

# LAMPEDUSA

AEROPORTO DI LAMPEDUSA

20-26

MAGGIO

2018



## SIARTI ACADEMY

RESPONSABILI SCIENTIFICI

**Antonio Corcione**

**Flavia Petrini**

**Raffaele De Gaudio**

**Maurizio Menarini**

**Simone Bazurro**

# CREM

## CRITICAL EMERGENCY MEDICINE



# SIARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

# CPAR

COLLEGIO DEI PROFESSORI  
DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE



# SIARTI ACADEMY

## LAMPEDUSA 20-26 MAGGIO 2018

**AEROPORTO DI LAMPEDUSA**  
Contrada Cala Francese

### FACULTY

Chiara Abbruzzese, Milano  
Giuseppe Accurso, Palermo  
Marinella Astuto, Catania  
Caterina Aurilio, Napoli  
Alessandro Barelli, Roma  
Simone Bazurro, Genova  
Rita Bertuetti, Brescia  
Elena Bigi, Bologna  
Elena Bignami, Milano  
Maria Grazia Bocci, Roma  
Cesare Bolla, Alessandria  
Luca Brazzi, Torino  
Filippo Bressan, Prato  
Brunello Brunetto, Savona  
Andrea Bruni, Catanzaro  
Luca Careno, Novara  
Rita Cataldo, Roma  
Marcello Ceola Graziadei, Verona  
Emiliano Cingolani, Roma  
Gilda Cinnella, Foggia  
Mario Citino, Verona  
Umberto Colella, Napoli  
Davide Colombo, Novara

Antonio Corcione, Napoli  
Andrea Cortegiani, Palermo  
Fabio Criscione, Catania  
Armando Cuttano, Pisa  
Ida Di Giacinto, Bologna  
Katia Donadello, Verona  
Clelia Esposito, Napoli  
Andrea Fanelli, Bologna  
Costantino Fontana, Roma  
Francesco Forfori, Pisa  
Francesco Foti, Milano  
Giuseppe Foti, Monza  
Eugenio Garofalo, Catanzaro  
Daniela Ghisi, Bologna  
Antonino Giarratano, Palermo  
Leonardo Gottin, Verona  
Cesare Gregoretti, Palermo  
Paolo Gritti, Bergamo  
Pierluigi Ingrassia, Novara  
Alessandra Ionescu Maddalena, Roma  
Paolo Marin, Albenga  
Maurizio Menarini, Bologna  
Massimo Micaglio, Firenze

Lucia Mirabella, Foggia  
Giorgia Montrucchio, Torino  
Paolo Murabito, Catania  
Francesca Pacini, Roma  
Nicolò Patroniti, Genova  
Paolo Pelaia, Ancona  
Concetta Pellegrini, Benevento  
Flavia Petri, Chieti  
Massimiliano Pirrone, Milano  
Enrico Polati, Verona  
Maurizio Raineri, Palermo  
Francesco Rasulo, Brescia  
Marco Rispoli, Napoli  
Gianluca Russo, Lodi  
Gabriele Sales, Torino  
Angela Scandurra, Lampedusa  
Emilio Sigali, Pisa  
Salvatore Simari, Verona  
Massimiliano Sorbello, Catania  
Diego Tantillo, Lampedusa  
Luigi Tritapepe, Roma  
Luigi Vetrugno, Udine  
Carlo Alberto Volta, Ferrara

