

Pianificazione interventi Specialistici: sostituzione tracheocannula, emogasanalisi, prelievo ematico, sostituzione PEG

Dott. A. Iuliano

U.O. Pneumologia

ASST della Valle Olona - P.O. di Busto Arsizio



SISTEMA SANITARIO

- Organizzazione di persone, istituzioni e risorse finalizzata a fornire servizi di assistenza sanitaria a tutela della salute della popolazione:
 - - pubblica
 - - privata
 - - mista

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

- Il SSN come lo conosciamo oggi nasce nel 1980 (D.L. 833/1978) e garantisce la gestione unitaria della tutela della salute in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, indistintamente dalle condizioni sociali.
- Sistema pubblico di carattere "universalistico".

COSTITUZIONE: art. 32

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

SISTEMA SANITARIO REGIONALE (SSR)

In seguito alle spinte federaliste la gestione della sanità è passata alle Regioni che però devono comunque tenere conto di alcuni vincoli del SSN come i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Ogni Regione può decidere autonomamente la propria organizzazione sanitaria ed i relativi investimenti economici.

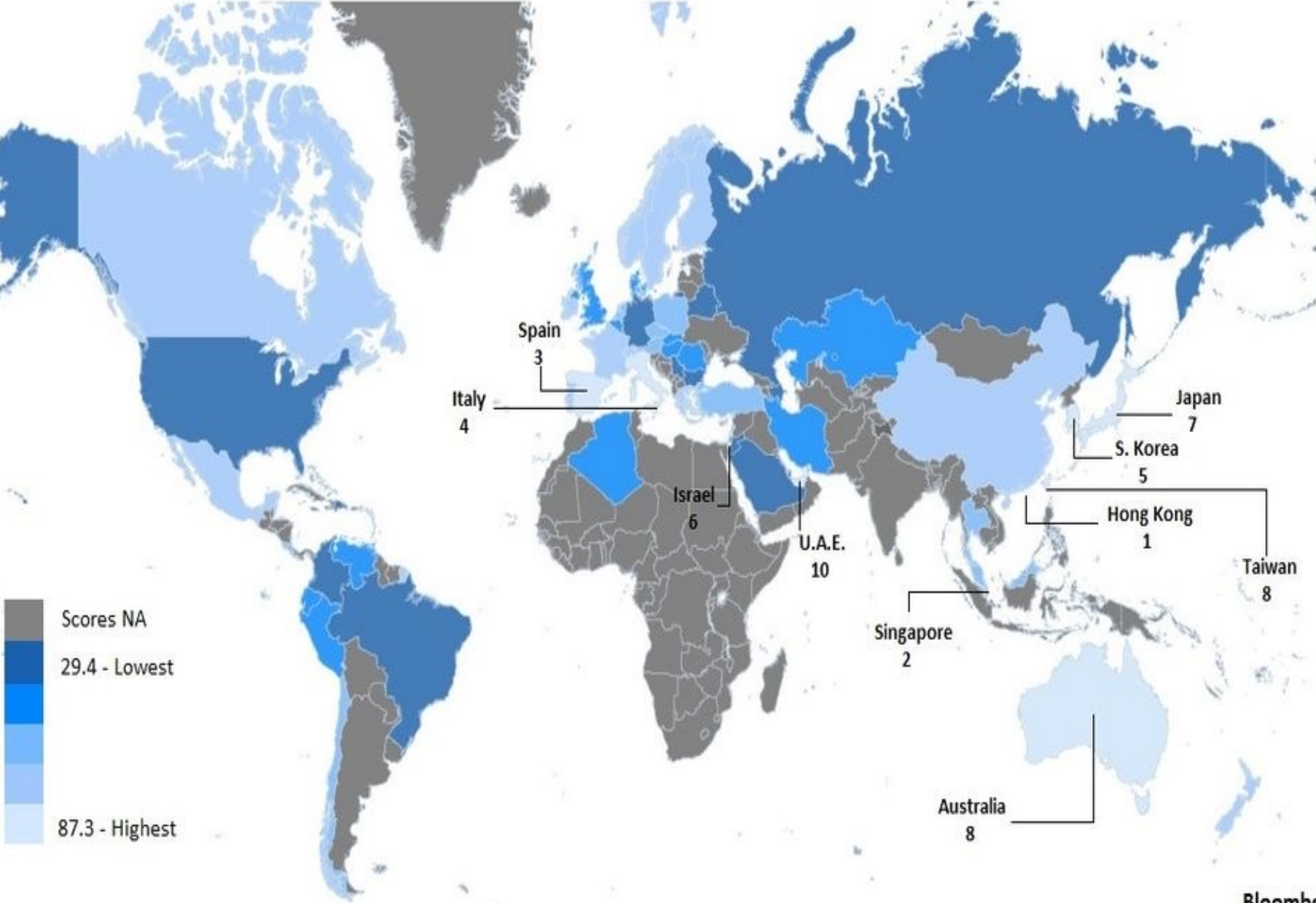
In Italia esistono 21 SSR.

