VMD: IPOTESI DI PROGETTO PER LA CONTINUITA' ASSITENZIALE

ANIARTI - Riva del Garda
15 Novembre 2012

Relatore Vacchi Roberto

PERCORSO DEL PAZIENTE CRITICO RESPIRATORIO

DOMICILIO

ACCETTAZIONE
PRONTO SOCCORSO

PNEUMOLOGIA

UTSIR

RIANIMAZIONE

DIMISSIONI PROTETTE

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

DAY HOSPITAL

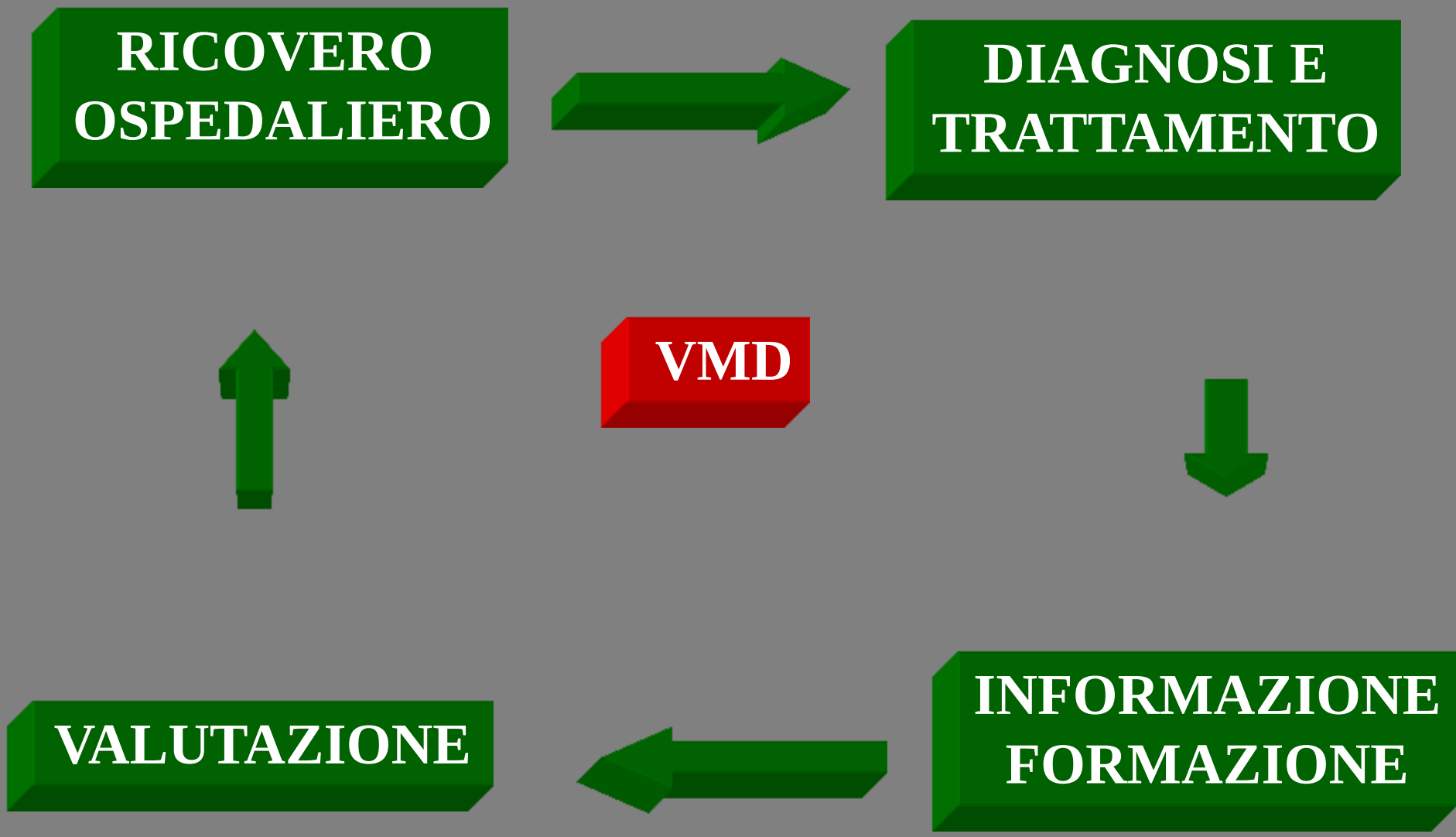
AMBULATORIO

Perché parlare oggi di assistenza a domicilio

Elevata morbosità

Contenimento delle spese in sanità

Migliorare la dignità e qualità di vita


RICOVERO OSPEDALIERO
DIAGNOSI E TRATTAMENTO
VMD
INFORMAZIONE FORMAZIONE
VALUTAZIONE

STRATEGIA PARTECIPATIVA

PAZIENTE

NUCLEO FAMILIARE

INFORMAZIONE – FORMAZIONE

VERIFICHE SUCCESSIVE

APPENA LE CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE IN VM MIGLIORANO VIENE STABILITO IL PIANO DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE INDIVIDUALIZZATO :

