



# ARES 118 - LAZIO

L'insufficienza Respiratoria sul Territorio  
Il Progetto di Telemedicina della Regione  
Lazio

Dr. Giancarlo Mosiello  
Direttore Centrale Regionale 118

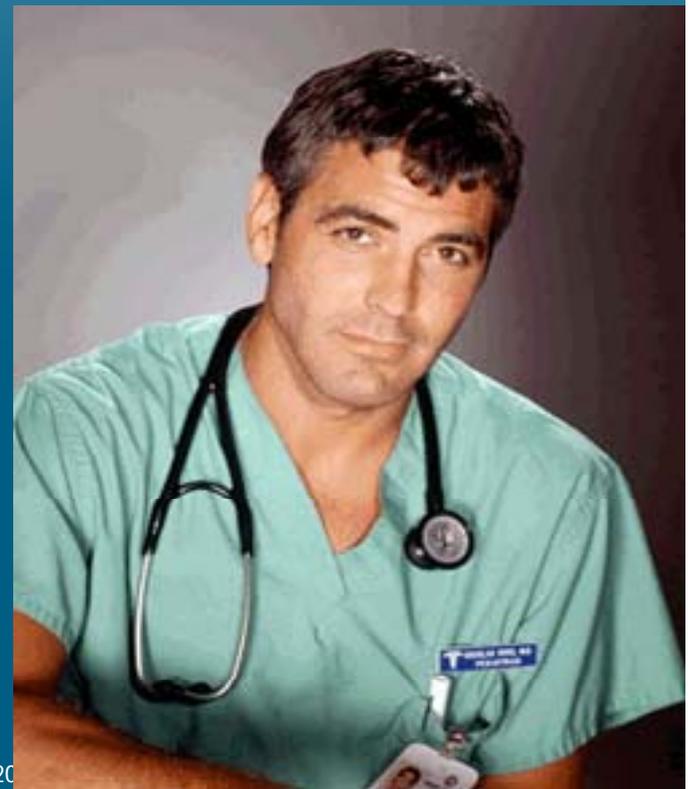


Barone Dominique Jean Larrey



# L'assistenza sul territorio







# I nuovi modelli di Sanità

- Migliorare la qualità della vita del paziente, creando nuovi strumenti atti a potenziare l'attività sanitaria sul territorio.
- Garantire la continuità gestionale delle cure trasferendole dall'ospedale al territorio