ORGANIZZAZIONE SSN

Lo Stato determina i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza.

Stato, Regioni, Aziende e Comuni, nei rispettivi ambiti di competenza, devono collaborare tra di loro, con l'obiettivo di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie accettabili e appropriate per tutti i cittadini.

Health Care Efficiency Scores in 56 Economies





1900

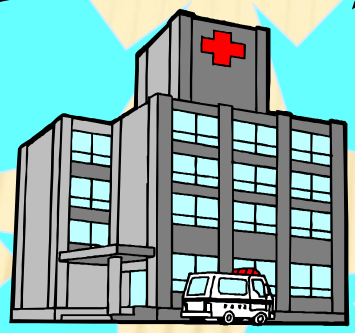
technology development

stethoscope



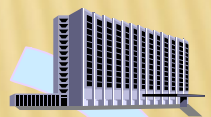
1950

Health hospital centralisation



2000

home care



telemedicine

Hospital at home



day hospital

Assistenza Domiciliare

- Situazione attuale ATS Milano:
- Medico di medicina generale
- ADI I livello e Voucher socio sanitario
- Famiglia

VOUCHER SOCIO SANITARIO

- Il voucher socio-sanitario regionale è un contributo economico concesso non in denaro ma sotto forma di “titolo di acquisto”, che può essere utilizzato esclusivamente per comprare prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata fornite da una delle organizzazioni accreditate dalla Asl scelta dal cittadino. delibera n. 12902 del 9 maggio 2003

CREDIT SPERIMENTALE

- Possono essere acquistate prestazioni esclusivamente sanitarie come quelle infermieristiche (vedi medicazione piaghe da decubito), riabilitative (fisioterapia), e medico specialistiche.
- Il medico di medicina generale è il regista di tutte le prestazioni fornite al paziente delibera n. 7915 del 6 agosto 2008

LIVELLI ASSISTENZA

- 1° profilo di base, 362 euro
- 2° profilo per pazienti critici/complessi, 464 euro
- 3° profilo per pazienti terminali, 619 euro

CONTRIBUTO REGIONALE

- La Regione Lombardia eroga un contributo dedicato per aiutare le famiglie ad assistere un paziente affetto da SLA presso il proprio domicilio.

MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale della programmazione sanitaria

- **Piano nazionale della cronicità**
(testo inviato alle Regioni in data 22/07/16)

Cronicità (OMS)

- Problemi di salute che richiedono un trattamento continuo da anni a decenni
- 70-80 % delle risorse sanitarie a livello mondiale oggi speso x malattie croniche
- Le malattie croniche colpiscono > 80% di over 65 anni, spesso contemporaneamente
- Prevenire uso di tabacco, alcool, cattiva alimentazione e sedentarietà

Cronicità

- 700 miliardi euro/anno in Europa
- Disabili in Italia: 2.600.000 persone
- 4,8 % della popolazione totale
- 44,5 % degli over 80 anni
- Over 65 sono il 21,4 % (27,6 % nel 2032)

• Dati ISTAT

Cronicità - assistenza

-Legge 135/2012: 3,7 posti letto/1000 ab.