- **VALUTAZIONE MEDICA**
- **VALUTAZIONE INFERMIERISTICA**
- **NECESSITA' EDUCAZIONALI DEL PAZIENTE E DEL FAMILIARE**
- **VALUTAZIONE AMBIENTALE (SICUREZZA, IDONEITA', BARRIERE ARCHITETTONICHE)**

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

- Efficace
- Sicura
- Vantaggiosa :

  per il paziente (qualità di vita)

  per la comunità (economica)

Piano di cura flessibile

↑

Interpretazione delle richieste

↑

Bisogni del paziente e dei suoi familiari

↑

CASA

Obiettivo fondamentale dell'intervento domiciliare

CONTROLLO DEI SINTOMI

↓

RIDURRE RICOVERI

↓

GESTIONE UNICA MALATTIA

↓

MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA

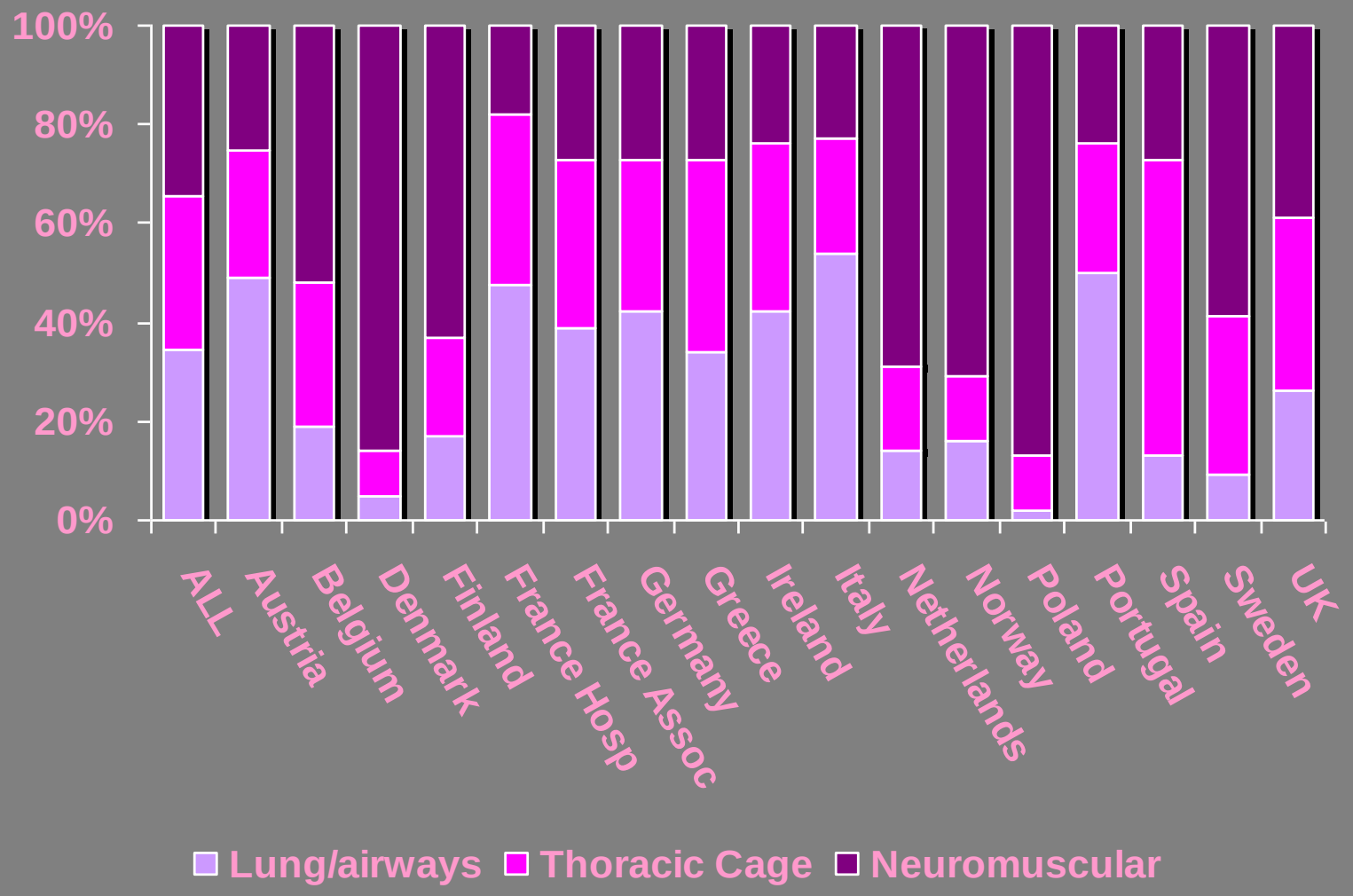
Home mechanical ventilation in 16 European countries

