

28 NOVEMBRE | **FORMAforum**

14:00 - 18:00

**LA GESTIONE DOMICILIARE DELLE MALATTIE CRONICHE:  
ORGANIZZAZIONE, MODELLI D'ACQUISTO, TELEMEDICINA.  
IL CASO DELLE PATOLOGIE RESPIRATORIE**

A cura di  CONFINDUSTRIA  
Dispositivi Medici



La ventilazione domiciliare  
**Raffaele Scala**

*Direttore UOC Pneumologia e UTIP Ospedale San Donato, Arezzo*



Forum Risk Management  
obiettivo sanità & salute

19

verso un  
**NUOVO  
SISTEMA  
SANITARIO**

EQUO - SOLIDALE - SOSTENIBILE

AREZZO 26-29 NOVEMBRE 2024

PROGRAMMA

AREZZO FIERE E CONGRESSI  
Via L. Spallanzani 23, Arezzo

■ ■ ■ La gestione delle patologie croniche respiratorie

DOCUMENTO UFFICIALE AIPO-ITS/ETS

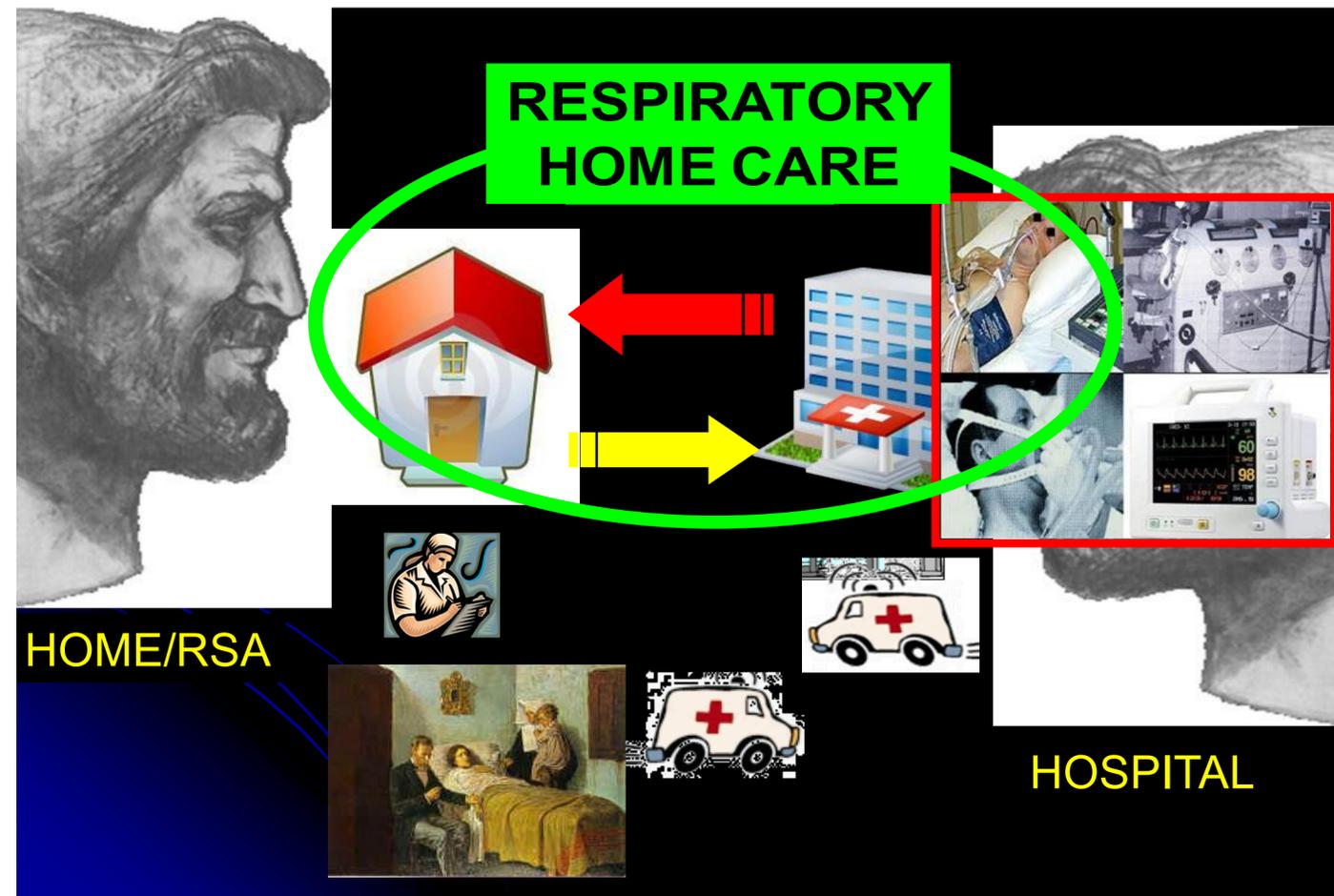
*Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2024*;39:(Suppl. 1)S23-S28  
doi: 10.36166/2531-4920-suppl.1-39-XXX