- Regolamento n. 70 del 2/04/15: definizione standard ospedalieri ed iniziative di continuità ospedale – territorio che comprendono la presenza di strutture intermedie e la possibilità della gestione della fase acuta a domicilio con il contributo dei medici di medicina generale.

PIANO CRONICITA'

- Le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone con malattie croniche.
- Le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi tra tutti i medici di medicina generale.
- Stretta collaborazione tra ospedale e distretto.
- Percorsi Assistenziali Individuali (P.A.I.)

PIANO CRONICITA'

- **Ospedale di comunità:** struttura sanitaria territoriale gestita dai MMG che consente l'assistenza con procedure clinico - assistenziali a media/bassa intensità e breve durata.
- **Reparti ospedalieri a gestione infermieristica:** dimissione protette

Supplemento - Venerdì 14 agosto 2015



Regione
Lombardia

BOLLETTINO UFFICIALE

REPUBBLICA ITALIANA

SOMMARIO

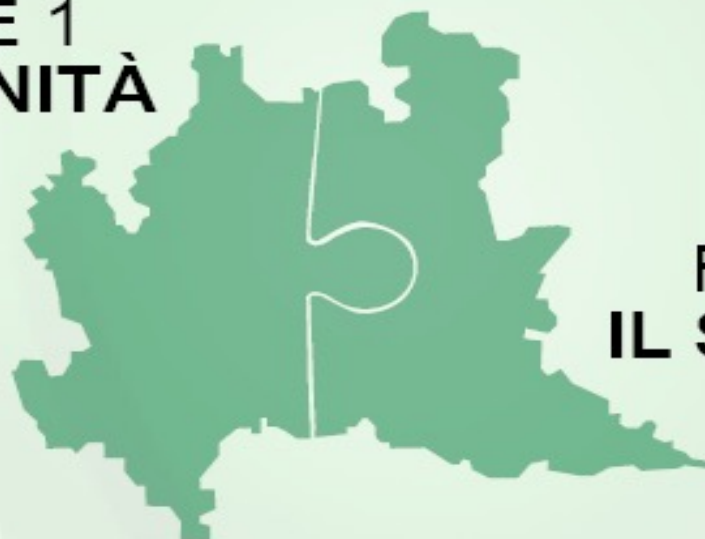
Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23

Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) 2

Riforma Sanitaria Regione Lombardia

LOMBARDIA REGIONE CONCRETA

FASE 1
LA SANITÀ



FASE 2
IL SOCIALE



DAL PROGRAMMA
AI FATTI

5 AGOSTO 2015



SITUAZIONE ATTUALE

La riforma Regionale del 2015 di fatto non è stata applicata se non in rare piccole realtà

Questa riforma era una sperimentazione della durata di 5 anni che ha avuto termine il 31/12/2020 e che è stata dichiarata fallita dal Ministero della Salute.

La Regione Lombardia ha formulato una nuova proposta di organizzazione sanitaria.

PROSPETTIVE

Con la nuova riforma vengono istituiti:

- Ospedali di comunità: ricoveri brevi ed interventi a 'medio/bassa intensità', con gestione prevalentemente infermieristica
- Case di comunità: MMG in team multidisciplinari

PROSPETTIVE

La conferenza Stato - Regioni nella seduta del 20/02/2014 aveva già indicato le linee di sviluppo della telemedicina.

E' ora necessario accelerare in tal senso in modo da offrire all'assistenza domiciliare la tecnologia per uno sviluppo efficace.



Ministero della Salute

TELEMEDICINA
Linee di indirizzo nazionali

TELEMEDICINA - LOMBARDIA

è istituito un apposito fondo regionale per la realizzazione di specifici progetti che sviluppino tecnologie di supporto alle relazioni tra i professionisti e gli assistiti e all'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari che consentono il monitoraggio a domicilio dei pazienti.

CORONAVIRUS

Infezione virale a trasmissione aerea interumana in grado di determinare in alcuni soggetti una polmonite interstiziale e conseguente insufficienza respiratoria anche letale.

