

*I sistemi informativi integrati
come fattore base per un
sistema ADI*

Mauro Carone
Direttore IRCCS Maugeri, Bari
Past President Nazionale Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri AIPO / ETS

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

EDN 2511-820

Rassegna di **Patologia** Italian Review
dell' **Apparato Respiratorio** of Respiratory Disease

AIPO ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI
ITS ITALIAN THORACIC SOCIETY





Rivista Ufficiale dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
Official Journal of the Italian Thoracic Society

Censita in EMBASE, The Excerpta Medica Database www.embase.com

■ ■ ■ La gestione delle patologie croniche respiratorie
DOCUMENTO UFFICIALE AIPO-ITS/ETS

Supplemento 1
01 Vol. 39
2024

FROM EDITORIAL BOARD

@ForumRisk     www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

Rassegna di **Patologia dell'Apparato Respiratorio** Italian Review of Respiratory Disease

AIPO ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGO OSPEDALIERI
ITS ITALIAN THORACIC SOCIETY
Rivista Ufficiale dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
Official Journal of the Italian Thoracic Society
Credita in EMBASE, The Excerpta Medica Database www.embase.com

La gestione delle patologie croniche respiratorie
DOCUMENTO UFFICIALE AIPO-ITS/ETS

Supplemento 1
01 Vol. 39
2024

Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2024;39:(Suppl. 1)S4-4
doi: 10.36166/2531-4920-suppl.1-39-XXX

Introduzione

a cura di Mauro Carone
Past President AIPO-ITS/ETS

La Pneumologia è una delle branche della moderna Medicina nelle quali la tecnologia è in costante sviluppo. Ricorderemo tutti i primi ventilatori domiciliari. Non erano provvisti di null'altro che di un monitor, più o meno piccolo, dal quale andare a verificare "de visu" l'impostazione dei parametri di ventilazione; i più avanzati avevano anche la possibilità di vedere alcune curve. Orbene, oggi giorno nessuno di noi lavorerebbe con un ventilatore non in grado di "scaricare" i dati o, meglio ancora, di trasmetterli per il controllo del paziente. Se da una parte, però, la tecnologia progredisce di giorno in giorno, ci sono due temi che bisogna affrontare.

Il primo è la necessità di inquadrare le patologie croniche respiratorie non soltanto con la classificazione per gravità ma anche definendo quali servizi assistenziali e di home care sono necessari nei differenti livelli di gravità. Il secondo è la necessità che l'ente regolatore che bandisce gare d'acquisto/appalto/service/moleggio faccia una scelta ponderata non solo dal punto di vista economico ma anche dei requisiti tecnologici e di affidabilità. Criteri quali quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa qualità-prezzo, seppur con i correttivi del sistema di ponderazione, dovrebbero ulteriormente indagare i livelli tecnologici di quanto viene offerto insieme a quanto richiesto dalle Società Scientifiche quali requisiti minimi tecnologici e di assistenza.

Proprio nell'ottica di permettere un corretto bilanciamento tra sostenibilità e qualità delle cure, AIPO-ITS/ETS ha voluto redigere questo documento sulle principali patologie respiratorie croniche.

Come il lettore potrà apprezzare, abbiamo dato proprio spazio proprio alla definizione di quali siano i servizi assistenziali e quali i servizi di home care necessari ai pazienti in accordo con il loro livello di gravità. Insomma, abbiamo provato a definire quali siano i livelli minimi di assistenza per ciascuna patologia cronica e per ciascun livello, di gravità della stessa. All'interno di questa declinazione per livelli di assistenza i provider potranno declinare le loro tecnologie assistenziali agli standard richiesti.

