





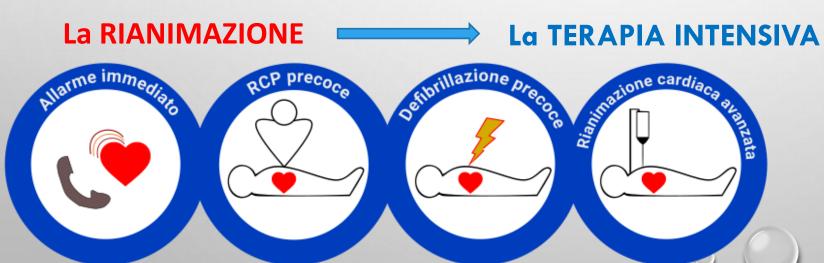
La visione dell'intensivista

Livio Carnevale

l'intensivista ...

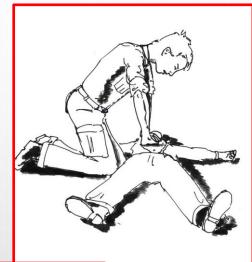
I termini *terapia intensiva* e *rianimazione* identificano l'insieme delle complesse procedure diagnostiche e terapeutiche finalizzate al ripristino e al sostegno di funzioni vitali (cardiocircolatoria, respiratoria, neurologica, metabolica) acutamente e gravemente compromesse.

Prof. Raffaele Manni – Enciclopedia TRECCANI





La RIANIMAZIONE







L'Anestesia



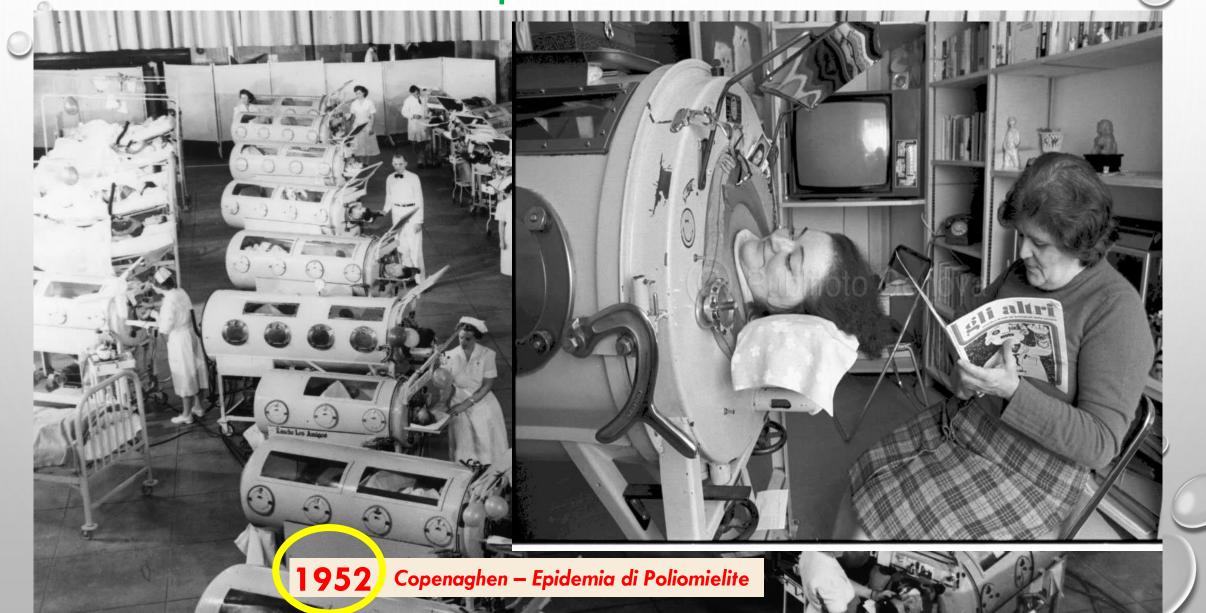


Rianimazione e Terapia Intensiva...

AMICI DELLE

Mariuccia e Giovanni Manera odv

XX secolo: Epidemia di Poliomielite



Rianimazione e Terapia Intensiva...