Dichiarata dall' OMS come pandemia richiede, in attesa di cure specifiche, un'attenta igiene (lavare spesso le mani), il distanziamento sociale (stare a casa), l'isolamento dei casi positivi (quarantena), l'uso di DPI (Dispositivi di Protezione Individuali) e fondamentale di vaccini specifici a disposizione da circa un anno.

CORONAVIRUS

Il Servizio Sanitario Lombardo si è trovato a gestire l'emergenza Coronavirus con un buona rete ospedaliera ma senza un sistema territoriale efficace.

La conseguenza è stata una enorme pressione sulle strutture ospedaliere che in alcuni territori non hanno potuto reggere alle richieste della popolazione.

CORONAVIRUS

Le Regioni con servizi territoriali più organizzati hanno potuto gestire al domicilio parte dei pazienti COVID (malati con infezione da Coronavirus) limitando i ricoveri ai pazienti più compromessi e gravi.

Si è reso evidente che risulta strategica la difesa degli operatori sanitari; nei casi in cui molti di loro si sono infettati i servizi di cui facevano parte hanno dovuto chiudere.

Coronavirus

In questa emergenza, e probabilmente per molto tempo a venire, è prudentiale considerare possibile la trasmissione dell'infezione tra pazienti ed operatori sanitari e viceversa.

Occorre quindi sempre applicare le norme di protezione: uso dei guanti (da sostituire ad ogni paziente) e del corretto DPI a seconda delle situazioni.

USO DPI

Gli operatori sanitari dovrebbero **SEMPRE** indossare guanti e mascherina chirurgica.

La mascherina FFP2 va indossata **SPECIE** in presenza di pazienti infetti.

La mascherina FFP3 va indossata **SOLO** in caso di procedure su pazienti infetti che possano causare maggiore diffusione aerea (broncoscopia, aerosolterapia, ecc...).

I camici/tute impermeabili la visiera vanno usati **SPECIE** per l'assistenza a pazienti infetti.

DPI a domicilio

Presupponendo che il paziente a domicilio non sia infetto l'operatore deve indossare guanti e mascherina chirurgica.

I guanti vanno sostituiti se danneggiati o sporchi ed alla fine della prestazione.

La mascherina chirurgica ha una durata di circa otto ore e va buttata a fine turno.

In caso di paziente infetto usare maschera FFP2/FFP3, camice impermeabile e visiera.



Covid-19 Carrier



**Contagion Probability
%70**



Covid-19 Carrier



**Contagion Probability
%5**



Covid-19 Carrier



**Contagion Probability
%1,5**

WEAR IT

DPI - Chiarimenti

La mascherina chirurgica riduce la possibilità da parte di chi la indossa di infettare le persone vicine ma non protegge chi la indossa; nel nostro caso serve a proteggere il paziente che assistiamo.

Nel caso il paziente sia infetto occorre proteggere l'operatore che quindi dovrà indossare oltre a camice e visiera la maschero ffP2 o ffP3 se paziente tracheostomizzato.

PREVENZIONE INFEZIONE

L'arrivo dei vaccini antiCOVID, di diverso tipo, ha offerto una straordinaria arma per prevenire la diffusione dell'infezione e per proteggere sia il personale sanitario che le fasce più deboli della popolazione.

La possibilità di tracciamento con tamponi sia antigenici che molecolari ha consentito una più efficace azione di controllo degli infetti e dei loro contatti.