Buona lettura a tutti

 Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024

www.forummediterraneosanita.it

Sommario / Contents

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

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



Forum Mediterraneo in Sanità™ 2024

BPCO

Questa valutazione è necessaria per quanto concerne la definizione e la scelta dei percorsi gestionali-assistenziali di diversa intensità più adatti a un particolare paziente (approccio assistenziale personalizzato). Ad esempio, un paziente (A) con un basso valore di FEV₁ (40%), mMRC = 2, CAT = 12, 2 riacutizzazioni/anno risolte in ambiente domiciliare (quadrante E), ma con *caregiver* molto presenti, un atteggiamento molto positivo nei confronti della malattia e inserito in un ambito sociale collaborativo può necessitare di un percorso assistenziale meno intenso di un paziente (B) con BPCO con funzione respiratoria migliore ma con deflessione del tono dell'umore, decondizionamento muscolare e un mMRC = 4, uno scarso supporto da parte dei *caregiver*, un livello di scarsa alfabetizzazione, 3 riacutizzazioni anno con ospedalizzazioni dovute in gran parte alla impossibilità di una efficace gestione al domicilio¹¹.

Servizi assistenziali e servizi home care per livelli di gravità

I problemi presentati dalle due tipologie di pazienti sono diversi ed è diverso anche l'impatto sul SSN; pertanto, i percorsi assistenziali e gestionali dovrebbero essere differenziati per intensità. Nell'ottica della assistenza di "prossimità" il primo paziente (A) potrebbe essere gestito con frequenti visite ambulatoriali ma sarebbe auspicabile migliorare la gestione domiciliare con interventi di "cure domiciliari" e teleassistenza finalizzati a intercettare e trattare precocemente le riacutizzazioni. Mentre per il paziente (B) può essere proposto un ciclo di tipo riabilitativo residenziale che deve essere seguito, proprio

per evitare ulteriori ricoveri, da un programma di riabilitazione domiciliare teleassistita e un progetto di cure domiciliari finalizzato a migliorare sia la *litteracy* che l'*empowerment* del paziente e del *caregiver* ma attivando anche risorse infermieristiche del territorio stante la fragilità sociale del nucleo familiare. "Il *setting* assistenziale domiciliare è quello in cui è più agevole per l'*équipe* del curante promuovere l'*empowerment* del paziente, migliorando la sua capacità di "fare fronte" alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura" (Piano Nazionale Cronicità 2016)¹². "Inoltre, in questi pazienti è necessario definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e il coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili" (Piano Nazionale Cronicità 2016)¹².

Differenti programmi di crescente intensità assistenziale dovranno inoltre essere previsti per i pazienti affetti da BPCO in ossigenoterapia a lungo termine (OLT) e ancora più complessi per quelli in ventiloterapia non invasiva e ovviamente invasiva¹³. La scelta delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione è sempre da preferirsi, come sottolinea il PNC, ma è necessario, in pazienti la cui gestione è più complessa, attivare percorsi assistenziali integrati. Esistono modelli variabili di telemedicina per i pazienti con BPCO, che devono essere valutati nel contesto degli altri servizi (assistenza domiciliare, accesso all'ospedale e all'assistenza sociale), inserendola in un "pacchetto di assistenza".

L'età, l'istruzione, l'esperienza con i dispositivi tecnologici, l'ambiente domestico, le capacità o i deficit cognitivi,

18-19-20 SETTEMBRE 2024 BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

Questa valutazione è necessaria per quanto concerne la definizione e la scelta dei percorsi gestionali-assistenziali di diversa intensità più adatti a un particolare paziente (approccio assistenziale personalizzato). Ad esempio, un paziente (A) con un basso valore di FEV₁ (40%), mMRC = 2, CAT = 12, 2 riacutizzazioni/anno risolte in ambiente domiciliare (quadrante E), ma con caregiver molto presenti, un atteggiamento molto positivo nei confronti della malattia e inserito in un ambito sociale collaborativo può necessitare di un percorso assistenziale meno intenso di un paziente (B) con BPCO con funzione respiratoria migliore ma con deflessione del tono dell'umore, decondizionamento muscolare e un mMRC = 4, uno scarso supporto da parte del caregiver, un livello di scarsa alfabetizzazione, 3 riacutizzazioni/anno con ospedalizzazioni dovute in gran parte alla impossibilità di una efficace gestione al domicilio¹¹.

