

FIERA DEL LEVANTE 2016



**L'ALTRA SANITA'. LA NUOVA RETE DEI PRESIDII TERRITORIALI DI ASSISTENZA
IL PTA DI CEGLIE: L'OSPEDALE DI COMUNITA' E LA TELEMEDICINA
INTEGRAZIONE, CONTINUITA' DELLE CURE E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**

Dr. Francesco GALASSO

Direttore Distretto Socio Sanitario n. 3 – Francavilla F.na - ASL BR

Bari 16/09/2016

IL PIANO DI RIENTRO IN PUGLIA

Il riordino della Rete Ospedaliera introdotto dal Piano di rientro (DGR n. 2624 del 30/11/2010) prevedeva, entro il 31/12/2010, in ambito regionale, le seguenti azioni:

- Disattivazione di 1.411 posti letto, di cui 1.224 per acuti e 187 per post-acuti
- Chiusura di 15 Stabilimenti Ospedalieri
- Riconversione di 3 Stabilimenti Ospedalieri in strutture sanitarie territoriali

-Con Deliberazione del Direttore Generale ASL BR n. 804 del 14/3/2011 si dava attuazione alle disposizioni di cui alla Legge Regionale n. 2 del 9/2/2011

RICOVERI ANNO 2009 – S.O. CEGLIE M.CA

Reparto	RICOVERI ORDINARI					RICOVERI DH/DS	
	P.L.	N. Ricoveri	T.O.	P.M.	Lea inap	P.L.	N. Ricoveri
Ch. Gener.	9	241	57,60%	0,8	50%	6	179
Med. Gener.	9	319	80,70%	0,8	42%	1	145
Psichiatria	14	325	70,90%	0,7	---	1	56
Ortop./Traumat.	17	603	43,60%	0,8	68%	1	150
Lungodegenti	22	276	83,50%	1	28%	---	---
Totale	71	1764	67,80%	0,8	51%	9	530

Res. comune Ceglie M.ca	Ric. Res.	Tot. Ric. Osp. (ord. + Dh/Ds)	Autoconsumo	% di paz. che si ricov. in Osp. /tutti i paz. res. comune che si ricov. altrove
20.706	1.330	2.294	58%	25,6%

IL PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (DEL. N. 3136 DEL 6.12.2011)

Veniva approvato un progetto di riconversione e riqualificazione della Struttura in Presidio Territoriale di Assistenza (PTA), al fine di rispondere da un lato alle esigenze di salute espresse dal territorio di riferimento e dall'altro di integrare la rete di servizi ospedalieri e territoriali.

LA RIQUALIFICAZIONE

La riqualificazione ha previsto la realizzazione di un modello unico e innovativo avente le caratteristiche di un presidio polifunzionale in grado di erogare tutti i servizi necessari al territorio (cure primarie, continuità assistenziale, gestione dell'emergenza-urgenza, attività di prevenzione e riabilitazione, attività amministrative, prestazioni di medicina generale e di specialistica ambulatoriale, nonché di radiologia, laboratorio analisi, farmacia).

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO: IL TEAM

L'attività di valutazione diagnostica e terapeutica è di competenza di un *team* di più operatori appartenenti ad ambiti specialistici differenti che, nel caso specifico del PTA di Ceglie Messapica, derivano dall'accorpamento logistico, accentrato all'interno del medesimo presidio, di consulenti preposti alle attività di specialistica ambulatoriale e medicina di base.