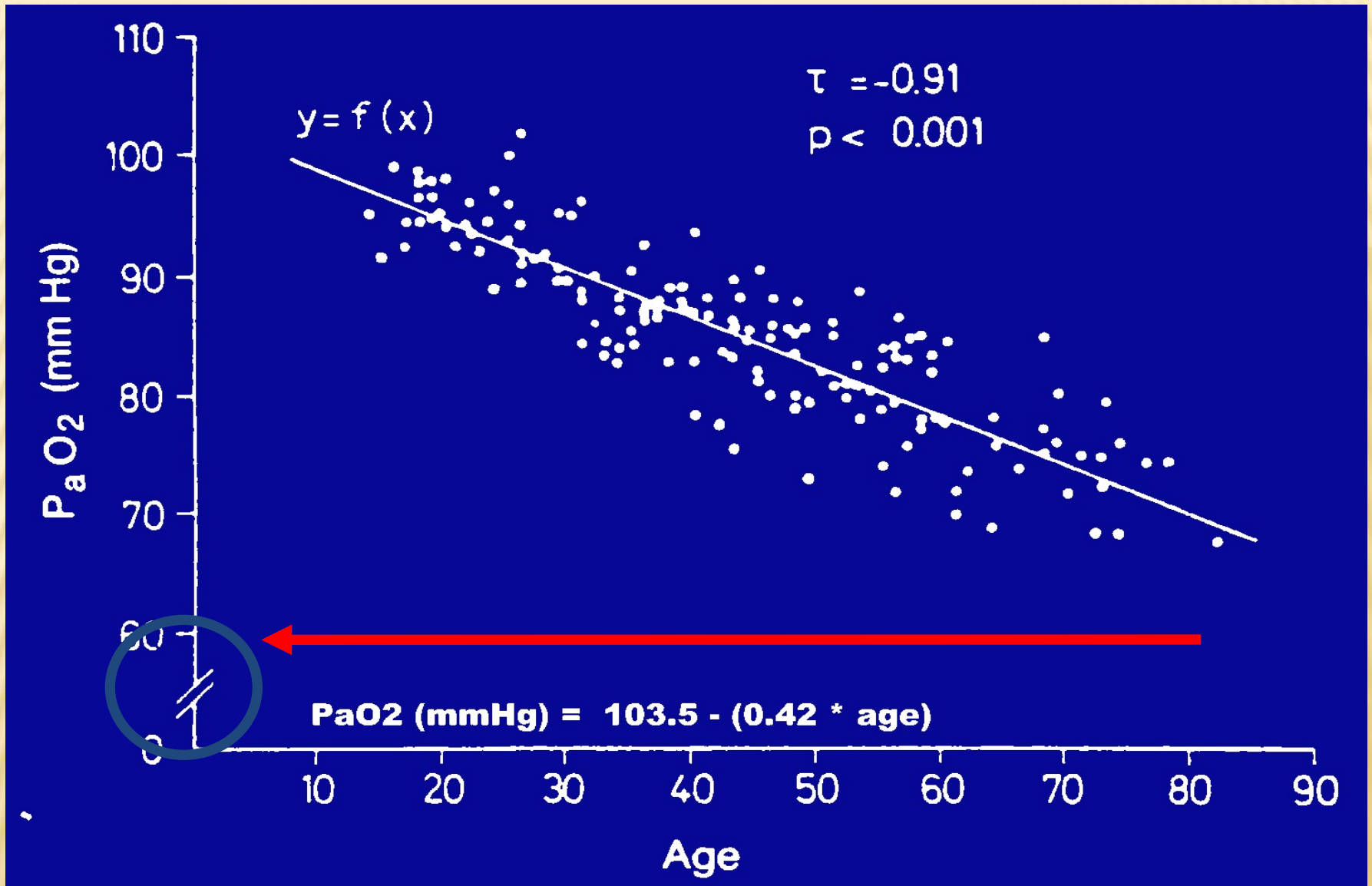
**PAZIENTE CON
FRAGILITA'
RESPIRATORIA
CRONICA**

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (I)

- ✘ Condizione caratterizzata da una inadeguata assunzione di ossigeno ed eliminazione di anidride carbonica cellulare e tissutale, con conseguente incapacità dell'attività metabolica, determinata da disordini dello scambio gassoso a vari livelli, dall'ambiente esterno sino al mitocondrio.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (II)

- ✘ In rapporto alle caratteristiche di insorgenza ed evoluzione può essere distinta in **IRA (IR acuta)** ed **IRC (IR cronica)**.
- ✘ Può essere infine ulteriormente distinta in **parziale** (ipossiemia con normocapnia) e **globale** (ipossiemia con ipercapnia).