Situation 2005

27.000 patients

Lloyed-Owen et al. *Eur Respir J* 2005

Disease Categories in Europe



Lloyd Owen 2002

Ont Health Technol Assess Ser. 2012;12(10):1-65. Epub 2012 Mar 1.

Hospital-at-Home Programs for Patients With Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): An Evidence-Based Analysis.

McCurdy B

Amyotroph Lateral Scler. 2012 Oct;13(6):533-7.

Economic cost of home**-telemonitoring care for BiPAP-assisted ALS individuals.**

- Lopes de Almeida JP, Pinto A, Pinto S, Ohana B, de Carvalho M.

- Clin Ter. 2006 Mar-Apr;157(2):159-64.
- **[**Home **mechanical** ventilation **in chronic obstructive pulmonary disease].**
- [Article in Italian]
- Scala R.
- Source
- Unità Operativa Pneumologia, Ospedale S. Donato, AUSL8 Arezzo, Italia.

- Neurology. 2003 Jul 8;61(1):135-7.
- **ALS patients on TPPV: totally locked-in state, neurologic findings and ethical implications.**
- Hayashi H, Oppenheimer EA.
- **Source**
- Department of Neurology (Dr. Hayashi), Tokyo Metropolitan Neurological Hospital, Japan.

Display Settings:
Abstract
Send to:

Rev Neurol. 2000 Jan 1-15;30(1):61-4.

[Mechanical ventilation **in patients with amyotrophic lateral sclerosis].**

[Article in Spanish]

González-Lorenzo F, Díaz-Lobato S.

Source

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

PROBLEMA

Sociale

per chi assiste caregiver;
infermieri/medici;
familiari;

Economico

i costi di una ospedalizzazione sono elevati

Organizzativo

formazione del personale addetto all’assistenza;
percorso del paziente durante l’ospedalizzazione

TRATTAMENTO DOMICILIARE DELLE MALATTIE RESPIRATORIE

Migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita

Utilizzo di specifiche tecnologie a supporto della ventilazione/respirazione

PRINCIPALI PROBLEMI NELLA GESTIONE DOMICILIARE

1) Problemi strutturali legati al domicilio

2) Specifici trainer per

caregivers

medici/infermieri

parenti/familiari

COSA FARE NELLA CURA DEL PAZIENTE

1) Training di assistenza ospedaliero

2) Pianificare la rete extraospedaliera

3) Pianificare il programma di cure domiciliari (intervento multidisciplinare)