LE MACRO AREE DI ATTIVITA'

Nel Presidio territoriale di Ceglie Messapica, dunque, coesistono – integrandosi perfettamente secondo la logica della cooperazione e della interdisciplinarietà – un gran numero di professionisti e servizi, suddivisi in cinque macroaree di attività:

- AREA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- AREA ASSISTENZA SANITARIA
- AREA SOCIO-SANITARIA
- AREA ACCOGLIENZA / AMMINISTRAZIONE / SUPPORTO
- AREA ATTIVITA' SOCIALI

L'AREA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'area di continuità assistenziale include:

1. La Postazione di 118
2. Il Punto di Primo Intervento
3. La Guardia Medica

L'AREA ASSISTENZA SANITARIA include:

1. Ambulatori MMG per la gestione della cronicità (progetto Nardino)
2. Ospedale di Comunità
3. Radiologia
4. Centro Prelievi
5. Day Service Medico/Chirurgico
6. Poliambulatorio Specialistico (PS)
7. Servizio riabilitativo distrettuale
8. Centro risvegli extraospedaliero
9. Ufficio Igiene e Medicina Legale
10. Farmacia

L'AREA SOCIOSANITARIA include:

1. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'AREA ACCOGLIENZA/AMMINISTRAZIONE/ SUPPORTO include:

1. Porta Unica di Accesso (PUA)
2. Centro Unico di Prenotazione (CUP/ Ticket)
3. Uffici Amministrativi distrettuali
4. Ufficio Assistenza Protesica

L'AREA DELLE ATTIVITA' SOCIALI include:

1. Attività Associazioni di Volontariato (ANT)

IL RUOLO CENTRALE DEL DISTRETTO

All'interno di questo assetto organizzativo, centrale diviene il ruolo del nuovo Distretto che rappresenta il principale garante facilitatore che assicura, attraverso la riorganizzazione del Governo Clinico del territorio:

- La piena integrazione tra MMG e Specialisti ospedalieri e territoriali
- L'organizzazione di Team multi-professionali
- Lo sviluppo delle cure domiciliari ed intermedie

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità trova allocazione all'interno del PTA con n° 12 pl ubicati al secondo piano della struttura.

Vi partecipano 14 MMG su 18 che sono i responsabili del processo assistenziale.

L'Ospedale di Comunità garantisce l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica a quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità, favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie.

Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale **domicilio allargato**.

La tipologia di assistenza erogata possiede, pertanto, caratteristiche **intermedie** tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), rispetto alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di **forte integrazione e collaborazione**, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

I CRITERI DI AMMISSIONE

Il ricovero nell'Ospedale di Comunità è proposto dal MMG al Direttore del Distretto che ne verifica l'appropriatezza sulla base dei criteri di ammissione corrispondenti a specifiche esigenze assistenziali:

1. Proseguimento o stabilizzazione di una terapia
2. Prevenzione di complicanze e recupero autonomia
3. Trattamento di patologie acute/subacute non necessitanti di ricovero ospedaliero ordinario
4. Esecuzione di terapie palliative

I PERCORSI

I Percorsi di afferenza-efferenza dell'Ospedale di Comunità prevedono:

- Dom - OdC – Dom
- PPIT/118 – OdC – Dom
- H – OdC – Dom
- OdC – H – OdC - Dom

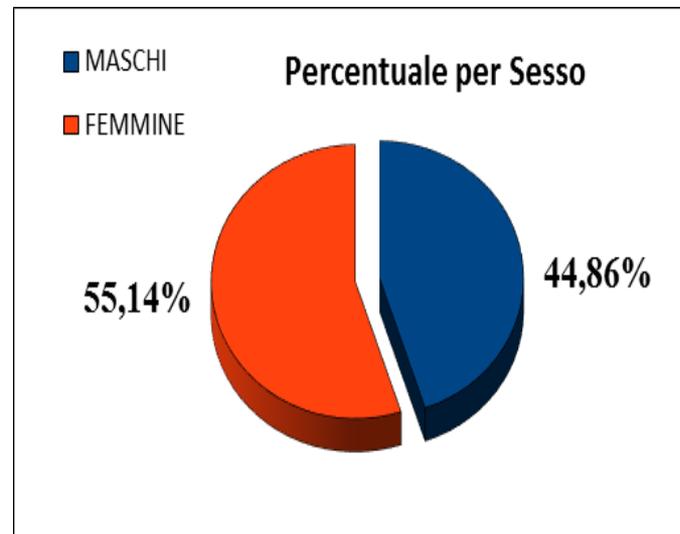
DATI ATTIVITA' OdC

ANNO 2015

(n° MMG PARTECIPANTI 14/18)