In collaborazione con



Con il patrocinio di



*Comune di Lampedusa e Linosa*

## PARTE TEORICA

Saluti SIAARTI e Introduzione Proxima

A. Corcione, F. Petrini, A. Giarratano, S. Bazurro

Saluti autorità

Sindaco di Lampedusa, Guardia Costiera, CISOM

La gestione del paziente disbarico

P. Pelaia

Il trattamento del dolore in emergenza

C. Aurilio

Trasporto intraospedaliero ed extraospedaliero  
del paziente critico

N. Patroniti

Intervento

Pietro Bartolo - Medico di Lampedusa

Maxi emergenza e disastro

P. Ingrassia, D. Colombo, L. Careno

## PARTE PRATICA

**20-21 -22 - 23** Maggio 2018

**09.00-13.00**

**WORKSTATIONS**

LUNCH

**14.30-19.00**

**WORKSTATIONS**

**24** Maggio 2018

**09.00-17.00**

**MAXI SIMULAZIONE**

**25** Maggio 2018

**09.00-13.00**

**DEBRIEFING DOCENTI E DISCENTI**

**26** Maggio 2018

**09.00-13.00**

**PARTENZE**

**1] SIMULAZIONE FULL SCALE**

C.A. Volta, F. Petrini, M. Menarini, P. Ingrassia, A. Barelli, F. Bressan

La stazione si prefigge di far comprendere i principi delle competenze non tecniche anestesiologiche (Anaesthesia Non Technical Skills), importanti quanto le conoscenze e le tecniche quando si affrontano situazioni di crisi a potenziale rapida evoluzione clinica, come quelle prese ad esempio. Allestendo in simulazione ad alta fedeltà scenari critici in ambiente ospedaliero, nel quale l'intervento dello specialista viene considerato risolutivo, si faranno esercitare i gruppi anche sulle competenze relazionali, inter-personali e organizzative, che sono fondamentali per aiutare a prendere decisioni razionali, a sviluppare e mantenere la consapevolezza dinamica della situazione, ad anticipare che cosa potrebbe succedere nell'evoluzione del caso, a gestire le risorse ed organizzare il team, raggiungendo al meglio gli obiettivi clinici in situazioni critiche tempo-dipendenti.

**2] BLOCCHI LOCO-REGIONALI ECOGUIDATI IN EMERGENZA**

A. Fanelli, D. Ghisi, A. Ionescu Maddalena, G. Russo

Le tecniche di anestesia/analgesia locoregionale permettono un eccellente controllo del dolore acuto con una minor incidenza di effetti collaterali rispetto alla somministrazione sistemica di analgesici. Il sempre più frequente utilizzo degli ultrasuoni, inoltre, ha migliorato nell'ultimo decennio il profilo di efficacia/sicurezza di queste tecniche. Obiettivo del workshop è l'acquisizione delle basi ultrasonografiche e sonoanatomiche applicabili ai principali approcci utilizzabili nel trattamento del dolore acuto in particolare di natura traumatica.

**3] GESTIONE DELLE VIE AEREE NEL PAZIENTE CRITICO**

M. Sorbello, R. Cataldo, I. Di Giacinto, C. Esposito

La gestione delle vie aeree presenta delle difficoltà che in emergenza si moltiplicano e possono risultare in errori e conseguenze molto gravi il cui principale fattore correttivo è dato, prima ancora che dalla conoscenza dei presidi, dall'elaborazione di algoritmi procedurali e dallo sviluppo di competenze non tecniche e strategie comunicative corrette.

- GVA in emergenza (farmaci, rapid sequence induction)
- Preossigenazione, ossigenazione: razionale e tecniche
- Vortex Approach
- Accesso tracheale rapido

**4] GESTIONE DEL PAZIENTE VITTIMA DI ANNEGAMENTO**

A. Giarratano, A. Cortegiani, M.S. Raineri

Ogni anno nel mondo circa 500.000 persone muoiono per annegamento. L'annegamento è la causa di circa 0.7% di tutte le morti mondiali ed è tra le cause di morte più frequenti nella fascia di età pediatrico-adolescenziale. La terminologia circa tale evento, e degli eventi correlati, è spesso confusa ed è stata recentemente standardizzata. L'annegamento causa una complessa catena di eventi fisiopatologici tipici. Gli interventi specifici iniziano sin dal recupero della vittima in acqua per poi passare al primo soccorso, all'approccio ABCDE,

alla gestione delle complicanze previste in ambiente intensivologico. L'eventuale arresto cardiaco correlato va gestito con delle modifiche specifiche dell'algoritmo standard. La stazione "gestione del paziente vittima di annegamento" mira a fornire ai partecipanti le nozioni fondamentali per la comprensione della fisiopatologia e della gestione clinica delle vittime di annegamento in un contest di risorse limitate.

**5] GESTIONE DEL PAZIENTE VITTIMA DI DISBARISMO**

P. Pelaia, G. Accurso

In questa stazione pratica verrà simulato un caso di disbarismo. I partecipanti dovranno riconoscere i segni ed i sintomi della malattia da decompressione, attuare le prime manovre di soccorso extraospedaliero, riconoscere le criticità del trasporto del paziente vittima di disbarismo e la programmazione del trattamento più idoneo. Verranno fornite informazioni sulla fisiopatologia e sul trattamento dei disturbi da disbarismo alla luce della più recente evidenza scientifica.