<b>Prefazione</b> <i>a cura di Antonio Corrado</i>	S1
<b>Introduzione</b> <i>a cura di Mauro Carone</i>	S4
<b>Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)</b> <i>Adriano Vaghi, Claudio Micheletto</i>	S5
<b>Fibrosi cistica</b> <i>Daniela Savi</i>	S11
<b>Apnee ostruttive durante il sonno (OSA)</b> <i>Giuseppe Insalaco, Anna Lo Bue, Adriana Salvaggio</i>	S15
<b>Ventilazione meccanica domiciliare</b> <i>Raffaele Scala, Teresa Renda</i>	S23
<b>Patologie neuromuscolari</b> <i>Michele Vitacca</i>	S29

## CONFLITTO INTERESSE

- NESSUNO





Il paziente critico “acuto” respiratorio



## Caso Clinico

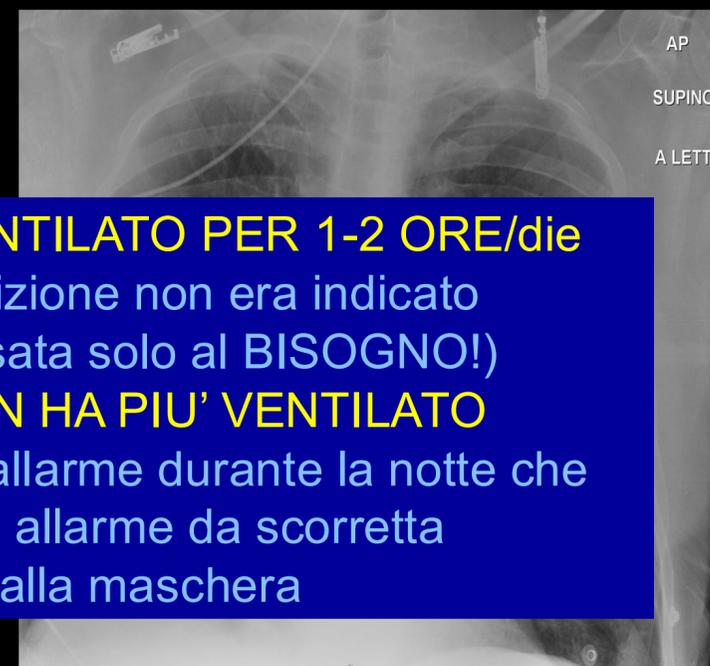
- Bpco di grado severo in uomo di 77aa con fenotipo frequente riacutizzatore in LABA\_LAMA\_ICS e già' in OTLT per ipossiemia con normocapnia
- Negli ultimi 6 mesi, 5 accessi al PS per riacutizzazioni acidotiche trattate con NIV
- In occasione di ultimo ricovero, viene “prescritta” NIV domiciliare in associazione a OTLT
- Dopo la prescrizione, ancora due accessi al PS e nel secondo, il paz viene intubato e poi svezzato in NIV
- Viene quindi trasferito in Pneumologia + UTIP