CURE PALLIATIVI
Mariuccia e Giovanni Manera odv

AMICI DELLE

XXI secolo: Epidemia di COVID-19

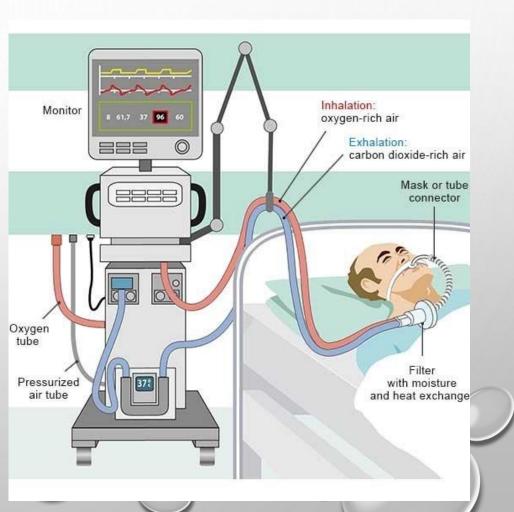


Rianimazione e Terapia Intensiva... AMICI DELLE CURE PALLIAT

Mariuccia e Giovanni Manera odv

I termini terapia intensiva e rianimazione identificano l'insieme delle complesse procedure diagnostiche e terapeutiche finalizzate al ripristino e al sostegno di funzioni vitali (cardiocircolatoria, respiratoria, neurologica, metabolica) acutamente e gravemente compromesse.











«Un tubo non si può proporre a tutti»

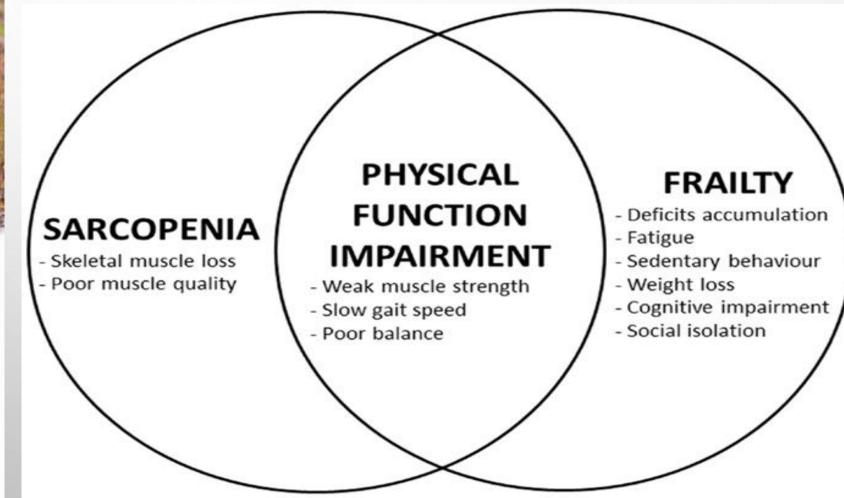
... di questo vi vorrei parlare ...







... della particolare CURA che dobbiamo riservare alle persone con patologie croniche e frequentemente fragili e spesso (ma non sempre) anziane...







ed anche dei LIMITI che dobbiamo considerare quando proponiamo interventi CHIRURGICI e quindi anche ANESTESIOLOGICI e di TERAPIA INTENSIVA. Alle persone FRAGILI



1) La prognosi dei pazienti anziani e fragili sottoposti ad interventi chirurgi di media ed alta intensità Uriginal Allicie

CPD available at http://www.learnataagbi.org

Cognitive decline in the elderly after surgery and anaesthesia: results from the Oxford Project to Investigate Memory and Ageing (OPTIMA) cohort

D. Patel, A. D. Lunn, A. D. Smith, D. J. Lehmann and K. L. Dorrington 5,6

1 Core Trainee in Anaesthetics, Northwick Park Hospital, Harrow, UK

Ana

- 2 Emeritus Fellow, Department of Statistics, 3 Professor Emeritus, Founding Director, 4 Research Fellow, Oxford Project to Investigate Memory and Ageing, Department of Pharmacology, University of Oxford, Oxford, UK 5 Associate Professor of Physiology, Department of Physiology, Anatomy and Genetics, University of Oxford, Oxford, UK
- 6 Honorary Consultant, Nuffield Department of Anaesthetics, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK



Metodo



OPTIMA ha reclutato pazienti anziani normali o con deficit cognitivi dal 1988 al 2008