Ricoveri	Giorni di Degenza	Durata media ricoverati
266	4.256	16

FREQUENZA PER SESSO	MASCHI	123	44,86%
	FEMMINE	144	55,14%

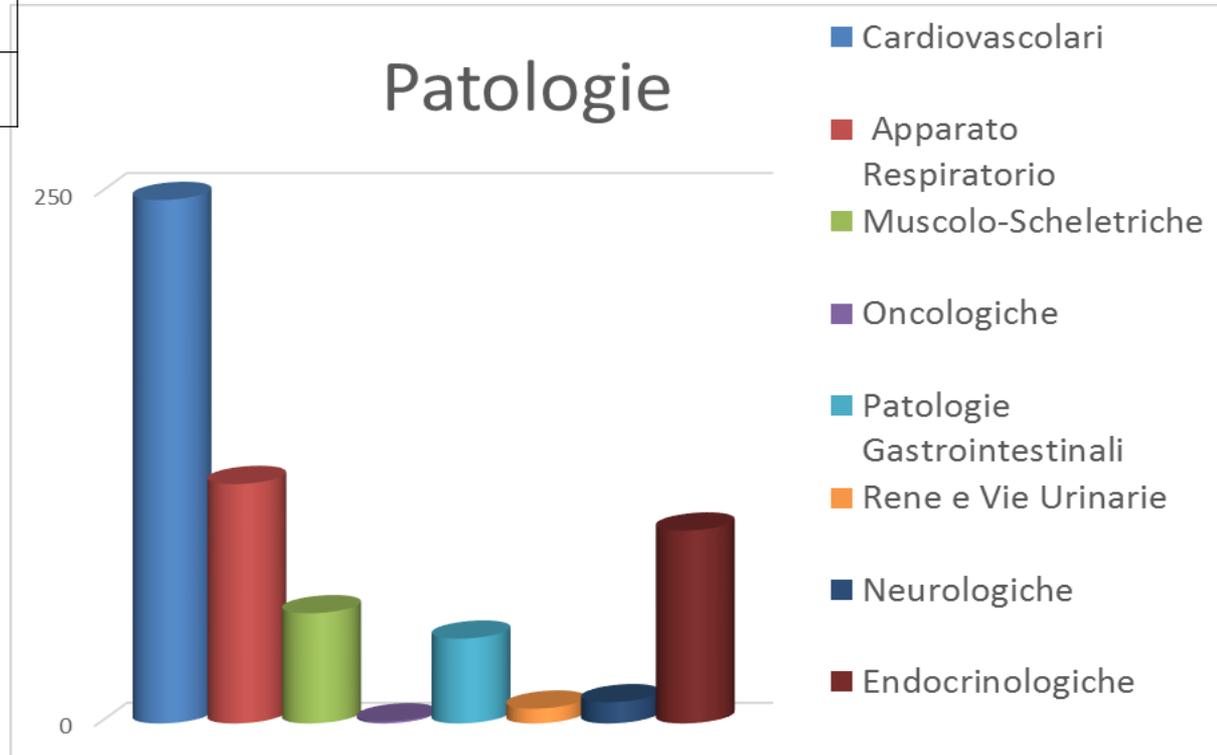


Criteria di ammissione

Paziente temporaneamente senza supporto familiare o ambientale	Malati con patologie croniche scompensate e/o riacutizzate con necessità di monitoraggio	Malati con compromissione dello stato generale per patologia di tipo evolutivo	Pazienti affetti da patologie in fase terminale	Pazienti dimessi o seguiti da reparti ospedalieri specialistici che necessitano di ulteriore periodo di controllo sanitario, in ambiente protetto prima del rientro a domicilio	Esecuzione di trattamenti farmacologici particolari la cui risposta deve essere valutata in ambiente protetto o/che, in ogni caso, risulterebbe problematica per il paziente se effettuata a domicilio
28	215	42	5	42	24