Servizi assistenziali e servizi home care per livelli di gravità

I problemi presentati dalle due tipologie di pazienti sono diversi ed è diverso anche l'impatto sul SSN; pertanto, i percorsi assistenziali e gestionali dovrebbero essere differenziati per intensità. Nell'ottica della assistenza di "prossimità" il primo paziente (A) potrebbe essere gestito con frequenti visite ambulatoriali ma sarebbe auspicabile migliorare la gestione domiciliare con interventi di "cure domiciliari" e teleassistenza finalizzati a intercettare e trattare precocemente le riacutizzazioni. Mentre per il paziente (B) può essere proposto un ciclo di tipo riabilitativo residenziale che deve essere seguito, proprio

per evitare ulteriori ricoveri, da un programma di riabilitazione domiciliare teleassistita e un progetto di cure domiciliari finalizzato a migliorare sia la literacy che l'empowerment del paziente e del caregiver ma attivando anche risorse infermieristiche del territorio stante la fragilità sociale del nucleo familiare. Il setting assistenziale domiciliare è quello in cui è più agevole per l'équipe del curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di "fare fronte" alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura" (Piano Nazionale Cronicità 2016)¹². "Inoltre, in questi pazienti è necessario definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e il coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili" (Piano Nazionale Cronicità 2016)¹².

Differenti programmi di crescente intensità assistenziale dovranno inoltre essere previsti per i pazienti affetti da BPCO in ossigenoterapia a lungo termine (OLT) e ancora più complessi per quelli in ventiloterapia non invasiva e ovviamente invasiva¹³. La scelta delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione è sempre da preferirsi, come sottolinea il PNC, ma è necessario, in pazienti la cui gestione è più complessa, attivare percorsi assistenziali integrati. Esistono modelli variabili di telemedicina per i pazienti con BPCO, che devono essere valutati nel contesto degli altri servizi (assistenza domiciliare, accesso all'ospedale e all'assistenza sociale), inserendola in un "pacchetto di assistenza". L'età, l'istruzione, l'esperienza con i dispositivi tecnologici, l'ambiente domestico, le capacità o i deficit cognitivi,

Tabella III. Situazioni cliniche tipiche di pazienti affetti da BPCO che necessitano, in base ai loro problemi clinico-assistenziali, di differenti prese in carico.

Gravità funzionale	Valutazione multifunzionale	Problemi emersi	Programma assistenziale
Lieve/moderata mMRC: 1 Riacutiz: 0/1	Comorbidità: 0 Autonomia: buona Tono umore e vissuto della malattia: positivo Fragilità sociale: 0 Istruzione: buona	Nessun problema gestionale Verifica accesso ai servizi ambulatoriali di prossimità	Controlli ambulatoriali Programmati Empowerment Adozione stili vita salutari
Moderata mMRC: 3 Riacutiz: 3 (frequente riac) 1 trattata in ospedale	Comorbidità: 1 – CV Autonomia: scarsa Tono umore e vissuto della malattia: deflesso + Fragilità sociale: ++ Istruzione: buona	Scarso supporto da parte di caregiver, necessità di controllo giornaliero finalizzato all'empowerment, miglioramento aderenza e riduzione delle riacutizzazioni	Gestione domiciliare Teleassistenza Empowerment Monitoraggio per la riduzione delle riacutizzazioni
Moderata/grave In dimissione ospedaliera Precedente ricovero nei 15 giorni mMRC: 3 Riacutiz: 3 tutte con ricovero ospedaliero	Comorbidità: 3 – CV, diabete, riduzione BMI Autonomia: scarsa Tono umore e vissuto della malattia: ansia-depressione Fragilità sociale: ++ Istruzione: base	Scarso supporto da parte caregiver, il re-ricovero dimostra scarsa aderenza terapeutica e mancanza assistenza continuativa Carenza alimentare	Assistenza domiciliare con plurimi interventi settimanali Attivazione servizi socio-assistenziali Teleassistenza Empowerment Monitoraggio per la riduzione delle riacutizzazioni Gestione multidisciplinare
Grave in OLT mMRC: 3 Riacutiz: 1 trattata a domicilio	Comorbidità: CV, basso BMI Autonomia: scarsa Tono umore e vissuto della malattia: ansia Fragilità sociale: + Istruzione: buona	Buon supporto da parte caregiver, capacità utilizzo tecnologia, paziente collaborante, necessità di controllo giornaliero in teleassistenza finalizzato alla verifica delle condizioni cliniche e prevenzione delle riacutizzazioni	Assistenza domiciliare Teleassistenza Verifica periodica apparecchiature e device per OLT Incentivazione attività fisica a domicilio
Grave OLT + NIV < 16 ore-die mMRC: 3 Riacutiz: 1 trattata in Osp.	Comorbidità: CV, obesità, diabete Autonomia: molto scarsa Tono umore e vissuto della malattia: ansia-depressione Fragilità sociale: ++ Istruzione: base	Scarso supporto da parte caregiver, necessità di controllo giornaliero finalizzato all'empowerment, al miglioramento dell'aderenza terapeutica, alimentare e dell'attività fisica Necessità programma riabilitativo domiciliare	Assistenza domiciliare con plurimi interventi settimanali Attivazione servizi socio-assistenziali Teleassistenza Empowerment Gestione multidisciplinare clinica Verifica periodica apparecchiature e device per NIV e OLT Incentivazione attività fisica a domicilio