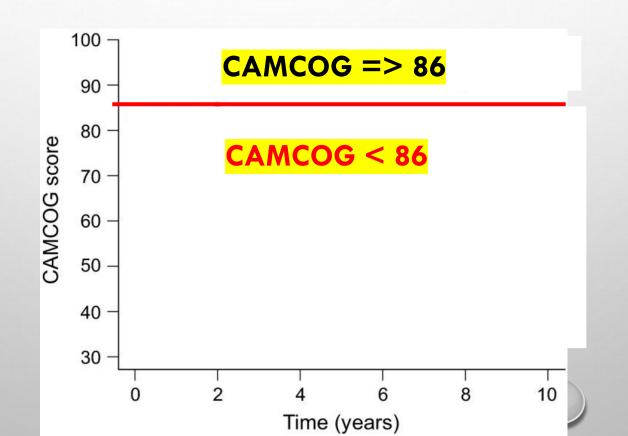
Le persone arruolate:

- erano state sottoposte periodicamente ad una valutazione standardizzata con il test Cambridge Cognition Examination (CAMCOG);
- erano state sottoposte alla ricerca genetica dell'allele APOΕε4, associato ad alto rischio di decadimento cognitivo e diagnosi di demenza di Alzheimer;
- di tutte si conoscevano eventuali interventi chirurgici/anestesie;
- sono stati inclusi tra i pazienti «chirurgici» solo quelli sottoposti ad almeno 1
 intervento di chirurgia di moderata o di alta intensità;

Risultati



- Dei 982 pazienti arruolati dallo studio OPTIMA 394 (198 donne e 196 uomini) soddisfacevano i criteri di analisi dello studio
- L'età mediana di questi è risultata essere pari a 72,9 anni
- Le persone analizzate sono state suddivise in 2 gruppi all'arruolamento:





Valutazione genetica della presenza dell'allele ΑΡΟΕε4

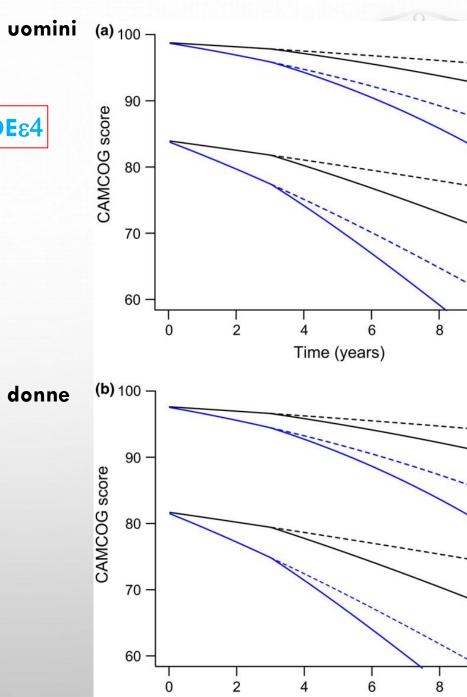
Con intervento in anestesia

Senza intervento in anestesia

NO allele APOEε4

Con allele APOE&4



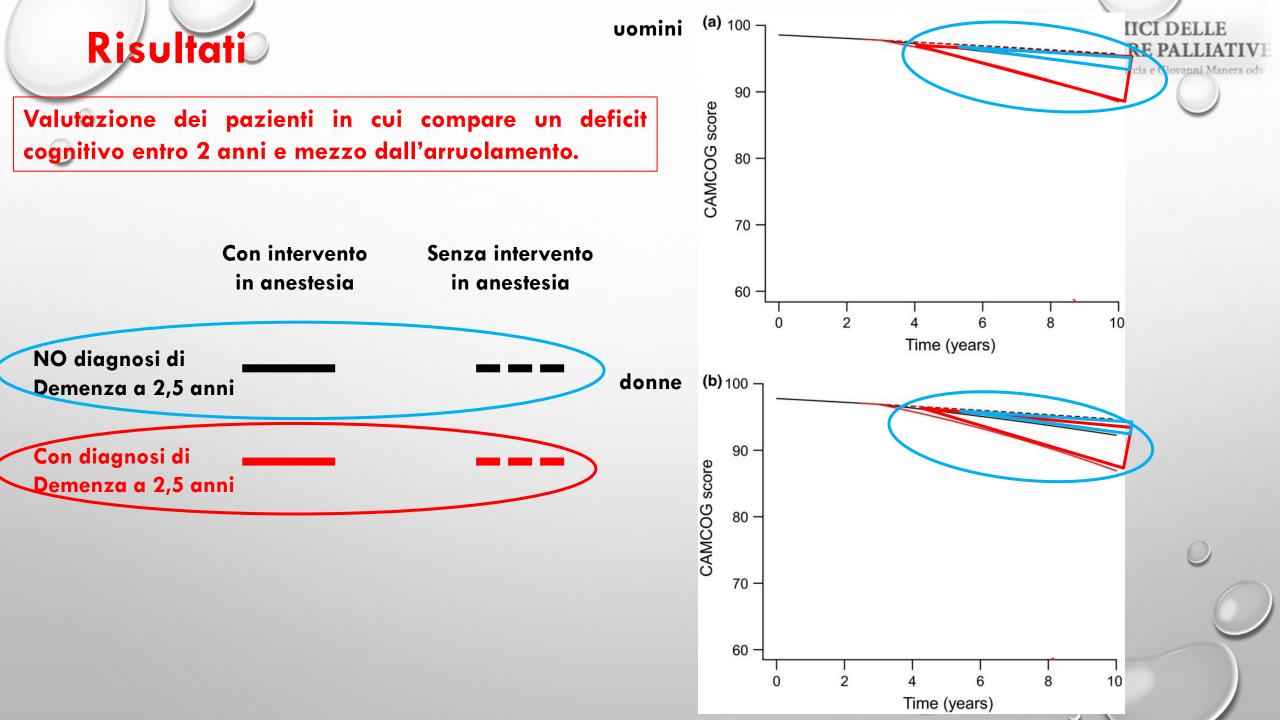


Time (years)

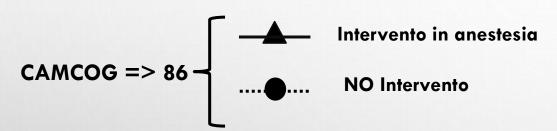
ICI DELLE

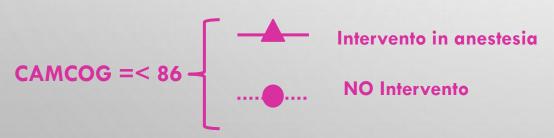
10

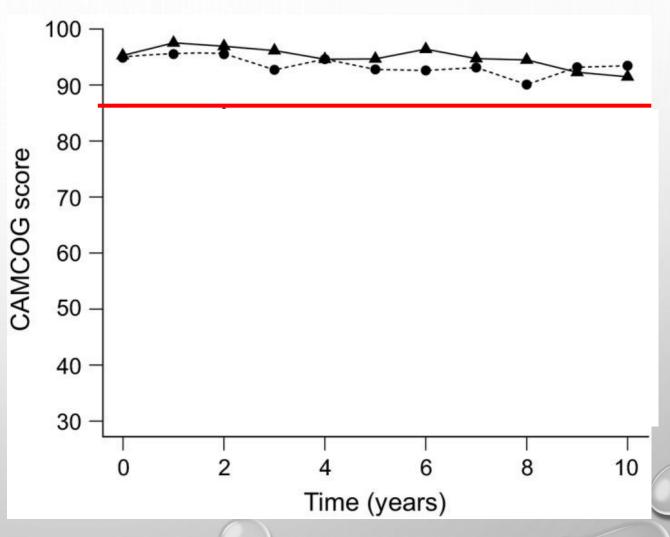
10











Conclusioni



- Le persone anziane sono a rischio di un decadimento cognitivo più rapido dopo un episodio di chirurgia di moderata od alta intensità condotto in anestesia generale o loco-regionale.
- La presenza dell'allele APOE&4 non sembra influenzare indipendentemente gli effetti della chirurgia.
- Il rischio sembra limitato soprattutto alle persone che già avevano manifestato un decadimento cognitivo.

2) La prognosi dei pazienti anziani e fragili ricoverati in TERAPIA INTENSIVA

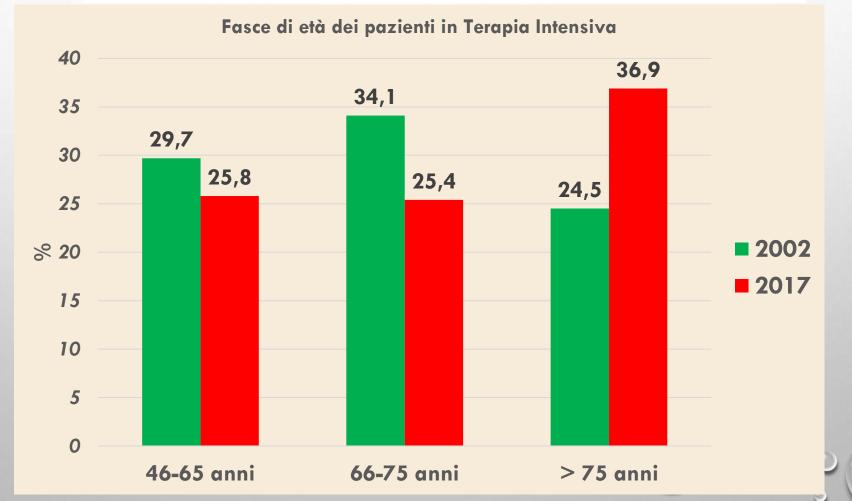


VE



GIVITI

Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva



ORIGINAL

The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (\geq 80 years)