**6] EMERGENZE OSTETRICHE NEONATALI**

M. Micaglio, A. Cuttano, E. Sigali

Gli eventi "avversi" durante il parto costituiscono una importante causa di mortalità e morbilità perinatale. Si stima che circa il 10% dei neonati abbia bisogno di un "aiuto" per l'adattamento alla vita extrauterina e che circa il 2% necessitino di ventilazione a pressione positiva. Il primo minuto dopo la nascita, golden minute, è fondamentale nel determinare l'outcome del neonato ed è indispensabile che tutti gli interventi necessari vengano gestiti in maniera adeguata senza perdita di tempo. Solo attraverso una formazione continua e la simulazione di scenari complessi è possibile creare un back ground adeguato a gestire in maniera corretta le situazioni di emergenza. Il corso si prefigge pertanto lo scopo di affrontare le più recenti acquisizioni nell'ambito della assistenza neonatale, migliorare le competenze tecniche (technical skill) e simulare scenari complessi per aspetti riguardanti le prime ore di vita.

**7] VENTILAZIONE IN EMERGENZA, IN SALA OPERATORIA, IN TERAPIA INTENSIVA**

G. Cinnella, L. Mirabella, C. Gregoretti, G. Foti

L'insufficienza respiratoria acuta, nello scenario d'emergenza può essere difficile da gestire, garantire un adeguato scambio gassoso senza peggiorare il danno polmonare con la ventilazione rientra nel management ottimale. La severità ed il tipo di danno toraco-polmonare necessitano quindi di approcci personalizzati con la scelta della giusta tecnica, l'uso eventualmente di tecniche di ventilazione non invasiva o degli alti flussi. Allo stesso modo, la gestione del paziente con insufficienza respiratoria può avvenire in sala operatoria soprattutto se la chirurgia richiede posizioni particolari (trendelenburg, jackknife position ecc) o di tecnicismi specifici (pneumoperitoneo, chirurgia robotica ecc.) potrebbero presentare problemi di ossigenazione e di ventilazione. Questi pazienti beneficiano di strategie ventilatorie protettive al pari dei pazienti critici scegliendo in maniera personalizzata il giusto Vt, la giusta PEEP ed eventualmente l'applicazione di manovre di reclutamento intraoperatorie.

**8 FATTORE UMANO E TEAM BUILDING**

F. Bressan, A. Barelli

Gestire una situazione critica mette a confronto con una serie di problemi, non sempre risolvibili solo con la tecnica: mentre si riflette sulle possibili opzioni diagnostiche terapeutiche, si deve anche cercare di tenere sotto controllo la situazione e coordinare tutti coloro che si trovano sulla scena. Avere le idee chiare e nervi saldi è solo l'inizio: il team leader deve essere in grado di far muovere la squadra in maniera coordinata, di stabilire le priorità, di gestire la comunicazione interna e verso l'esterno e di non perdere nessuna delle informazioni essenziali. Obiettivo della stazione è quello di far cimentare i discenti con questi aspetti, esercitando una serie di tecniche che trasformano la conoscenza di quel che va fatto in una azione clinica efficace, per imparare a essere validi leader, ma anche eccellenti aiutanti, oltre che a... non complicarsi la vita nei momenti in cui la situazione potrebbe essere più semplice di quello che appare!

**9 MEDICINA DELLE MIGRAZIONI E IGIENE PREOSPEDALIERA**

L. Brazzi, G. Montrucchio, G. Sales, C. Bolla

- > La diagnosi e il trattamento delle patologie critiche nei "returning travelers"
- > Le emergenze infettivologiche: le febbri emorragiche, la malaria da *P. falciparum*, le meningiti ed encefaliti
- > Diagnosi, gestione e trattamento della tubercolosi
- > Le infezioni sessualmente trasmissibili
- > La salute materno-infantile
- > Panoramica sulle patologie trasmesse da vettori: dengue, febbre gialla, Chikungunya, Zika

Simulazione pratica: gestione ospedaliera (dal pronto soccorso alla terapia intensiva) di un paziente con sospetta infezione trasmissibile per germe "non comune".

**10 ALS**

M.G. Bocci, E. Cingolani, U. Colella

La stazione si propone di analizzare i principali algoritmi ALS (Advanced Life Support ILCOR) per l'arresto e il periarresto cardiaco contestualizzandoli in casi clinici.