## Caso Clinico

INTERFACE



HUMIDIFIER

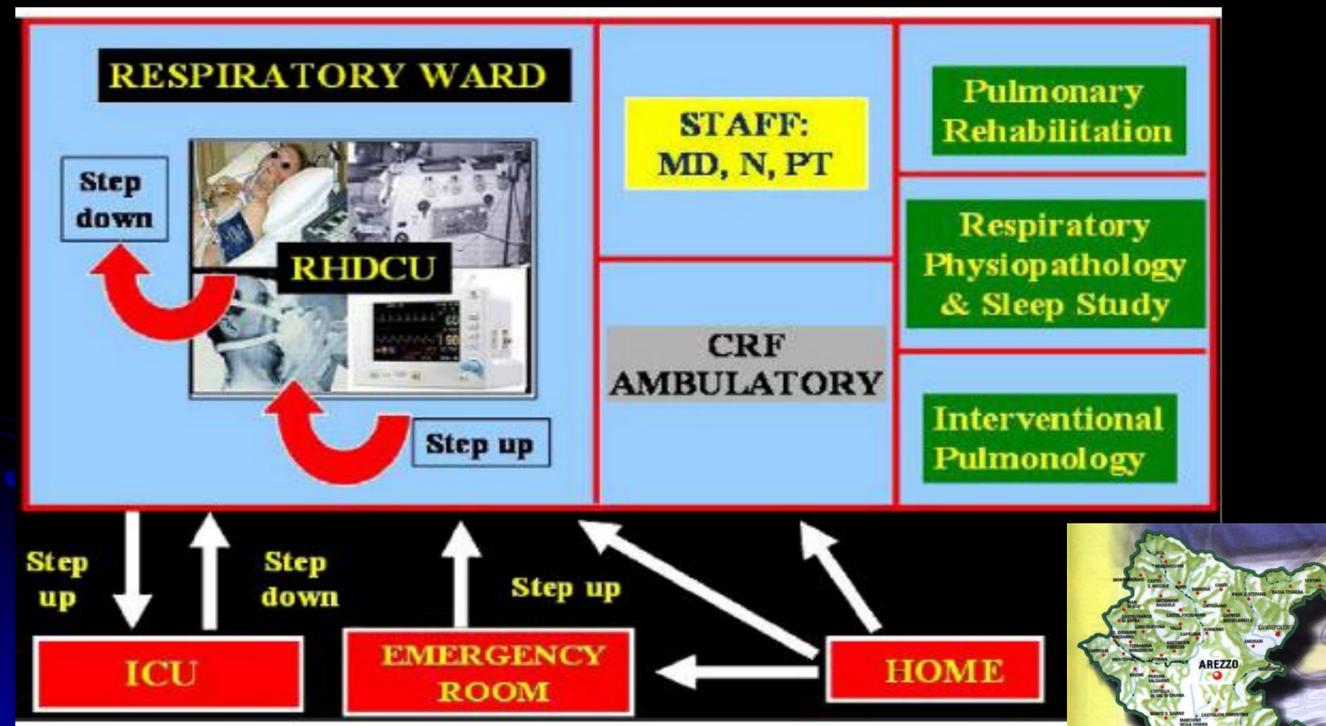


- 1 mese: IL PAZ HA VENTILATO PER 1-2 ORE/die **PERCHE'?**. Nella prescrizione non era indicato quanto fare la terapia (usata solo al BISOGNO!)
- Dal 2 mese: IL PAZ NON HA PIU' VENTILATO **PERCHE'?** Si Attivava l'allarme durante la notte che dava fastidio al paziente; allarme da scorretta connessione del circuito alla maschera