Hans Flaatten^{1,2*}, Dylan W. De Lange³, Alessandro Morandi^{4,5}, Finn H. Andersen^{6,7}, Antonio Artigas⁸, Guido Bertolini¹⁰, Ariane Boumendil¹¹, Maurizio Cecconi¹², Steffen Christensen⁹, Loredana Faraldi¹³, Jesper Fjølner⁹, Christian Jung¹⁴, Brian Marsh¹⁵, Rui Moreno¹⁶, Sandra Oeyen¹⁷, Christina Agwald Öhman¹⁸, Bernardo Bollen Pinto¹⁹, Ivo W. Soliman²⁰, Wojciech Szczeklik²¹, Andreas Valentin²², Ximena Watson¹², Tilemachos Zaferidis²³, Bertrand Guidet^{24,25,26} on behalf of the VIP1 study group

6. VIP1 study contributors:

Rianimazione, Ospedale di Vigevano - Azienda Ospedaliera della

301 ICU

Provincia di Pavia (Vigevano), Italy;

Intensive Care Med (2017) 43:1820–1828 DOI 10.1007/s00134-017-4940-8

ORIGINAL

The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (\geq 80 years)

Purpose: Very old critical ill patients are a rapid expanding group in the ICU. Indications for admission, triage criteria and level of care are frequently discussed for such patients. However, most relevant outcome studies in this group frequently find an increased mortality and a reduced quality of life in survivors. The main objective was to study the impact of frailty compared with other variables with regards to short-term outcome in the very old ICU population.

Verifica dell'impatto sull'outcome a 30 giorni dei pazienti molto anziani (≥ 80 anni) ricoverati in ICU



Metodi

Periodo di studio: Ottobre 2016 – Febbraio 2017

4CU coinvolte: 311 ICU europee (21 paesi)

Pazienti considerati: 20 pazienti ≥ 80 anni ricoverati consecutivamente in 3 mesi





Variabili considerate:

Età e sesso

Tipo di ammissione (elezione o urgenza)

Degenza (LOS)

Utilizzo di farmaci vasoattivi e di RRT

Insufficienze d'organo (SOFA)



Valutazione della fragilità Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell et al (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly

people. CMAJ 173:489–495. doi:10.1503/cmai.050051

Clinical Frailty Scale (CFS)

- 3: NON FRAGILE

4: quasi FRAGILE

5-9: FRAGILE



1 - MOLTO IN FORMA

Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d'età.



2-IN FORMA

Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione



3-SE LA CAVA BENE

Persone, i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.



4 - SE LA CAVA ABBASTANZA BENE

Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e / o stanchi durante il giorno.



5 - LEGGERMENTE FRAGILE

Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.



6 - MODERATAMENTE FRAGILE

Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.



7 - MOLTO FRAGILE

Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~ 6 mesi).



8 - FRAGILITA' MOLTO GRAVE

Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.



9 - MALATO TERMINALE

Queste persone hanno un'aspettativa di vita <6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.



Pazienti arruolati: 5021

Table 1 Comparison of three classes of frailty: not frail, pre-frail and frail

| Frailty score group descriptives | 1 – 3 : NON FRAGILE | 4 : quasi FRAGILE | 5 – 9 : FRAGILE | <i>p</i> value |
|---|---|-------------------|---------------------------|----------------|
| N | 1893 | 972 | 2156 | |
| Age | 83 [81–86] | 83 [81–86] | 84 [82–87] | < 0.001 |
| Gender (male) | 1100 (58.1%) | 510 (52.5%) | 1007 (46.7%) | < 0.001 |
| Unplanned admission | 436 (23%) | 211 (21.7%) | 259 (12%) | < 0.001 |
| SOFA score at admission | 6 [3–9] | 6 [4–10] | 7 [4–11] | < 0.001 |
| Region | | | | < 0.001 |
| Central | 286 (15.1%) | 174 (17.9%) | 441 (20.5%) | |
| East | 133 (7%) | 111 (11.4%) | 303 (14.1%) | |
| North | 241 (12.7%) | 131 (13.5%) | 350 (16.2%) | |
| South | 734 (38.8%) | 310 (31.9%) | 658 (30.5%) | |
| West | 499 (26.4%) | 246 (25.3%) | 404 (18.7%) | |
| ICU length of stay (days) | 2.2 [1.0–5.6] | 2.4 [1.0–6.0] | 2.4 [1. 0 -60] | 0.695 |
| Treatment withheld | 269 (14.2%) | 206 (21.2%) | 674 (31.3%) | < 0.001 |
| Treatment withdrawn | 187 (9.9%) | 106 (10.9%) | 319 (14.8%) | < 0.001 |
| ICU survival | 1558 (82.3%) | 775 (79.7%) | 1578 (73.2%) | < 0.001 |
| 30-day survival | 1431 (75.6%) | 686 (70.6%) | 1278 (59.3%) | < 0.001 |
| Data are presented as medians (interqua | artile rangel or absolute numbers N (%) | | | 0 |