**11 GESTIONE POST ROSC DEL PAZIENTE IN ARRESTO CARDIACO; TTM**

K. Donadello, L. Gottin

L'arresto cardiaco rappresenta un problema primario per la salute pubblica. Malgrado i progressi dell'ultimo decennio la sopravvivenza dopo OHCA e IHCA rimane bassa (approssimativamente 28.6% e 22.3%, rispettivamente)[1-4]. Malgrado una rianimazione cardiopolmonare efficace, la morte avviene frequentemente

per danno neurologico irrimediabile, persistente instabilità emodinamica, insufficienza d'organo. Il danno neurologico severo è la principale causa di decesso dopo OHCA, ed è caratterizzato sia da insulto cerebrale primario che secondario. Ipotensione, iperglicemia, iper-/ipossia, iper-/ipocapnia possono contribuire al danno da ri-perfusione. L'ipotermia indotta, o Target Temperature Management (TTM) è diffusamente utilizzata nei pazienti dopo OHCA dal 2002; dopo la pubblicazione nel 2013 dello studio di N. Nielsen et al, lo scenario internazionale si è reso più eterogeneo.

**12 ECOCARDIOGRAFIA IN CONDIZIONI CRITICHE**

L. Tritapepe, F. Pacini

Il razionale del corso è quello di fornire ai discenti le conoscenze teoriche e pratiche dell'ecocardiografia. Le sole conoscenze basali permettono però una diagnosi rapida ed eziologica dell'instabilità emodinamica, di vitale importanza per consentire una terapia immediata e mirata. L'ecocardiografia è il metodo più veloce, preciso, sicuro, al letto del paziente per individuare le cause cardiache e per seguirne l'evoluzione e la risposta al trattamento. Con l'eco-Doppler si stima il grado di compromissione emodinamica misurando le pressioni di riempimento sinistre e destre, la pressione polmonare, la gittata sistolica. La correlazione con i metodi invasivi è accettabile. Una misurazione affidabile richiede un corretto allineamento, non sempre ottenibile con l'ETT nel malato critico, non completamente vicariabile con l'approccio transesofageo. A volte, in particolare per le misurazioni della gittata, dobbiamo accontentarci di seguire le variazioni piuttosto che il valore assoluto. La stima della funzione diastolica con il Doppler transmitralico può essere impedita dalla fusione delle due onde, secondaria alla frequente presenza di tachicardia. In base alla valutazione "eco-dinamica" si decide la necessità e il tipo di monitoraggio emodinamico (mini-invasivo o invasivo) e la scelta dei farmaci. In pazienti selezionati con instabilità emodinamica refrattaria alla terapia medica si renderà necessario l'impiego di sistemi di assistenza meccanica; l'ecocardiografia viene utilizzata per escludere le controindicazioni specifiche, visualizzare il corretto posizionamento degli eventuali devices di assistenza. L'incannulazione di un vaso centrale, in un paziente critico, a volte scoagulato o con severa piastrinopenia, può comportare gravi rischi in caso di complicità (puntura arteriosa, pneumotorace); l'ecografia vascolare, permette di guidare una cannulazione sicura.

**13 CRITICAL EMERGENCY TRAUMA CARE**

E. Bigi, C. Pellegrini

La stazione fornisce un metodo di diagnosi e gestione del paziente politraumatizzato grave in extraospedaliero e nell'immediato intraospedaliero (emergency room) contestualizzandolo in base alle situazioni ad alle risorse disponibili. La discussione di casi permetterà di focalizzare l'attenzione oltre che sul metodo, anche sulle peculiarità e le criticità di pazienti complessi. Una breve discussione sulle necessità terapeutiche salvavita e specialistiche permetterà un inquadramento ed una definizione completa del percorso del traumatizzato grave.

**14 ECOGRAFIA EFAST**

M. Menarini, F. Forfori, E. Garofalo, A. Bruni

L'ultrasonografia rappresenta oggi una metodica nuova e sempre più utile in area critica poiché, eseguita ed interpretata al letto del paziente, può aiutare il medico a formulare una diagnosi o guidare una procedura interventistica. L'esame, eseguito come "goal directed examination", può spesso aiutare il clinico a rispondere ad un quesito diagnostico con un risultato positivo o negativo (sì o no), ma anche ad identificare un dato intermedio e a riconoscere quadri particolari che richiedono un intervento multidisciplinare.