VENTI



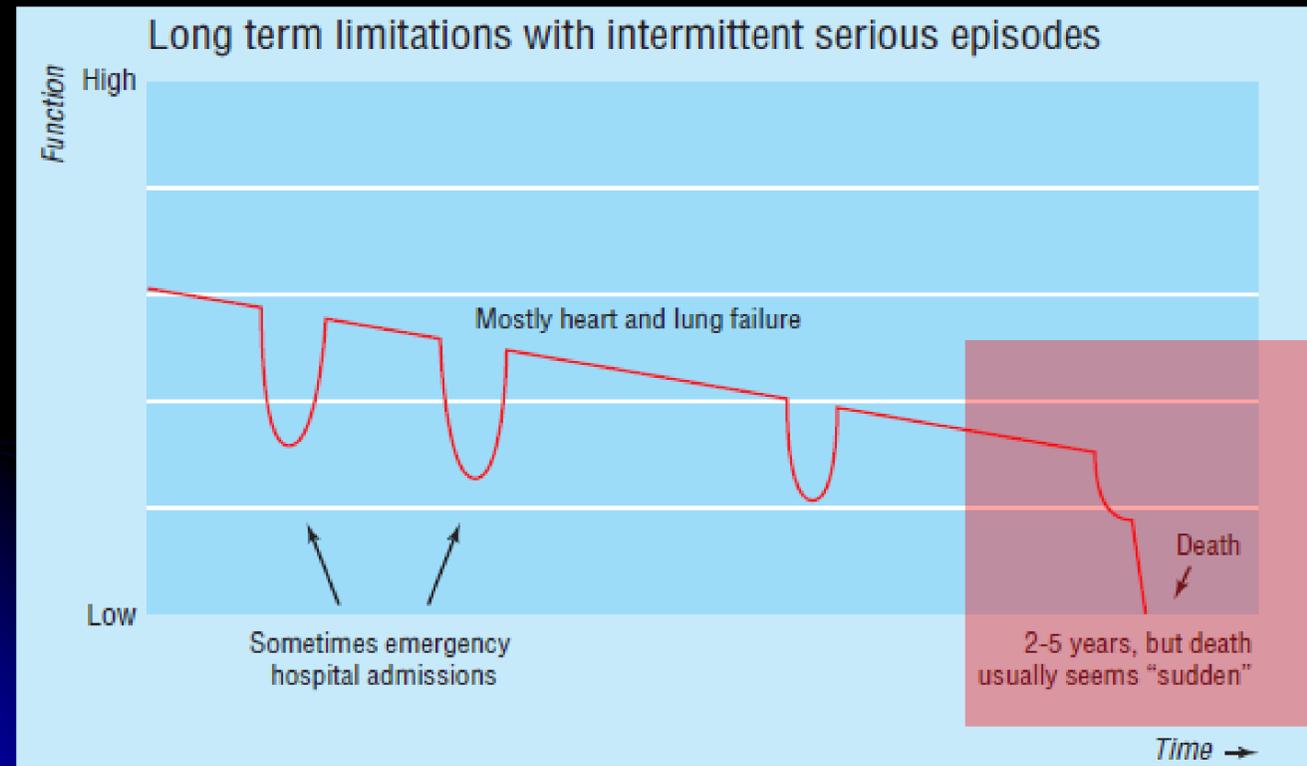
Respiratory High-Dependency Care Units for the burden of acute respiratory failure



Raffaele Scala European Journal of Internal Medicine 23 (2012) 302-308



## SNODI DECISIONALI NELLE MALATTIE END-STAGE



Scott A Murray, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd, Aziz Sheikh