Table 3 Survival analysis all patients (Cox model: all patients are censored at a maximum of 30 days)

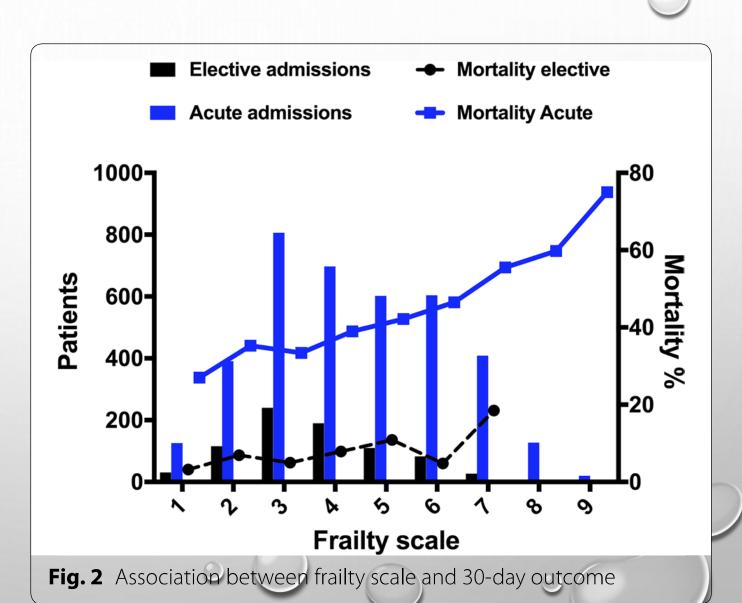
| | HR (95% CI) | p |
|-----------------------------|------------------|--------|
| Univariate analysis | | |
| Frailty | | |
| Vulnerable (4) vs fit (1–3) | 1.24 (1.07–1.43) | 0.005 |
| Frail (5–9) vs fit (1–3) | 1.88 (1.67–2.1) | < 0.00 |
| Frailty | | |
| 2 vs 1 | 1.33 (0.91–1.93) | 0.136 |
| 3 vs 1 | 1.27 (0.89–1.81) | 0.18 |
| 4 vs 1 | 1.56 (1.09–2.23) | 0.01 |
| 5 vs 1 | 1.97 (1.38–2.81) | < 0.00 |
| 6 vs 1 | 2.16 (1.51–3.08) | < 0.00 |
| 7 vs 1 | 3.08 (2.15–4.41) | < 0.00 |
| 8 vs 1 | 3.29 (2.20–4.92) | < 0.00 |
| 9 vs 1 | 4.50 (2.45–8.25) | < 0.00 |
| Age | | |
| 5-year increase | 1.21 (1.14–1.30) | < 0.00 |
| Gender | | |
| Male vs female | 1.11 (1.01–1.22) | 0.03 |
| SOFA score | | |
| One-point increase | 1.14 (1.13–1.16) | < 0.00 |
| Type of admission | | |
| Acute vs elective | 6.72 (5.22–8.67) | < 0.00 |