mod. Sorbini CA. Respiration 1968;25:3-13

EMOGASANALISI



EMOGASANALISI

- Prelievo ematico arterioso
- Esame modicamente doloroso
- Siringa eparinata
- Necessita di lettura rapida
- Tenere premuto forte 3 minuti dopo prelievo
- Consente valutazione gas ematici e PH
- Indispensabile x corretta valutazione insuff. respiratoria

EMOGASANALI ARTERIOSA SISTEMICA

Valori normali

pO₂

È in relazione all'età del
soggetto (v.n. >80 mmHg)

pCO₂

35-45 mmHg

pH

7.35-7.45

Saturazione

>95%

HCO₃⁻

22-26 mmol/L

Base excess

-2.0/2.0 mmol/L

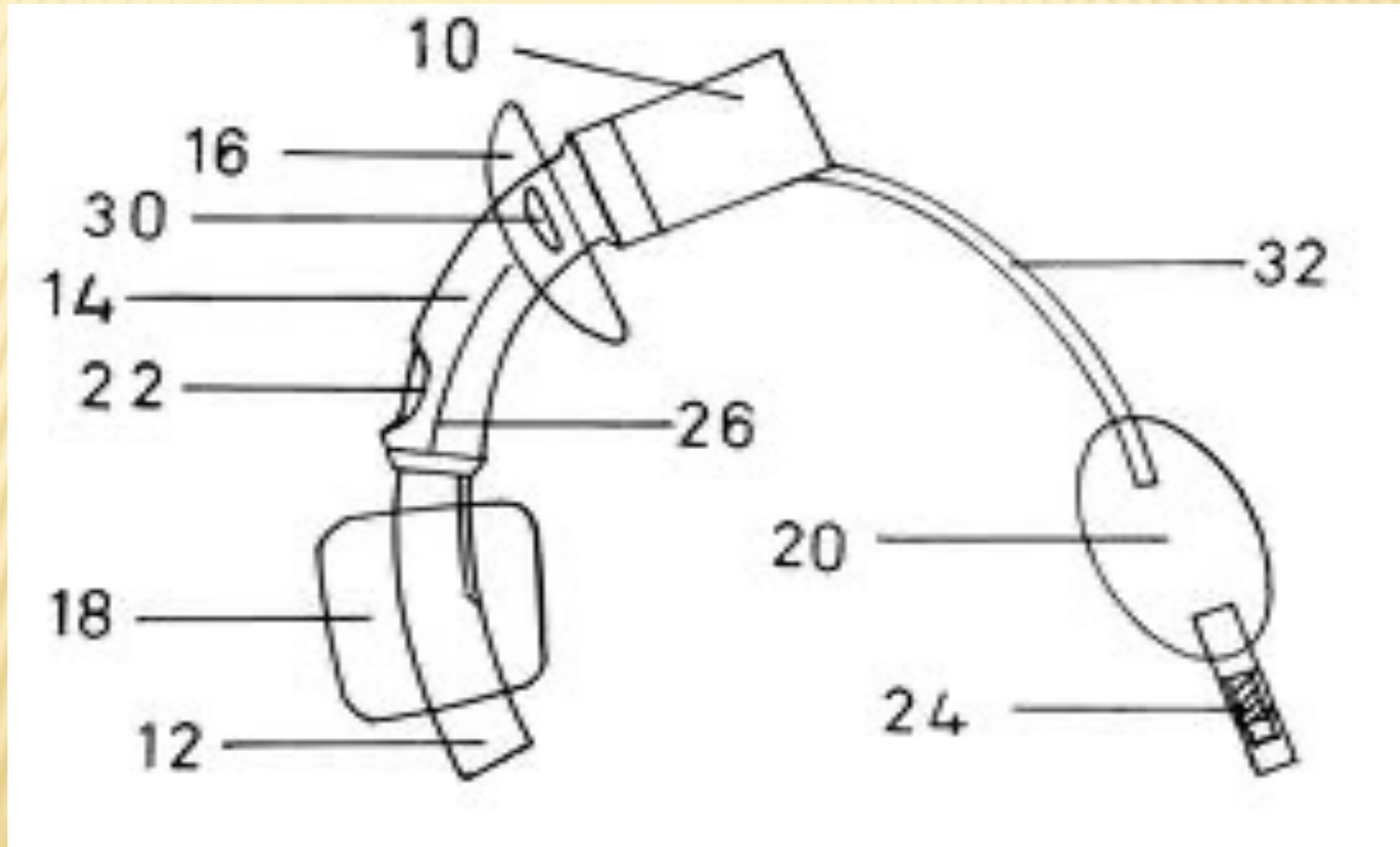
ATTIVITA' A DOMICILIO

- Gestione tracheocannula
- Rimozione secrezioni
- Monitoraggio scambi respiratori
- Prelievi ematici
- Nutrizione enterale e parenterale
- Gestione PEG

TRACHEOSTOMIA



TRACHEOCANNULA



TRACHEOCANNULA

	Fenestrata	Non fenestrata
Cuffiata		
Non cuffiata		

CANNULA FENESTRATA



COLLARINO



METALLINA



NASINO ARTIFICIALE



VALVOLE FONATORIE



TRACHEOSTOMIA

- Riduzione spazio morto
- Rapido accesso alle vie aeree
- Protezione delle vie aeree
- Rimozione delle secrezioni
(tracheoaspirazione)

BRONCOASPIRATORE



VALVOLA X ASPIRAZIONE



COUGH ASSIST



TRACHEOCANNULA

Necessaria medicazione quotidiana dei margini della stomia con blando disinfettante.

Rimuovere e lavare spesso la controcannula, se presente.

Frequenti tracheoaspirazioni.

TRACHEOCANNULA

- Periodica sostituzione, anche al domicilio, da parte di medico (Rianimatore, Pneumologo, Otorino, Chirurgo) esperto nella procedura in condizioni igieniche adeguate.

SATURIMETRO



SATURIMETRIA

- Esame non invasivo
- Semplice esecuzione
- Eseguibile al domicilio
- Non paragonabile ad EGA
- Non attendibile se difetto Vascolarizzazione (sclerodermia....)
- Molto utile x monitoraggio

PRELIEVI EMATICI

- Prestazione erogata direttamente dalla ATS su richiesta del medico di medicina generale per pazienti non deambulanti.
- Il servizio è anche fornito a pagamento da diversi laboratori di analisi.

Gastrostomy percutanea endoscopica (PEG)