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



Pz in Ventilazione Meccanica Domiciliare

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

L'assistenza respiratoria del paziente avviato a programma di VMD deve necessariamente essere "personalizzata" in relazione non solo alla patologia di base e al livello di gravità dell'insufficienza respiratoria, ma anche prendendo in considerazione gli aspetti socio-psicologici, le comorbidità, la distanza dal centro proscrittore, l'organizzazione del servizio di *home care* territoriale e le scelte di fine vita. Nel contesto delle risorse da allocare per l'*home care*, si possono distinguere livelli di gravità crescente di pazienti avviati a VMD secondo grado di autonomia ventilatoria, necessità di gestione delle vie aeree, grado di dipendenza dalle ADLs:

- 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*);

- 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).

@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI



Forum Mediterraneo in Sanità™ 2024

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

ADR: Assistenza Domiciliare Respiratoria; ASL: Azienda Sanitaria Locale; VMD: ventilazione meccanica domiciliare.

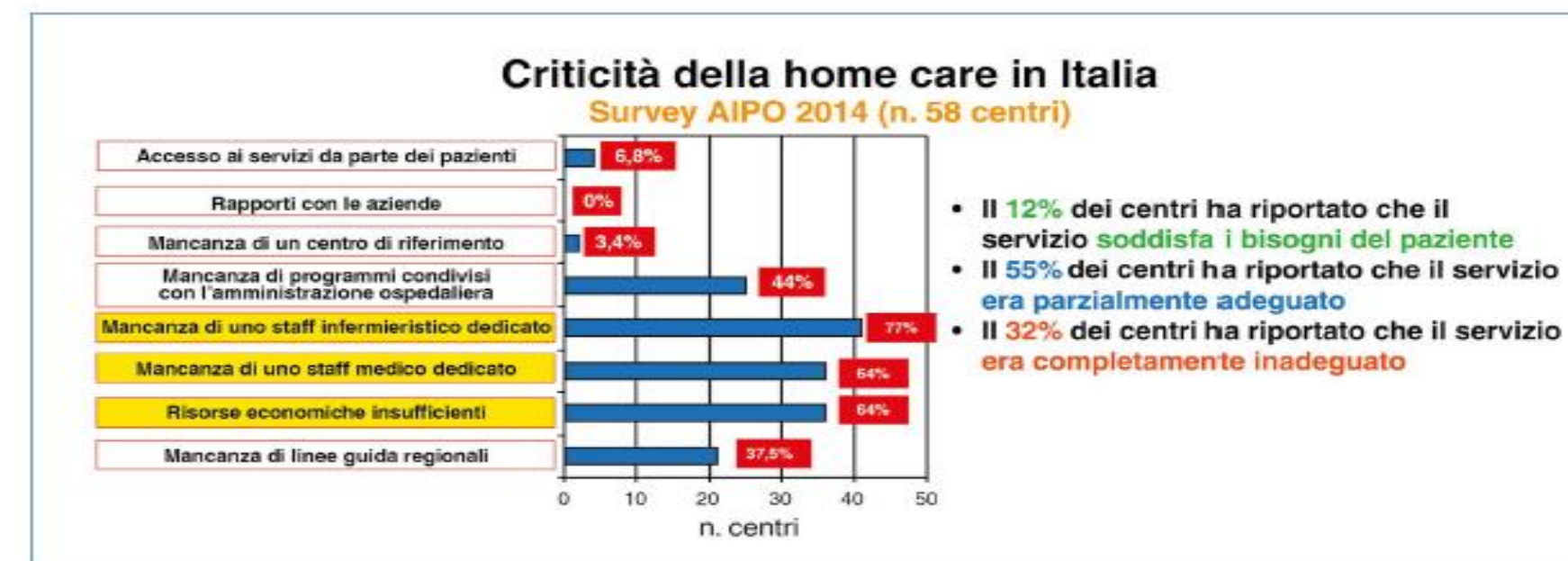


Figura 2. Dati estrapolati da una survey italiana attestante le criticità relative ai servizi di assistenza domiciliare in pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica ⁷.

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

L'ESPERIENZA DI AIPO CON LA SANITA' DIGITALE



@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