Table 2 Comparison of elective versus acute admissions

| Admission | Elective | Acute | <i>p</i> value |
|---------------------------|---------------|---------------|----------------|
| N | 906 | 4115 | |
| Age | 83 [81–86] | 84 [81–87] | < 0.001 |
| Gender male | 499 (55.1%) | 2118 (51.5%) | 0.054 |
| SOFA score at admission | 4 [2–7] | 7 [4–11] | < 0.001 |
| Frailty scale | | | < 0.001 |
| Frailty 1–3: not frail | 436 (48.1%) | 1457 (35.4%) | |
| Frailty 4: pre–frail | 211 (23.3%) | 761 (18.5%) | |
| Frailty 5–9: frail | 259 (28.6%) | 1897 (46.1%) | |
| Region | | | < 0.001 |
| Central | 241 (26.6%) | 660 (16%) | |
| East | 84 (9.3%) | 463 (11.3%) | |
| North | 40 (4.4%) | 682 (16.6%) | |
| South | 257 (28.4%) | 1445 (35.1%) | |
| West | 284 (31.3%) | 865 (21%) | |
| ICU length of stay (days) | 1.2 [0.9–2.9] | 2.8 [1.1–6.5] | < 0.001 |
| Treatment withheld | 42 (4.6%) | 1107 (26.9%) | < 0.001 |
| Treatment withdrawn | 15 (1.7%) | 597 (14.5%) | < 0.001 |
| ICU survival | 878 (96.9%) | 3033 (73.7%) | < 0.001 |
| 30-day survival | 844 (93.2%) | 2551 (62%) | < 0.001 |

Data are presented as medians [interquartile range] or absolute numbers N (%)



Conclusioni

L'applicazione di un semplice indicatore della FRAGILITA', come la Clinical Fraitly Scale, aggiunge valore alla valutazione globale dei pazienti molto anziani ricoverati in Terapia Intensiva e la FRAGILITA' è un fattore significativamente correlato con la riduzione della sopravvivenza a 30 giorni. Inoltre, è stato dimostrato che un ACCESSO in Terapia Intensiva in STUAZIONI di URGENZA ha maggiormente condizionato la sopravvivenza, mentre l'età ha avuto un impatto minore.

Quindi: è bene abituarsi a valutare i nostri pazienti con metodi oggettivi, ripetibili e comunicabili.

Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (\geq 80 years) admitted to the intensive care unit

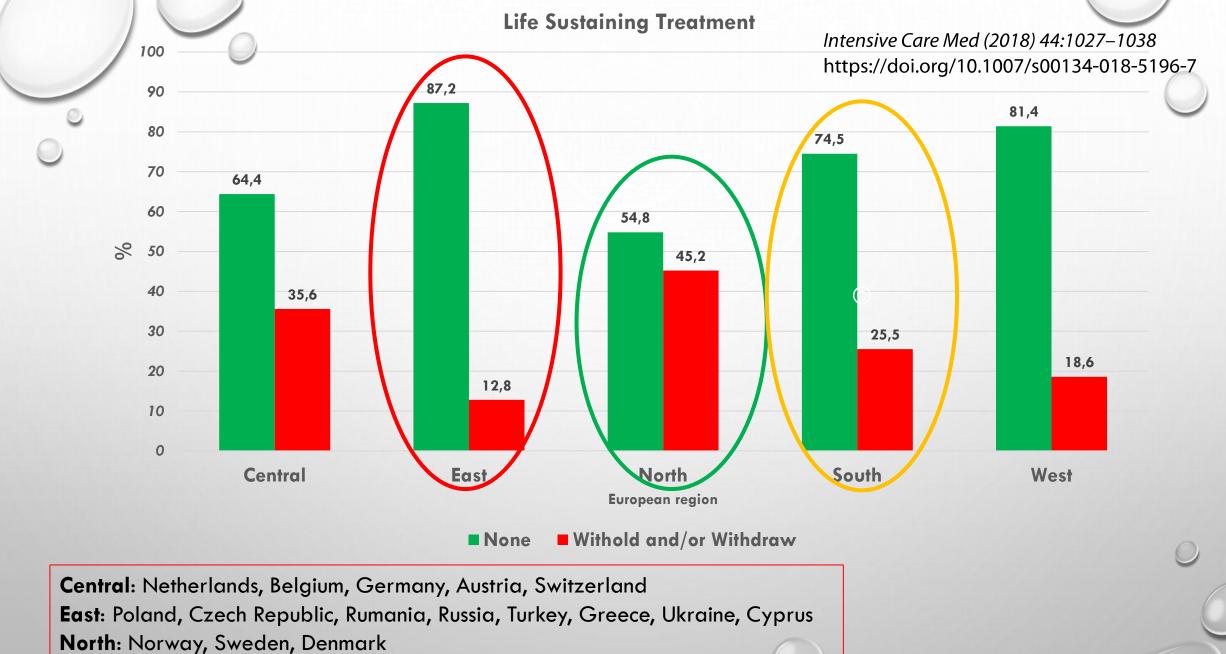
Bertrand Guidet^{1,2*}, Hans Flaatten^{3,4}, Ariane Boumendil^{1*}, Alessandro Morandi^{5,6}, Finn H. Andersen^{7,8}, Antonio Artigas⁹, Guido Bertolini¹⁰, Maurizio Cecconi¹¹, Steffen Christensen¹², Loredana Faraldi¹³, Jesper Fjølner¹², Christian Jung¹⁴, Brian Marsh¹⁵, Rui Moreno¹⁶, Sandra Oeyen¹⁷, Christina Agwald Öhman¹⁸, Bernardo Bollen Pinto¹⁹, Ivo W. Soliman²⁰, Wojciech Szczeklik²¹, Andreas Valentin²², Ximena Watson¹¹, Tilemachos Zafeiridis²³ and Dylan W. De Lange²⁰ on behalf of The VIP1 study group.

