

Traduzione in lingua italiana autorizzata dalla Società Americana di Terapia Intensiva
SCCM

Guidelines for the Definition of an Intensivist and the Practice of Critical Care Medicine



Linee Guida per la Definizione del medico Intensivista e della pratica di Medicina Critica

Comitato per le Linee Guida della Società Americana di terapia Intensiva

I. Linee guida per la definizione di un Intensivista

Un intensivista:

A. Viene formato e certificato attraverso un corso di specializzazione di base. Ha completato un programma di formazione approvato dal "Accreditation Council for Graduate Medical Education" in terapia intensiva e/o ha un certificato di qualifica in terapia intensiva o, dal gennaio 1995 possiede una qualifica equivalente.

B. Promuove un efficiente uso delle risorse della ICU e la qualità dell'assistenza.

C. Dedicata oltre il 50% della sua attività professionale alla pratica della medicina intensiva.

D. Partecipa ad un sistema di turni all'interno dell'unità approvato dall'ospedale, che assicura un'assistenza 24 ore al giorno e 7 giorni su 7, coadiuvato da medici con simili credenziali in terapia intensiva.

E. E' in grado di compiere le usuali procedure di terapia intensiva, che includono ma non sono limitate a:

1. Mantenimento della pervietà delle vie aeree compresa l'intubazione tracheale e la ventilazione meccanica
2. Puntura arteriosa per il prelievo di campioni di sangue arterioso.
3. Posizionamento di cateteri intravascolari e di sistemi di monitoraggio incluso:
 - a. Cateteri arteriosi
 - b. Cateteri venosi periferici
 - c. Cateteri venosi centrali
 - d. Cateteri arteriosi polmonari
4. Posizionamento di pace-maker temporanei (opzionale per gli intensivisti pediatrici)
5. Rianimazione cardiopolmonare
6. Drenaggio toracico

NOTA: E' consigliabile la capacità di effettuare una broncoscopia terapeutica, una dialisi peritoneale, un'emofiltrazione artero-venosa continua, e il posizionamento di un contropulsatore aortico.

F. Il ruolo di un medico intensivista ha 2 componenti principali:

1. Assistenza al Paziente:

L'intensivista deve essere in grado di comportarsi come un *team leader* che fornisce assistenza orientata in seno alla ICU, integrando e adattando le cure del paziente affetto da malattie complesse o da lesioni che includono l'insufficienza multipla d'organo. L'intensivista può garantire questi servizi come medico responsabile del paziente o come medico che fornisce assistenza in collaborazione con il medico responsabile del paziente. E' in grado di trattare pazienti con le patologie comunemente riscontrate in ICU, incluse ma non limitate a:

- a. Instabilità emodinamica
- b. Insufficienza respiratoria, con o senza necessità di ventilazione

meccanica.

c. Insulto neurologico acuto incluso il trattamento dell'ipertensione endocranica.

d. Insufficienza renale acuta

e. Disordini endocrini e/o metabolici minacciosi per la vita.

f. Overdosi, reazioni avverse da farmaci ed intossicazioni.

g. Disordini della coagulazione.

h. Infezioni gravi.

i. Gravi turbe nutrizionali che richiedono un supporto nutrizionale

2. Amministrazione dell'unità di terapia intensiva:

L'intensivista partecipa attivamente nelle attività gestionali quotidiane della ICU, necessarie per l'erogazione efficiente, tempestiva e consistente dell'assistenza ai pazienti ospedalizzati. Queste attività includono, ma non sono limitate a:

a. Triage e ripartizione dei posti letto, piano di dimissione

b. Applicazione dei regolamenti dell'unità di terapia intensiva

c. Partecipazione alle attività di miglioramento della qualità inclusa la supervisione dei dati raccolti.

d. Interazione con altri dipartimenti per facilitare le operazioni abituali della ICU.

Per adempiere a queste attività, il medico intensivista deve essere fisicamente presente nell'unità o nell'ospedale, e libero da obblighi concomitanti come la sala operatoria o responsabilità d'ufficio.

G. Mantiene un'attività di formazione continua in terapia intensiva.

1. Si tiene al corrente con la letteratura medica.

2. Partecipa a programmi di aggiornamento medico continuo.

NOTA: E' consigliabile la partecipazione a ricerche attinenti la medicina critica e la presentazione a congressi a livello locale, regionale e nazionale.