TRAINING OSPEDALIERO INFERMIERISTICO

1) Insegna il funzionamento del ventilatore

2) Insegna la pulizia del ventilatore

3) insegna come si montano circuito e filtro

4) Insegna pulizia e manutenzione di circuito e filtro

5) Insegna a non modificare i tasti dedicati alla ventilazione

TRAINING OSPEDALIERO INFERMIERISTICO

1) Assistenza alla cannula tracheale

2) Assistenza alla tracheostomia

3) Medicazione della tracheostomia

4) Corretto gonfiaggio/sgonfiaggio cuffia di fissaggio

5) Attenzione ai segni di infezione delle vie aeree

VALUTAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO INFERMIERISTICI

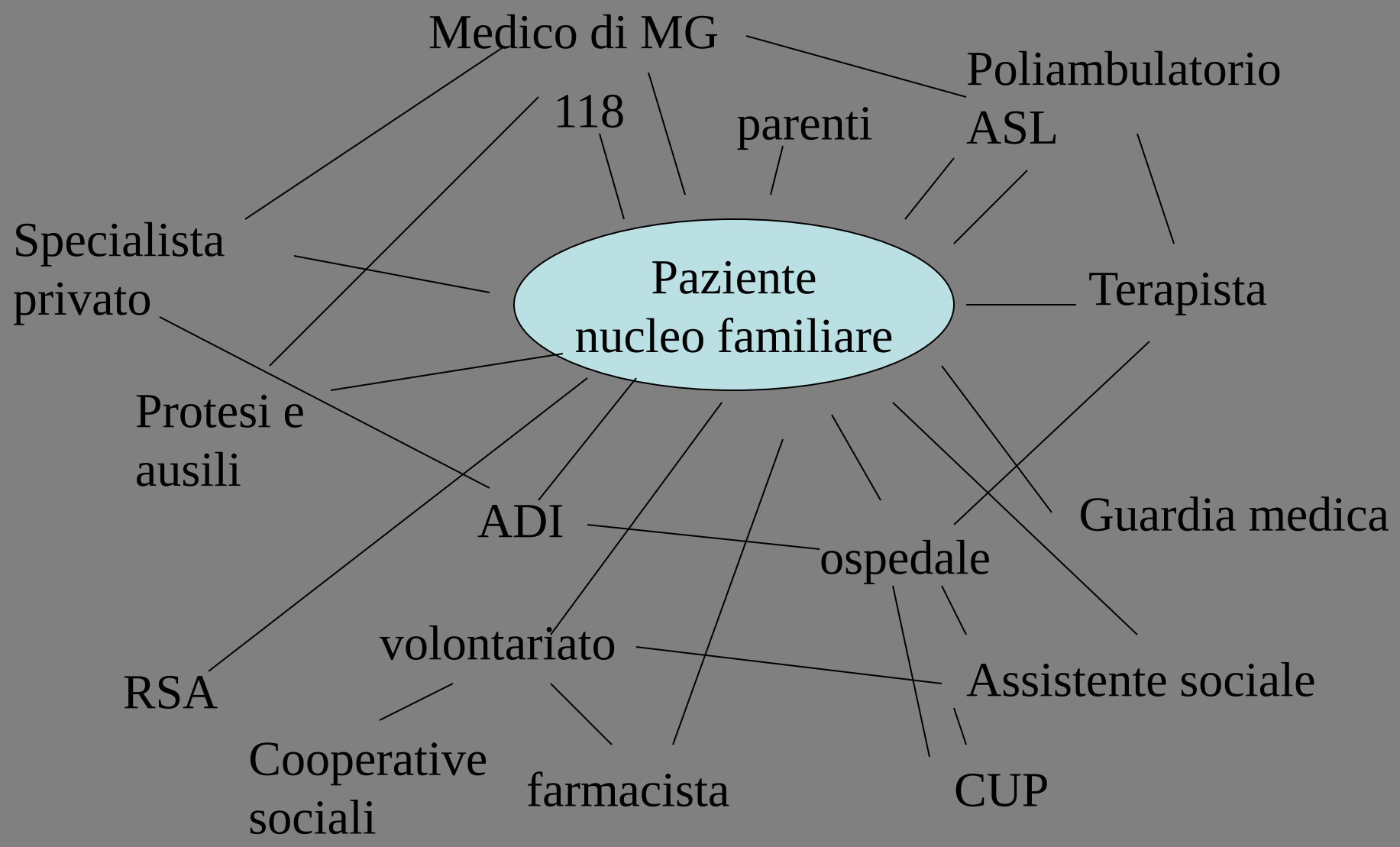
- **Grado di severità della malattia**: si misura tramite punteggi di isogravità (APACHE II)
- **Livello di assistenza e grado di dipendenza del paziente**: si misura con scale specifiche (Scala KELLY)
- **Complessità e specificità degli interventi terapeutici e di assistenza**: si misura con punteggi specifici (TISS o TOSS)