| | All | NO treatment limitations | Witholding alone | Witholding +/- withdrawing | - p value |
|---|------|--------------------------|------------------|----------------------------|-----------|
| N | 5021 | 3656 | 753 | 612 | |
| % | 100 | 72.8 | 15.0 | 12.2 | |

| All | NO treatment limitations | Witholding alone | Witholding +/- withdrawing | - p value |
|------|--------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 5021 | 3656 | 753 | 612 | |
| 100 | 72.8 | 15.0 | 12.2 | |
| | | 5021 3656 | 100 | 5021 3656 753 612 |

Le variabili maggiormente correlate con l'applicazione di limitazioni alle cure:

- Accettazione in condizioni d'urgenza
 - Più alto indice di FRAGILITA'
 - ETA'
 - SOFA elevato
 - Regione Europea ... 🔾



North: Norway, Sweden, Denmark South: France, Italy, Portugal, Spain

West: Ireland, Grat Britain

Guido Bertolini Simona Boffelli Paolo Malacarne Mario Peta Mariano Marchesi Camillo Barbisan Stefano Tomelleri Simonetta Spada Roberto Satolli Bruno Gridelli Ivo Lizzola Davide Mazzon

End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units









L'appropriatezza

La conoscenza

L'incertezza

L'autodeterminazione

La comunicazione

La presa in carico continua



AMICI DELLE CURE PALLIATIVE Mariuccia e Giovanni Manera odv

RIFLESSIONI FINALI

L'appropriatezza

la proposta di affrontare CURE INTENSIVE o INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI deve essere clinicamente appropriata, cioe supportata da una ragionevole attesa che quelle cure intensive modifichino la traiettoria di malattia, e quindi la prognosi infausta a breve termine. La conoscenza

Possedere DATI OGGETTIVI favorisce sia il medico che il paziente ed i suoi familiari nei momenti di decisione.

Ma non elimina l'onere della decisione.



RIFLESSIONI FINALI

L'incertezza

la prognosi comporta sempre un margine di incertezza, che deve essere accettata dal medico, dal malato e dai suoi familiari, ma che non dovrebbe essere un alibi dietro al quale il medico si trincera per iniziare cure intensive che sono in realtà una ostinazione terapeutica.

L'autodeterminazione

E' fondamentale non dimenticarsi del diritto di AUTODERMINAZIONE del paziente





RIFLESSIONI FINALI L'autodeterminazione

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1 Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 159° - Numero 12

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

(Consenso informato)

Art. 1.

Art. 2.

(Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita)

Art. 4.

(Disposizioni anticipate di trattamento)





Anche le parole curano Relazione di cura e complessità

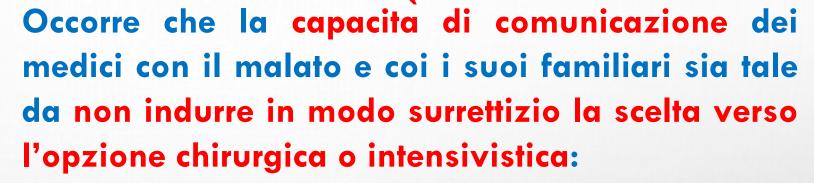






RIFLESSIONI FINALI

La comunicazione



solo perché «più facilmente percorribile»

« se non si opera muore, se vogliamo dare al malato una possibilità di non morire dobbiamo fare l'intervento »

o ritenuta "meno facilmente attaccabile sul piano medico-legale"

« abbiamo fatto tutto quello che era possibile per salvarlo »



Mariuccia e Giovanni Manera odv

RIFLESSIONI FINALI

La presa in carico continua

Astenersi da percorsi di cura aggressivi non è sinonimo di abbandono, La CURA DEVE RIMANERE ancora INTENSIVA seppur, PALLIATIVA.