La tecnologia per la prevenzione e controllo delle riacutizzazioni nei pazienti con BPCO.

Il sistema è dotato di un algoritmo di **Intelligenza Artificiale per l'individuazione precoce di eventi potenzialmente pericolosi in pazienti affetti dalla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), quali le riacutizzazioni, l'ipossia, la tachicardia.**



ECOSISTEMA DIGITALE, SOSTENIBILITÀ E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO BPCO

Il sistema è composto da un **pulsiossimetro** collegato ad uno **smartphone**, su cui viene installata una **app** (Android e iOS), e richiede l'acquisizione di tre misure al giorno.

Implementa **tecniche di apprendimento personalizzato (intelligenza artificiale)** per ogni paziente, con **notifiche** direttamente inviate all'utente.

Dispone di un'**interfaccia da remoto** per monitorare le acquisizioni effettuate da parte dei medici.

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMA

AFFIDABILITA' E RIPETIBILITA' DELLE MISURE

**Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

**LE GARANZIE
DELLA NOSTRA
TECNOLOGIA**

Studi condotti su coorti di pazienti hanno mostrato risultati importanti sulla **semplicità d'uso per il paziente.** ★

1. Scaricare e attivare l'app
2. Inserire i parametri per 5 giorni tramite il pulsiossimetro
3. Tenere monitorato il suo stato di salute
4. Analizzare lo storico delle misure registrate

Il sistema per la prevenzione e controllo delle riacutizzazioni nei pazienti con BPCO



@ForumRisk    

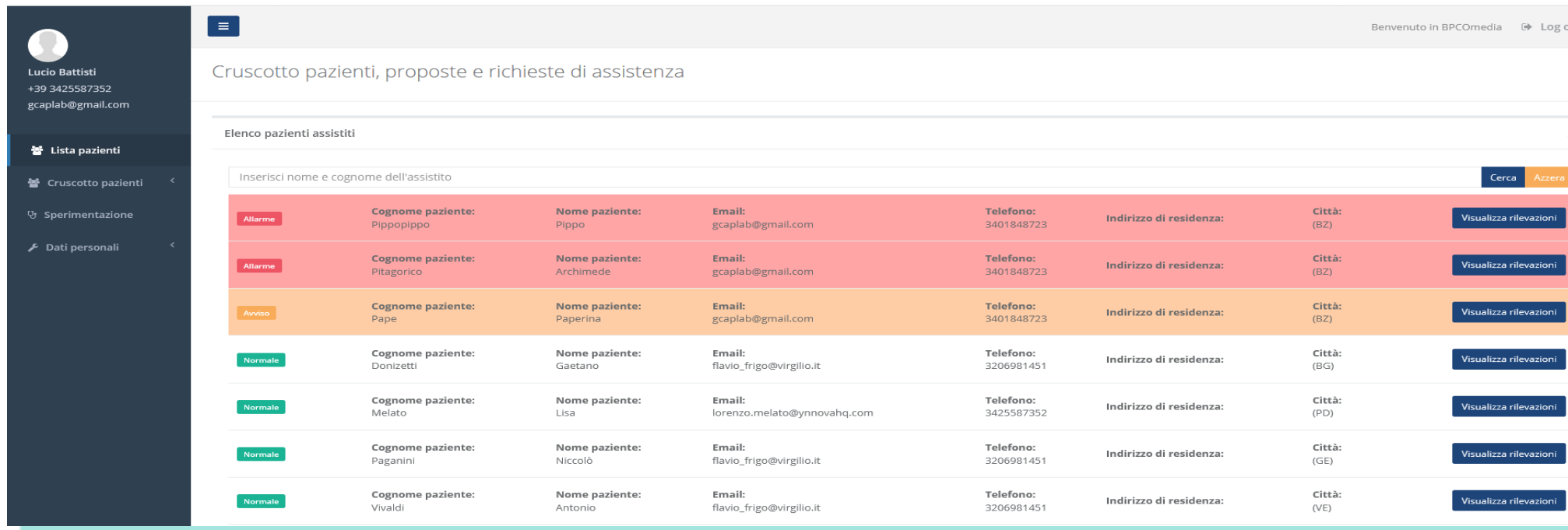
www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