3. E informato sugli standard delle unità di terapia intensiva e sugli standard di trattamento dei pazienti critici.

H. E' disponibile a partecipare ad attività di miglioramento di qualità interdisciplinari.

Condivide e partecipa attivamente alla gestione d'equipe delle diverse terapie intensive.

NOTA: E' auspicabile la partecipazione come membro o consulente della Commissione Etica dell'ospedale.

II. La pratica della medicina critica

La pratica della medicina critica è basata sulle esigenze dell'ospedale, dedicata e definita dalle necessità dei pazienti critici. I pazienti critici comprendono:

A. Pazienti fisiologicamente instabili che richiedono cure mediche ed infermieristiche continue e coordinate, che necessitano un'attenzione continua, in modo da garantire una sorveglianza costante e l'adeguamento tempestivo della terapia.

B. Pazienti che sono a rischio di scompenso e che richiedono costante monitoraggio e la possibilità di necessitare di interventi immediati da parte del team di terapia intensiva per prevenire eventi avversi.

I pazienti critici hanno necessità particolari di monitoraggio e di sostegno delle funzioni vitali che devono essere fornite da un gruppo, che comprende un medico con conoscenze di base, capacità tecniche, impegno temporale e presenza fisica, tali da garantire cure appropriate e personalizzate. Le cure devono essere continue e preventive, assicurando che il paziente venga trattato in modo sicuro, umano ed efficace, utilizzando risorse limitate organizzate in modo da fornire una elevata qualità d'assistenza ed un esito ottimale. La terapia intensiva è guidata dalle necessità del paziente e può essere assicurata in ambienti diversi.

C. Servizi di terapia intensiva

Le attività mediche della terapia intensiva devono essere garantite da medici intensivisti, formalmente addestrati e capaci di fornire tali attività, e che siano liberi da altri compiti professionali come la sala operatoria o responsabilità amministrative. L'intensivista deve partecipare ad un sistema che garantisce la fornitura dei servizi di terapia intensiva 24 ore al

giorno. Le relazioni tra i servizi di terapia intensiva e gli altri dipartimenti e servizi ospedalieri devono essere definite nell'organizzazione dell'intero ospedale.^a

In una singola istituzione può esistere più di un servizio di terapia intensiva. I servizi di traumatologia e le unità coronariche, per esempio, possono essere organizzati separatamente dai servizi di terapia intensiva generale medico-chirurgica. Quando esiste più di un servizio di terapia intensiva, dovrebbero essere previsti degli incontri per l'interazione tra questi servizi, con la finalità di coordinare efficientemente la distribuzione delle risorse, le procedure e le politiche delle unità, il miglioramento della qualità e altri problemi comuni.

Le aree di responsabilità dei servizi di terapia intensiva includono: (1) assistenza del paziente (2) amministrazione dell'unità; (3) educazione e (4) ricerca. La necessità per ogni servizio varia con il livello di ciascuna unità, ma tutti e quattro sono ugualmente necessari in terapia intensiva.

^aGruppo di studio sulle Linee Guida, Società Americana di Terapia Intensiva: Linee Guida per la Definizione dei Servizi per il Paziente Critico. *Crit Care Med* 1991; 19:280

1. Pratica diretta all'assistenza del paziente

Le aree specifiche di assistenza al paziente fornite dall'intensivista sono state già definite. Le cure fornite dall'intensivista sono coordinate in un servizio organizzato di terapia intensiva.

Il rapporto del servizio di terapia intensiva con il singolo paziente può variare dalla gestione di tutti gli aspetti dell'assistenza ad aspetti più ristretti in collaborazione con altri medici e altri intensivisti.

Quando la maggior parte del piano terapeutico e dell'assistenza sono erogati dal servizio di terapia intensiva, per definizione l'assistenza primaria al paziente viene fornita dalla ICU. In genere, in questi casi, il paziente viene trasferito nel servizio di terapia intensiva.

Quando queste responsabilità sono condivise dal servizio di terapia intensiva e dal reparto di degenza, viene erogata un'assistenza coordinata. In questo caso, il medico intensivista fornisce un'attività implementando e coordinando l'assistenza al paziente, insieme al medico d'ammissione. Ogni istituzione deve definire i ruoli dell'intensivista e del medico dell'emergenza quando si sceglie l'assistenza coordinata come forma di trattamento.

Quando la maggior parte dell'assistenza è erogata da medici estranei al servizio di terapia intensiva, le prestazioni lavorative del medico intensivista devono essere considerate di consulenza.