Scopo di questo corso è fornire un approccio ragionato in grado di valutare il paziente dalla testa ai piedi integrando la valutazione ecografica alla valutazione clinica del paziente.

**15 VIE INFUSIONALI IN EMERGENZA**

Accessi intraossei

S. Simari, M. Citino

In condizioni di emergenza può essere difficile o impossibile reperire un accesso infusione endovenoso. L'accesso intraosseo consente di iniziare una infusione endovenosa in breve tempo, molto inferiore al tempo di posizionamento di un accesso venoso centrale. Il suo utilizzo, risulta tuttavia inferiore rispetto alle attese basate sulla letteratura disponibile. Partendo da alcuni scenari clinici possibili, verranno illustrate le nozioni teoriche fondamentali sull'utilizzo di questo approccio che saranno poi trasferite nelle esercitazioni pratiche.

**Accessi venosi**

C. Abbruzzese, M. Pirrone

Questa stazione si propone di esporre, secondo le evidenze riportate in letteratura, le differenti tecniche e sedi utilizzabili per stabilire un accesso venoso in emergenza. Verranno affrontati differenti casi clinici (politrauma, shock settico, DIVA) al fine di conoscere indicazioni e rischi correlati ad ogni tecnica e sito di impianto. La parte pratica prevede un approccio hands-on alla puntura venosa ecoguidata su modello.

PARTE TEORICA E DISCUSSIONE CASI (45')

HANDS-ON (45')

**16 IL DRENAGGIO TORACICO**

L. Vetrugno, M. Rispoli, E. Bignami

Attraverso l'analisi di casi clinici di traumi complessi del torace si propongono e discutono metodiche di diagnosi e terapia delle principali patologie traumatiche del torace: pneumotorace iperteso, emopneumotorace, contusione polmonare estesa e volet costale. La stazione si propone inoltre di dimostrare e far mettere in pratica in prima persona ai discenti le tecniche di posizionamento e gestione di un drenaggio toracico.

- Trauma toracico: approccio in emergenza (20')
- Scenari con drenaggi toracici (60')

Tra le procedure più frequentemente eseguite in terapia intensiva dall'Anestesista Rianimatore, il posizionamento del drenaggio toracico si colloca al terzo posto dopo l'incannulamento degli accessi vascolari venosi e/o arteriosi e l'intubazione oro-tracheale; questo è giustificato dal fatto che il 41% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva ha un versamento pleurico.

Il drenaggio precoce di tale versamento può migliorare l'ossigenazione ed evitare l'intubazione oro-tracheale attraverso l'uso della ventilazione non invasiva (NIV) o viceversa in un paziente intubato la rimozione del liquido pleurico può far espandere il polmone, migliorare l'ossigenazione e consentire un precoce "weaning" dalla ventilazione meccanica invasiva con intubazione.

Tuttavia, tale manovra non è scevra da rischi e le sue indicazioni vanno valutate caso per caso bilanciando il rapporto tra i rischi e i benefici. Le linee guida sottolineano come il training sui manichini e l'uso degli ultrasuoni siano mandatori.