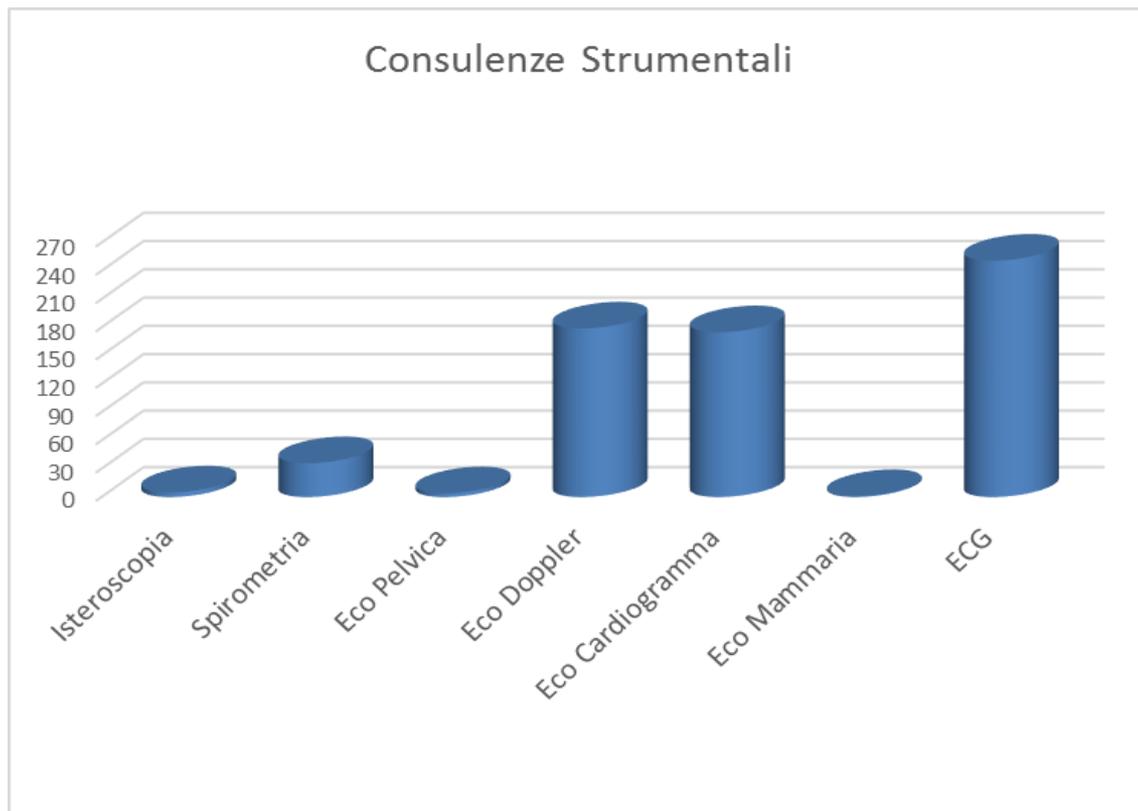
PATOLOGIE

Cardiovascolari	247
Apparato Respiratorio	113
Muscolo-Scheletriche	52
Oncologiche	1
Patologie Gastrointestinali	40
Rene e Vie Urinarie	7
Neurologiche	10
Endocrinologiche	91