TRAINING OSPEDALIERO PER FAMILIARI/PARENTI

1) Si impegna ad imparare le regole ed i vari passaggi secondo la corretta sequenza

2) Deve diventare completamente autonomo in tutti i passaggi di montaggio e manutenzione

PIANIFICARE LA RETE



PIANIFICARE LA RETE

RETE DEI SERVIZI

PAZIENTE
ED IL SUO NUCLEO
FAMILIARE

PIANIFICARE IL PROGRAMMA DI CURE

- Provincia distribuita in zone di pianura pedecollinari e collinari
- Patologie croniche altamente invalidanti
- Politiche di aiuto/sostegno per i pazienti e i familiari nella gestione del paziente

Pianura Est
Pianura Ovest
Casalecchio di Reno
Porretta Terme
Città di Bologna
San Lazzaro di Savena
crevalcore
galliera
s. pietro in casale
malalbergo
c. d'argile
s. agata bolognese
s. giovanni in persiceto
s. giorgio di piano
bentivoglio
argelato
sala bolognese
bancella
minerbio
molinella
budrio
c. maggiore
granarolo
castenaso
calderara di reno
anzola e
bologna
lizzano
crespellano
zola predosa
monteveglio
castelcoccio
s. lazzaro
ozzano e.
c. di serravalle
m. s. pietro
sasso marconi
pianoro
savigno
marzabotto
monterenzio
vergato
c. d'aiano
ioiano
monzuno
grizzana
s. benedetto val di sambro
monghidoro
gaggio montano
lizzano in belvedere
porretta terme
c. di casio
camugnano
castiglione dei pepoli
granaglione

OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

- Garantire il monitoraggio ventilatorio in pazienti instabili o ad alto grado di variabilità clinica
- Monitorare la compliance del paziente all'assistenza ventilatoria permanente a domicilio
- Aumentare la capacità di gestione dell'utente da parte del caregiver

CRITERI DI INCLUSIONE

Patologia cronica (SLA, stati vegetativi persistenti…)

Residenza nel comune di Bologna e provincia

Soggetti coinvolti

Persone con ventilazione meccanica invasiva a domicilio

RISULTATI ATTESI

- Riduzione degli accessi in PS per disadattamenti al ventilatore o desaturazioni (permangono accessi legati a patologia acuta)
- Aumentata compliance del paziente e del care giver alla ventilazione domiciliare, supervisione (anche a distanza) degli infermieri distrettuali
- Monitoraggio domiciliare a cura dello specialista in supporto al MMG e all’infermiere ADI

CONCLUSIONI

I pazienti ventilati e gestiti a domicilio secondo un modello basato sulla rete domiciliare appare come la migliore organizzazione per rispondere alle domande di salute.

La modalità di lavoro di questo modello implica un buon livello di integrazione tra tutti gli attori, aumentando le competenze dei professionisti e favorendo un clima di crescita, condivisione e confronto.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!