**17 LA GESTIONE DELL'EMORRAGIA SEVERA: TEST VISCOELASTICI**

E. Polati, M. Ceola Graziadei

La coagulopatia si accompagna spesso al trauma severo complicando la gestione medica delle prime ore impattando in modo significativo sulla mortalità e sulla morbilità generale. I pazienti che sviluppano una coagulopatia a seguito di trauma severo hanno una probabilità di morte aumentata fino a otto volte nelle prime 24 ore. I test viscoelastici eseguiti al letto del paziente (TEG, ROTEM) rappresentano l'unico modo di esplorare l'equilibrio coagulativo "in vivo" permettendo la diagnosi rapida delle principali alterazioni e guidando la somministrazione di emoderivati. Il TEG come test di coagulazione del sangue intero ha cominciato ad essere diffuso nella pratica clinica dagli anni '80, quando divenne uno strumento importante durante il trapianto ortotopico di fegato. Il trapianto di fegato richiede spesso un'enorme quantità di trasfusioni di sangue a causa della cospicua emorragia chirurgica e le complesse coagulopatie che si verificano durante le fasi anepatiche e post-riperfusioni. Gli algoritmi di trasfusione guidati da TEG hanno dimostrato di ridurre notevolmente i requisiti per la trasfusione di emocomponenti. Negli anni '90, il TEG veniva applicato alla chirurgia cardiaca, che consuma da sola il 20% di tutti i emoderivati negli Stati Uniti. Il dieci per cento di questi pazienti ha un'emorragia clinicamente rilevante dopo bypass cardiopolmonare, il 50% di questi è secondario alla coagulopatia. Anche in questo setting l'utilizzo precoce dei test viscoelastici è stato in grado di ridurre l'uso degli emoderivati. Con una nuova comprensione della "coagulopatia del trauma", c'è stato un rinnovato interesse nell'uso del TEG in questa categoria di pazienti per i quali una diagnosi veloce seguita da una "rianimazione emostatica" guidata dai risultati dei test funzionali, è in grado di migliorare l'outcome globale; tali evidenze hanno permesso di raccomandare l'utilizzo routinario dei test viscoelastici nelle più recenti linee guida pubblicate sull'argomento.

**18 IL TRAUMA CRANIOCEREBRALE**

R. Bertuetti, P. Gritti, F. Rasulo

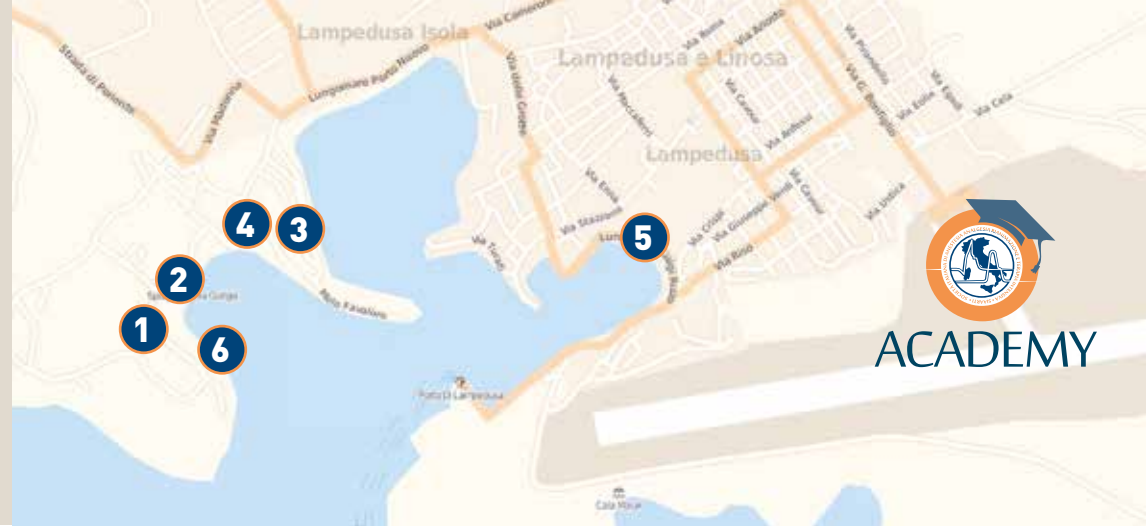
- > Introduzione
- > Presentazione clinica e diagnosi
- > Neuro-resuscitation
- > Neuromonitoraggi
- > Gestione e trattamento in terapia intensiva





