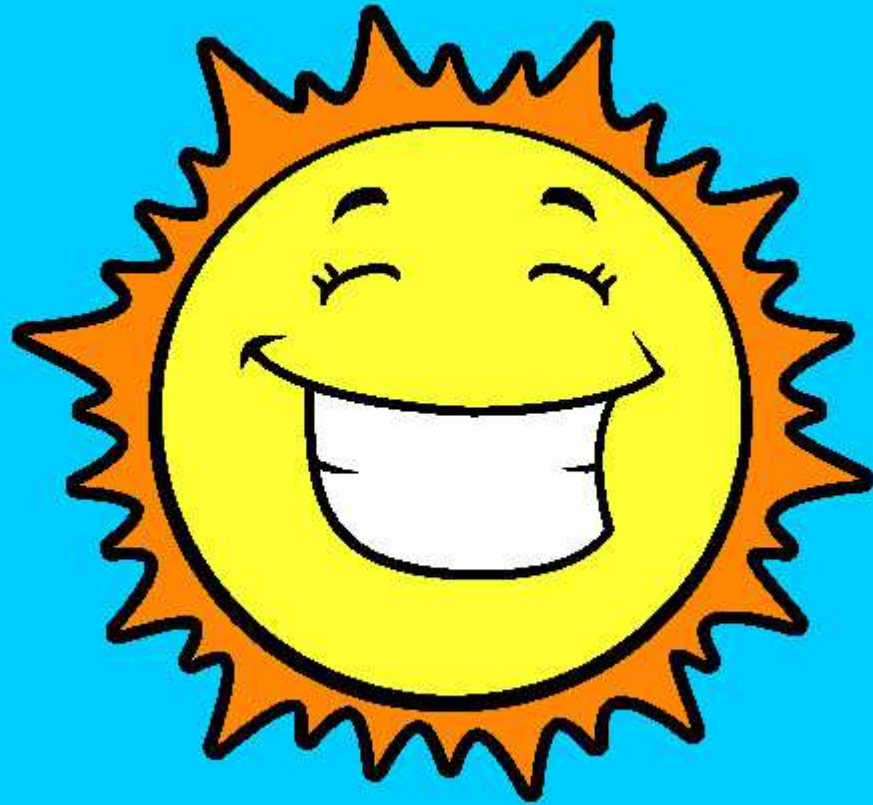


Distribuzione dei pz secondo classi di SAPS II



Mortalità secondo classi di SAPS II





Grazie per l'attenzione