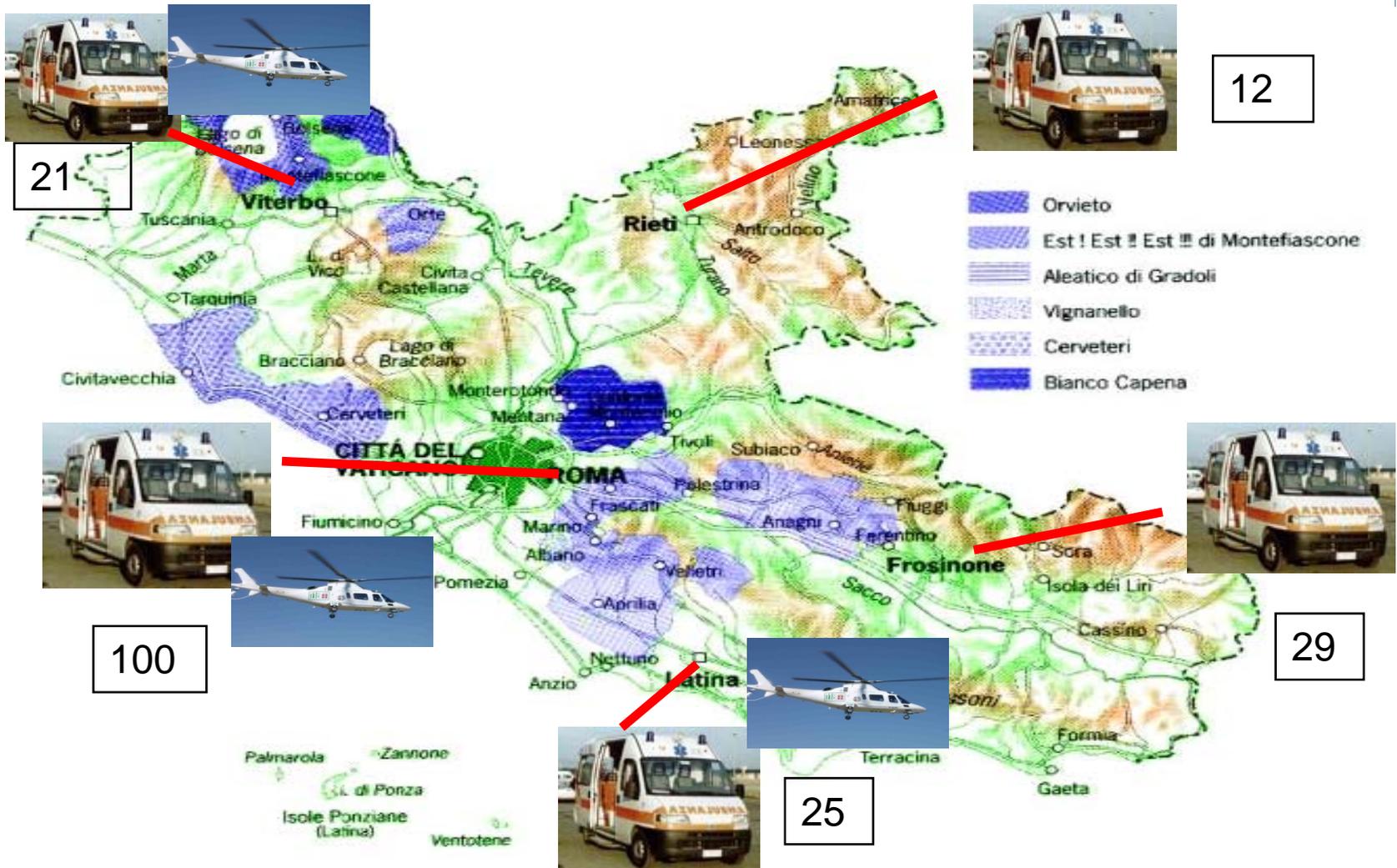


# Le Comunicazioni



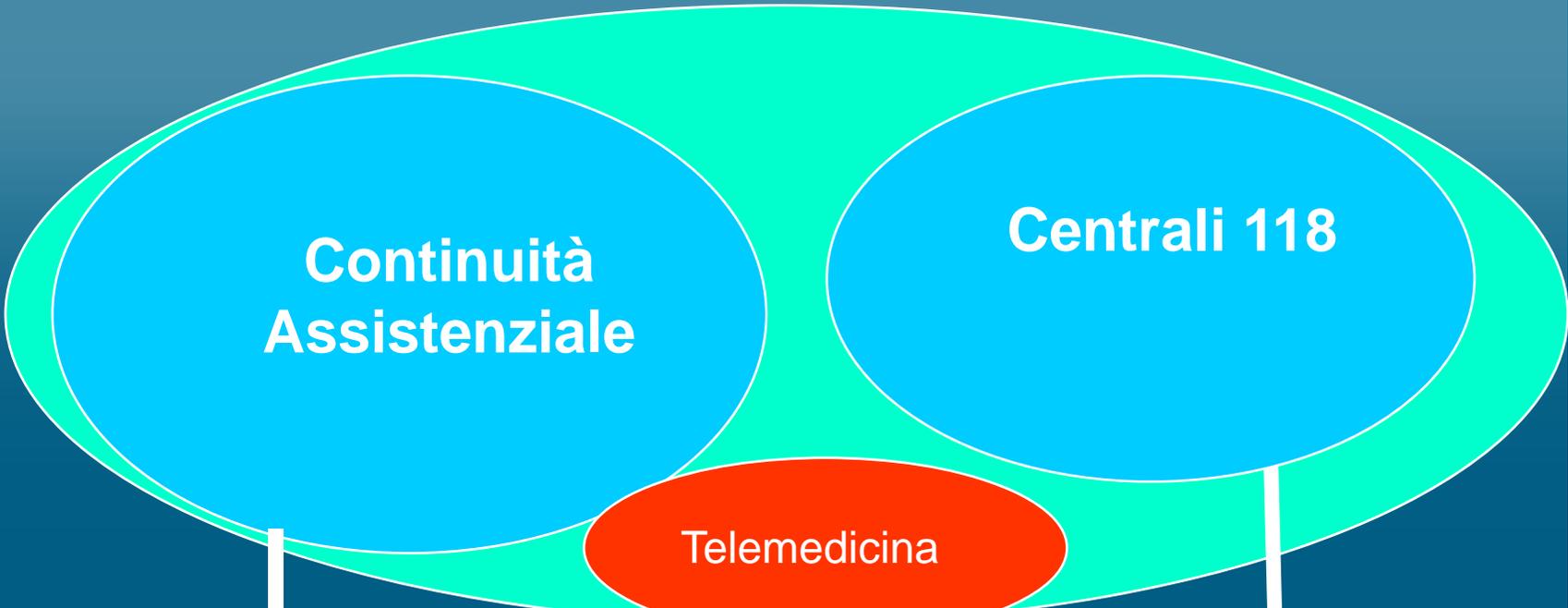


# ARES 118





# Servizio Regionale 118



Hospital



Telemedicina 2008





## Le attività in corso d'opera



- Patologie di rilevanza sociale ( BPCO)
- Integrazione assistenza sanitaria ai Centri di accoglienza per immigrati
- Progetto "ondata di calore" con monitoraggio della popolazione anziana a rischio.
- Progetto MAP - ( Mobile Adaptive Procedures)





## Assistenza Centri di Accoglienza

- ARES 118 gestisce il Centro ENEA sulla Via Boccea che accoglie 400 rifugiati politici





## Ondate di Calore

- Le Alte temperature hanno effetti sulla mortalità della popolazione anziana (75-84 anni) e molto anziana (>84 anni).

La popolazione anziana a maggior rischio è quella costituita da persone con alcune malattie croniche come quelle respiratorie e cardiovascolari e quelle che vivono in condizioni di isolamento sociale o sono residenti in aree di basso livello socio-economico.

**Nel Lazio censiti 11.000 anziani a rischio**





## Protocollo Ondate di Calore



- Livello 3 – (livello 2 che persiste per 3 o più giorni consecutivi) Ondata di calore che comporta elevato rischio per la salute della popolazione e previsione di eccesso di eventi sanitari.



Se è previsto un livello 3 a 72 ore, il medico di base valuta l'opportunità di programmare visite domiciliari;