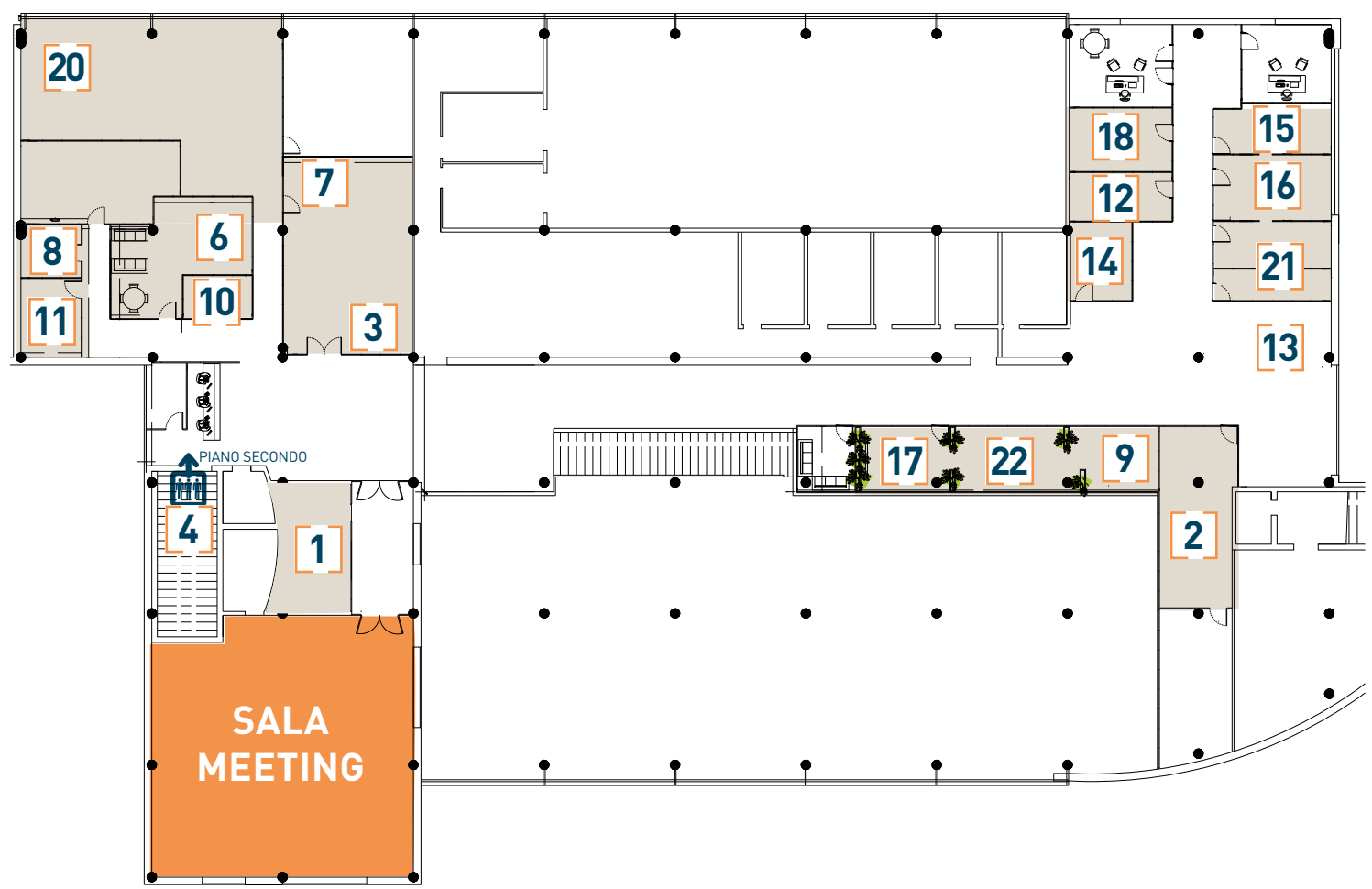
# NUMERI UTILI

- 1** Hotel Guitgia  
Tel. 0922 970879
- 2** Hotel Baia Turchese  
Tel. 0922 970455
- 3** Hotel Paladini di Francia  
Tel. 0922 1660020
- 4** Hotel Martello  
Tel. 0922 971479
- 5** Hotel Cala Palme  
Tel. 339 2371621
- 6** Hotel Il Faro della Guitgia  
Tel. 0922 970962



## PIANO PRIMO

**AEROPORTO DI LAMPEDUSA**  
Contrada Cala Francese







Il programma formativo,  
con il riconoscimento del CPAR  
e delle Scuole italiane, può consentire  
l'acquisizione di competenze riconosciute  
dal Diploma Supplement  
del singolo ateneo.

# SIARTI ACADEMY

## MAIN SPONSOR



## SPONSOR TECNICO UFFICIALE



## Si ringraziano per il contributo



## SEGRETERIA SCIENTIFICA



# SIARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

Viale dell'Università, 11 - 00185 Roma

Tel. +39 06-4452816

[segreteria@siaarti.it](mailto:segreteria@siaarti.it)

[www.siaarti.it](http://www.siaarti.it)

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



AIM Group International - Sede di Milano

via G. Ripamonti 129 - 20141 Milano

Tel. +39 02.56601.1

[siaartiacademy@aimgroup.eu](mailto:siaartiacademy@aimgroup.eu)