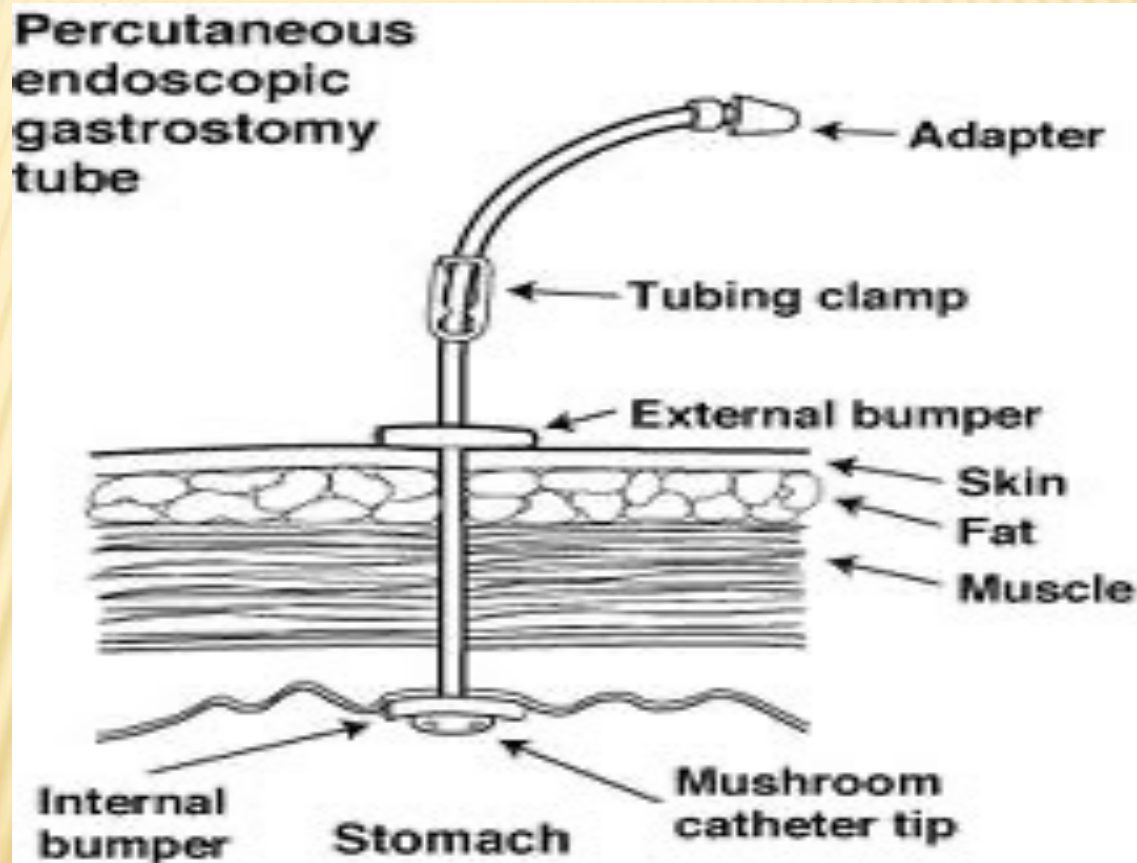
Gastrostomia percutanea endoscopica (PEG)

- Procedura che consente di somministrare una Nutrizione Enterale (NE) a pazienti affetti da disfagia permettendo di garantirgli un adeguato apporto nutrizionale.

Gastrostomia percutanea endoscopica (PEG)



Gastrostomy percutanea endoscopica (PEG)



NUTRIZIONE ENTERALE



POMPA NUTRIZIONE



NUTRIZIONE ENTERALE

- La PEG può essere posizionata in regime ambulatoriale
- Occorre aumentare gradualmente il flusso di infusione della nutrizione enterale per consentire all'intestino di adattarsi al nuovo regime alimentare; è possibile la comparsa di diarrea.
- La NE prevede l'addestramento di un caregiver all'uso della pompa

PEG

- E' necessaria la medicazione quotidiana con blando disinfettante del margine della stomia
- Vietato somministrare cibi frullati via PEG (si accelera l'usura del tubo)
- Il tubo va tenuto pulito con acqua, coca cola e scovolino

PEG

- Periodicamente si rende necessario sostituire la sonda gastrostomica quando usurata
- I nuovi modelli sono tali da poter essere sostituiti al domicilio
- La procedura deve essere eseguita da un medico esperto

NUTRIZIONE PARENTERALE



NUTRIZIONE PARENTERALE (NPT)

- Nutrizione artificiale effettuata con nutrimenti preparati in sacche da somministrare per via endovenosa.
- Va riservata a pazienti per i quali è sconsigliata la nutrizione enterale.
- Può essere praticata al domicilio e richiede una maggiore cura dell'igiene rispetto alla NE data la somministrazione endovena.

CONCLUSIONE

- La complessità dell'assistenza domiciliare di pazienti affetti da SLA rende necessaria un'attenta preparazione delle persone che se ne prendono carico dal punto di vista tecnico; si tratta di pazienti assai fragili ed una qualsiasi infezione potrebbe essere assai pericolosa per cui gli operatori sanitari debbono rispettare le fondamentali regole di prevenzione igienica.

CONCLUSIONE

Partendo da tali considerazioni non bisogna però tralasciare l'aspetto emozionale ed umano che riveste altrettanta importanza.

Associando un'attenta professionalità con empatia ed umanità si riesce a stabilire quel rapporto stretto ed unico tra paziente ed operatore che fanno stare bene entrambi.