Forum Mediterraneo in Sanità™ 2024

IL CLOUD - Dashboard



Benvenuto in BPCOMedia | Log out

Cruscotto pazienti, proposte e richieste di assistenza

Elenco pazienti assistiti

Inserisci nome e cognome dell'assistito

Status	Cognome paziente:	Nome paziente:	Email:	Telefono:	Indirizzo di residenza:	Città:	Visualizza rilevazioni
Attenzione	Pippopippo	Pippo	gcapiab@gmail.com	3401848723		(BZ)	Visualizza rilevazioni
Attenzione	Pitagorico	Archimede	gcapiab@gmail.com	3401848723		(BZ)	Visualizza rilevazioni
Avviso	Paperina	Paperina	gcapiab@gmail.com	3401848723		(BZ)	Visualizza rilevazioni
Normale	Donizetti	Gaetano	flavio_frigo@virgilio.it	3206981451		(BG)	Visualizza rilevazioni
Normale	Melato	Lisa	lorenzo.melato@ynnovahtq.com	3425587352		(PD)	Visualizza rilevazioni
Normale	Paganini	Niccolò	flavio_frigo@virgilio.it	3206981451		(GE)	Visualizza rilevazioni
Normale	Vivaldi	Antonio	flavio_frigo@virgilio.it	3206981451		(VE)	Visualizza rilevazioni

- Contemporaneamente ogni misura viene trasferita su una dashboard nel cloud che può essere utilizzata in modalità condivisa da tutti gli attori ed operatori del centro di telemonitoraggio.
- I pazienti sono ordinati da semafori intelligenti (non controlli puntuali ma è l'algoritmo che accende e spegne i semafori) che mettono in evidenza i pazienti da verificare permettendo quindi il controllo di numero importante di pazienti.

RISULTATI PRELIMINARI

Tabella 2 – Eventi respiratori durante il follow-up

	Kit telemonitoraggio (n=50)	Controlli (n=49)
Incidenza cumulativa eventi	18%	31%
Incidenza cumulativa eventi multipli	4%	8%
Tasso di incidenza	28/100 persone-anno	42/100 persone-anno
Rapporto tassi incidenza	0,67 (IC95%= 0,32-1,36)	

Tasso di incidenza di eventi respiratori

- 28/100 persone-anno nel gruppo di telemonitoraggio
 - 42/100 nel gruppo di controllo
- (rapporto tassi di incidenza [IRR]= 0,67; IC95%= 0,32-1,36)*

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**



CONCLUSIONI

- **AIPO – ITS continuerà il programma di Telemonitoraggio in BPCO per rispondere efficacemente al PNRR e ai nuovi bisogni della Sanità.**
- **E' però necessario un Tavolo Permanente tra Società Scientifiche e Ministero per non disperdere inutilmente in “mille rivoli” le risorse finanziarie e per razionalizzare le strategie generali per realizzare dei micro ecosistemi sanitari**

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



**Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**



@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)