- se è previsto un livello 3 a 48 ore, il medico di base entro 48 ore contatta telefonicamente i pazienti inclusi nella sorveglianza e programma visite domiciliari in caso di accertata necessità;



- in caso di persistenza del livello 3, il medico di base mantiene un alto livello di sorveglianza con un monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.





## BPCO - SCC

Patologie ad alta rilevanza sociosanitaria per



- prevalenza e morbilità nella popolazione



- frequenti ospedalizzazioni in seguito a riacutizzazioni



- l'impegno nella assistenza domiciliare da parte dei propri familiari





## BPCO

- Nel Lazio nel corso del 2005, 47.730 pazienti sono stati dimessi per patologie dell'apparato respiratorio dalle strutture ospedaliere della Regione, di cui 14.400 per BPCO
- I tre quarti della spesa sostenuta dalla società per un paziente affetto da BPCO sono rappresentati dai ricoveri ripetuti



## S.C.C.

- Il 5% in soggetti tra 65 anni e 69 anni e oltre il 12% negli ultraottantenni.
- La mortalità dei pazienti affetti è più alta di 6-7 volte rispetto alla popolazione normale della stessa età con una sopravvivenza a cinque anni del 35%.
- La frequenza annuale di ri-ospedalizzazione nella maggior parte degli studi è del 40-50% e circa la metà di questi ricoveri è la conseguenza diretta di una riacutizzazione dello scompenso.
- I ricoveri non conseguenti a riacutizzazione sono dovuti morbosità legate comunque alla patologia