BMJ 2005;330:1007-11

## CURE DOMICILIARI

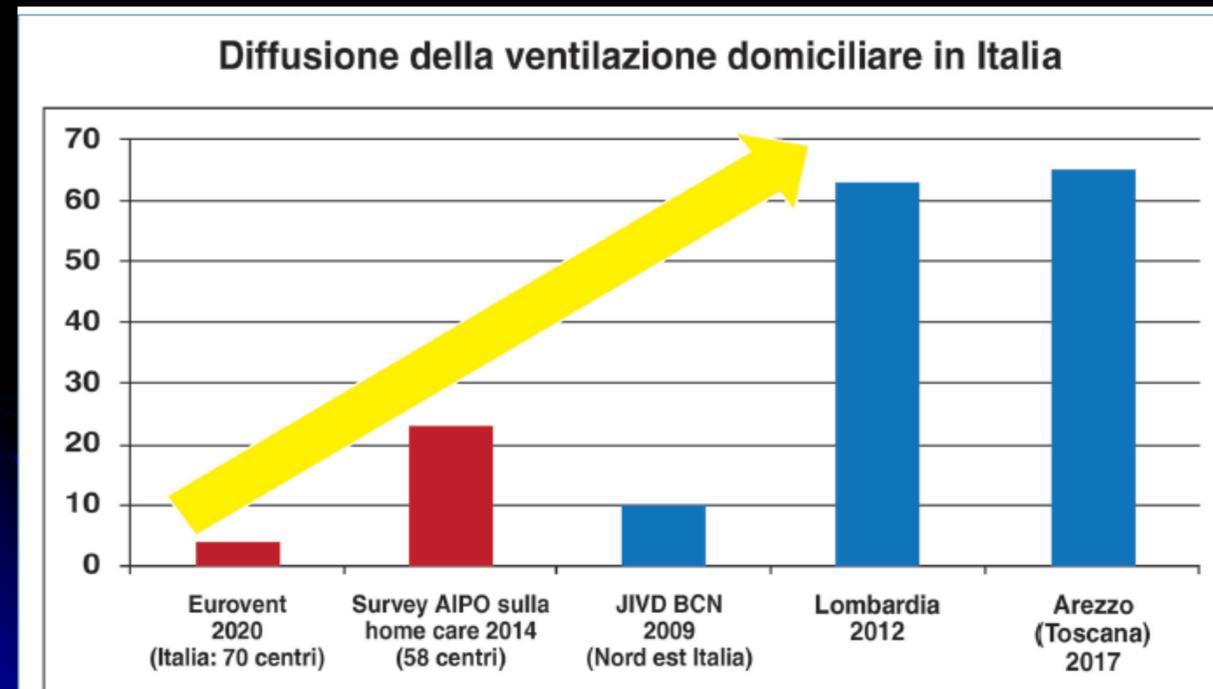


INVASIVA



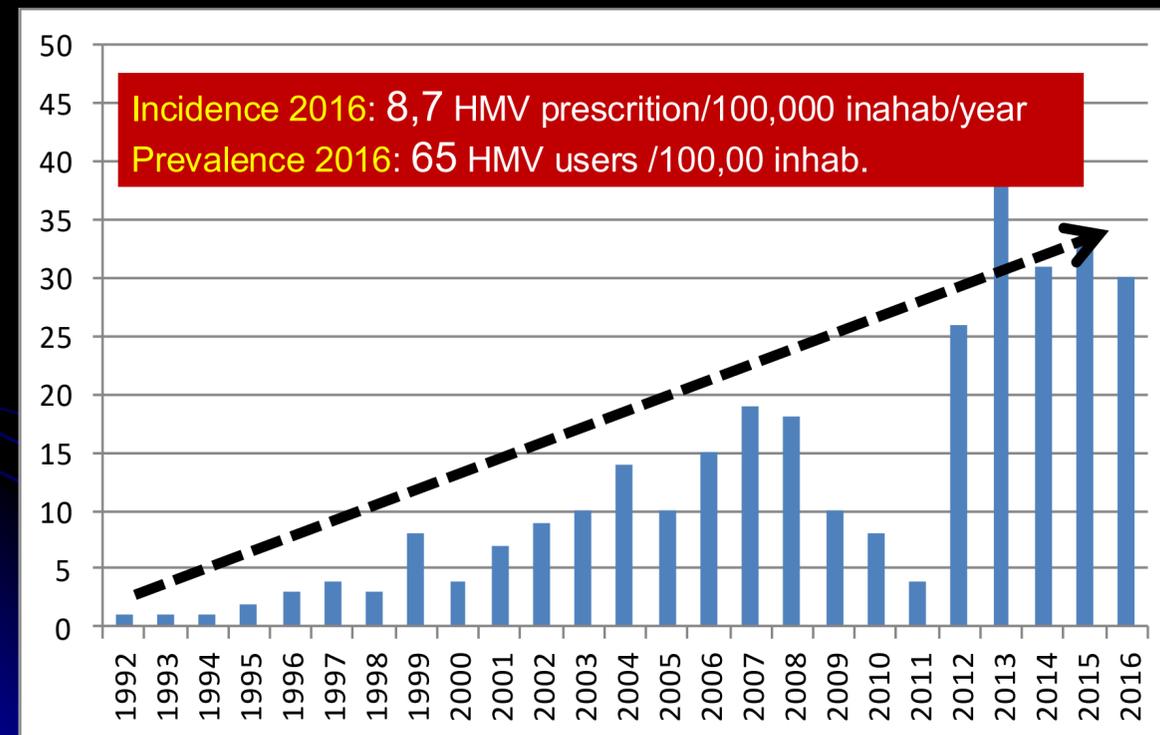
NON-INVASIVA

**Increasing number of HMV users in ITALY**  
*(100,000 inhabitants)*



Scala R, Renda T, RPAR 2024

**HMV in the Center of Italy (Tuscany)**  
*Arezzo District (344,374 inhabitants)*



**Tabella 1.** Figure professionali coinvolte nell'ADR del paziente avviato a VMD.

Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
Specialista pneumologo di riferimento
Altri medici specialisti di supporto (per esempio fisiatra, geriatra, rianimatore)
Medico responsabile del servizio di cura domiciliare della ASL
Farmacista di riferimento (per l'eventuale fornitura d'urgenza di presidi)
Nutrizionista o dietista
Logopedista
Psicologo
Personale sanitario operante sul territorio: infermieri professionali, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, operatore socio-sanitario