Vi è una chiara sovrapposizione tra questi modelli di assistenza al paziente.

Quando si fornisce un'assistenza primaria o in collaborazione, l'intensivista è l'unico ad essere qualificato come team leader dalla sua formazione professionale (inclusa la preparazione tecnica), dalla abilità procedurale, dalla sua tempestività ed esperienza, e ne ha anche il supporto istituzionale. Un intensivista garantisce un approccio totale al paziente critico, orchestrando le opinioni dei differenti consulenti, prevenendo quindi il frazionamento delle cure e provvedendo ad un approccio coordinato al paziente ed alla sua famiglia.

In alcune istituzioni, il trasferimento in ICU può essere obbligato da protocolli ospedalieri (esempio nelle unità chiuse). In unità "aperte" può essere richiesta un'assistenza di altri medici e consulenti.

2. Amministrazione dell'unità

Una responsabilità inerente ai servizi di terapia intensiva è assicurare un ambiente per l'erogazione di cure sicure, tempestive ed efficaci. Il raggiungimento di tale obiettivo richiede la partecipazione dell'intensivista nelle attività routinarie di gestione della unità, così come in altre attività incluse la formulazione di procedure e regolamenti interni, lo sviluppo e la gestione del budget, la gestione della turnistica e le relazioni con altri dipartimenti ospedalieri, come i servizi amministrativi, infermieristici, di fisioterapia respiratoria, nutrizionali ed altri. L'intensivista deve partecipare a, e usualmente codirigere, in collaborazione con gli infermieri, le attività di miglioramento della qualità.

3. Formazione

Il servizio di terapia intensiva è responsabile della formazione dei medici di vari livelli, e partecipa ai programmi di formazione per gli infermieri e per gli altri operatori sanitari correlati alla terapia intensiva. In correlazione con i dipartimenti principali dell'ospedale, la qualità dei programmi istituzionali di formazione è continuamente verificata

4. Ricerca

La ricerca è una responsabilità importante del servizio di terapia intensiva. In relazione alle dimensioni e al tipo di ospedale e al livello della sua terapia intensiva, il tipo di ricerca varia da un controllo della qualità dell'assistenza a studi di fisiologia.

In conclusione, lo scopo di un servizio di terapia intensiva è quello di fornire una assistenza medica continua e adattata ala paziente, per evitare la frammentazione tra i vari consulenti e operatori sanitari.

Queste linee Guida sono state sviluppate dal Comitato per le Linee Guida della Società Americana di Terapia Intensiva, e poi revisionate e rivedute dal Consiglio della Società. Queste linee guida riflettono l'opinione ufficiale della Società Americana di Terapia Intensiva e non riflettono necessariamente, e non sono state costituite per rifletterlo, il punto di vista di corpi di certificazione, agenzie di regolamentazione o altre organizzazioni mediche.

Gli autori che hanno partecipato a questo progetto sono stati: Carolyn E. Bekes, MD, FCCM, Chairman; Robert W. Bayly, MD, FCCM; Frank B. Cerra, MD, FCCM; Michael N. Diringier, MD; Andrew B. Egol, DO; Jay L. Falk, MD, FCCM; David J. Fish, MD; Charles J. Fisher Jr, MD, FCCM; Bruce C. Friedman, MD; Dennis M. Greenbaum, MD, FCCM; Maurene A. Harvey, RN, FCCM; Marilyn T. Haupt, MD, FCCM; Bernard H. Holzman, MD, FCCM; John W. Hoyt, MD, FCCM; Thomas J. Iberti, MD, FCCM; Michael S. Jastremski, MD, FCCM; J. Michael Lonergan, MD; Frederick A. Moore, MD, FCCM; Diana L. Nikas, RN, MN, FCCM; Thomas G. Rainey, MD, FCCM; Russell C. Raphaely, MD, FCCM; Herbert J. Rogove, DO, FCCM; W. Eric Scott, MD, FCCM; James R. Stone, MD, FCCM; David B. Swedlow, MD, FCCM; John D. Ward, MD, FCCM; Jonathan Warren, MD; Suzanne K. Wedel, MD, FCCM; Jack Wolfsdorf, MD; Jack E. Zimmerman, MD, FCCM.

Approvato dal Consiglio 9/91 Da rivedere 9/96. Rev. 6/11/99

Traduzione del testo conforme all'originale inglese