# Gli studi internazionali

- De Toledo nel 2006 monitoraggio x 12 mesi su 157 pz affetti da BPCO
- Trappenburg nel 2008 su un confronto di due gruppi di 50 pz affetti da BPCO
- Roby A Clark – nel 2007 Analisi di 14 programmi di telemonitoraggio

**Riduzione del 20% delle ospedalizzazioni e della mortalità**

Trappenburg Telemed J E Health. 2008 Mar; 14 (2):138-46 - De Toledo P, Jimenez S, del Pozo F, Roca J, Alonso Hernandez C. Telemedicine experience for chronic care in COPD. IEEE Trans Inf Technol Biomed. 2006 Jul;10(3):567-73. oby A Clark – BMJ ; 2007; 334;942



## Regione Lazio DGR n.628/07

L'obiettivo principale del progetto



*" la verifica di attuazione di un modello gestionale integrato h 24 per l'assistenza domiciliare del paziente con BPCO e scompenso cardiaco cronico con l'utilizzo del tele monitoraggio " .*





## Obiettivi secondari



Miglioramento della qualità di vita del paziente e dell'approccio terapeutico mediante



- gestione integrata dell'assistenza domiciliare
- maggior appropriatezza del trattamento
- diminuzione delle riacutizzazioni
- diminuzione degli accessi in Pronto Soccorso (non seguiti da ricovero)
- diminuzione del numero di ospedalizzazioni/anno
- diminuzione della durata della degenza





## Obiettivi secondari



- dimostrare la fattibilità nella realtà regionale del Lazio di un progetto di assistenza integrata ai pazienti



- verificare la possibilità di riduzione dei costi del SSR nella gestione delle patologie croniche



- favorire la compliance alla terapia ed un utilizzo appropriato della stessa





## Strategia organizzativa



- La teletrasmissione da casa del paziente in differita dei principali parametri vitali
- Il monitoraggio con continuità della terapia per adeguarlo al variare delle condizioni cliniche
- La attivazione di supporto medico domiciliare
- **L'ottimizzazione dell'intervento del sistema 118 al domicilio del Paziente**
- **Il miglioramento dell'integrazione tra il MMG e il Medico Specialista**





## Lo Studio

Monitoraggio di 600 pazienti per 36 mesi.

( 400 BPCO – 200 SCC )

- Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118
- 10 centri specialistici di pneumologia e cardiologia
- Medici di Medicina Generale.
- Continuità Assistenziale





Domicilio Paziente



Domicilio Paziente



Domicilio Paziente

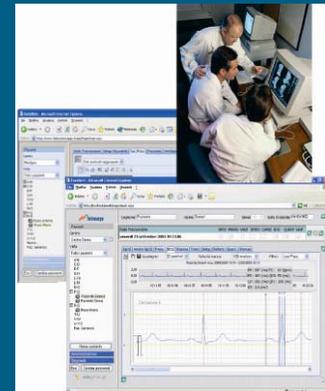


Intervento domiciliare

# Architettura



Team Specialistico





# Parametri

- Saturimetria
- ECG
- Peso
- Pressione Arteriosa





## Criteri di ammissione

- Popolazione in studio: saranno arruolati 600 pazienti, affetti da BPCO con insufficienza respiratoria in ossigeno terapia domiciliare (OLT) e/o ventilazione meccanica domiciliare (VAM) e pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico.
- I criteri di inclusione sono: età  $\geq 50$  anni, entrambi i sessi, almeno un ricovero o una riacutizzazione nell'anno precedente l'arruolamento; possibilità di conoscere nel dettaglio e con eventuale documentazione, alcuni aspetti anamnestici relativi ai 12 mesi precedenti la sperimentazione ed in particolare: numero di accessi in pronto soccorso, numero di ricoveri e lunghezza della degenza, numero di cicli di antibiotico-terapia e rinforzo della terapia di supporto nei pazienti BPCO e numero di volte in cui è stato necessario potenziare la terapia medica cardiologica nei pazienti con scompenso cardiaco.





## Risultati attesi



- **Riduzione** del 30% dei ricoveri ospedalieri
- **Abbattimento** degli accessi in P.S.



- **Riduzione** del 40% delle giornate di degenza
- **Miglioramento** della qualità di vita del paziente



**GRAZIE**