Scala R, Renda T, RPAR 2024

**Servizi assistenziali e servizi home care per livelli di gravità**

**NIV**

- ventilazione non invasiva (< 12 ore/die) con conservata gestione delle vie aeree e autonomia nelle ADLs (NIV-VMD low);
- ventilazione non invasiva (< 12 ore/die) con conservata gestione delle vie aeree e ridotta autonomia nelle ADLs (inclusa nutrizione artificiale) (NIV-VMD intermediate);
- ventilazione non invasiva (> 12 ore/die) con conservata gestione delle vie aeree con o senza conservata autonomia nelle ADLs (inclusa nutrizione artificiale) (NIV-VMD high);

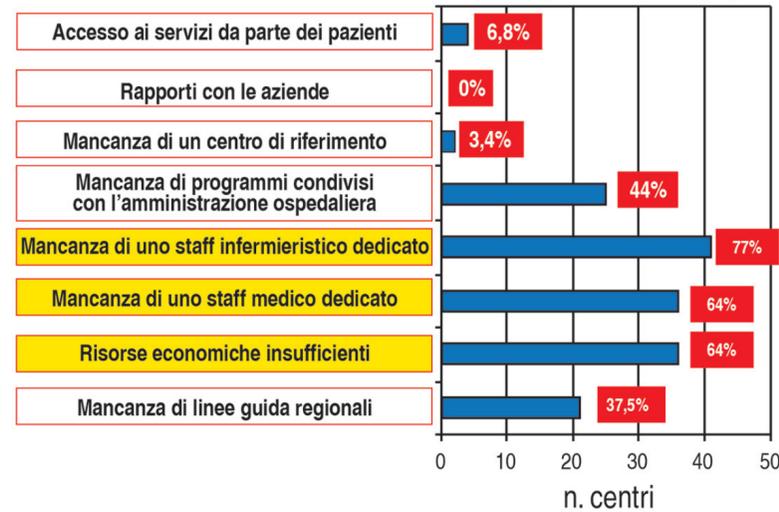
**Vent Invasiva**

- ventilazione invasiva (< 12 ore/die) con conservata parziale/totale autonomia nelle ADLs (Tracheo-VMD low);
- ventilazione invasiva (24 ore/die) con conservata parziale/totale autonomia nelle ADLs (Tracheo-VMD high);
- ventilazione invasiva (24 ore/die) con perdita della autonomia nelle ADLs (inclusa nutrizione artificiale);

Scala R, Renda T, RPAR 2024

**Criticità della home care in Italia**

Survey AIPO 2014 (n. 58 centri)



- Il 12% dei centri ha riportato che il servizio **soddisfa i bisogni del paziente**
- Il 55% dei centri ha riportato che il servizio **era parzialmente adeguato**
- Il 32% dei centri ha riportato che il servizio **era completamente inadeguato**

Scala R, Renda T, RPAR 2024 (tratto da Galavotti V, RPAR 2017)

**QUALE MODELLO PER LA GESTIONE PAZ CRONIC  
CRITICO RESPIRATORIO A DOMICILIO?**

Pneumo-(UTIP) Ospedale

Pneumo-Territorio

+/- Telemedicina pneumoconsulto?

Pneumo-(UTIP) Ospedale-----Proiezione Territorio

**PAZIENTE AL CENTRO DELLE CURE**

## Conclusioni

- L'incremento epidemiologico dei paz critici respiratori dimessi in VM dall'ospedale è una sfida per i modelli sanitari territoriali
- Le strategie vincenti si basano sulla disponibilita' di un centro pneumologico di riferimento prescrittore per: addestramento caregiver, interazione con MMG, monitoraggio e piano urgenza
- Il sistema di home care in Italia ha numerose criticita' legate alle limitate risorse umane e al livello di expertise
- La Pneumologia dotata di UTIP costituisce un modello operativo vantaggioso sia per il trattamento dell'acuzie sia per l'avvio ad un programma di VMD, sia come hub di tele-monitoraggio (case manager) per il MMG relativamente ai paz cronicamente critici

**RESPIRO E' VITA**



*Profeta Elia, Vecchio Testamento*