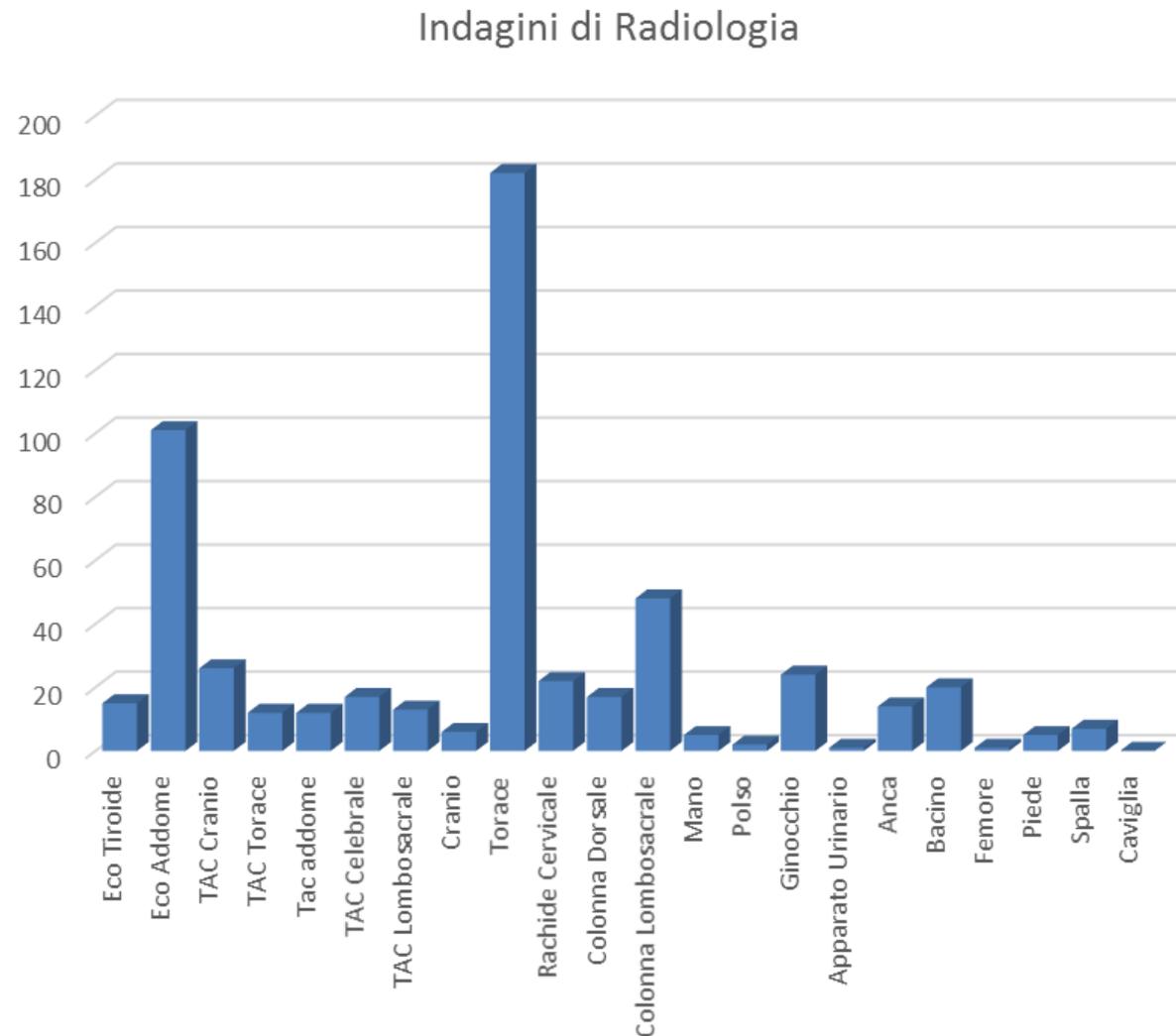
Consulenze Strumentali

Isteroscopia	5
Spirometria	36
Eco Pelvica	4
Eco Doppler	179
Eco Cardiogramma	175
Eco Mammaria	1
ECG	251

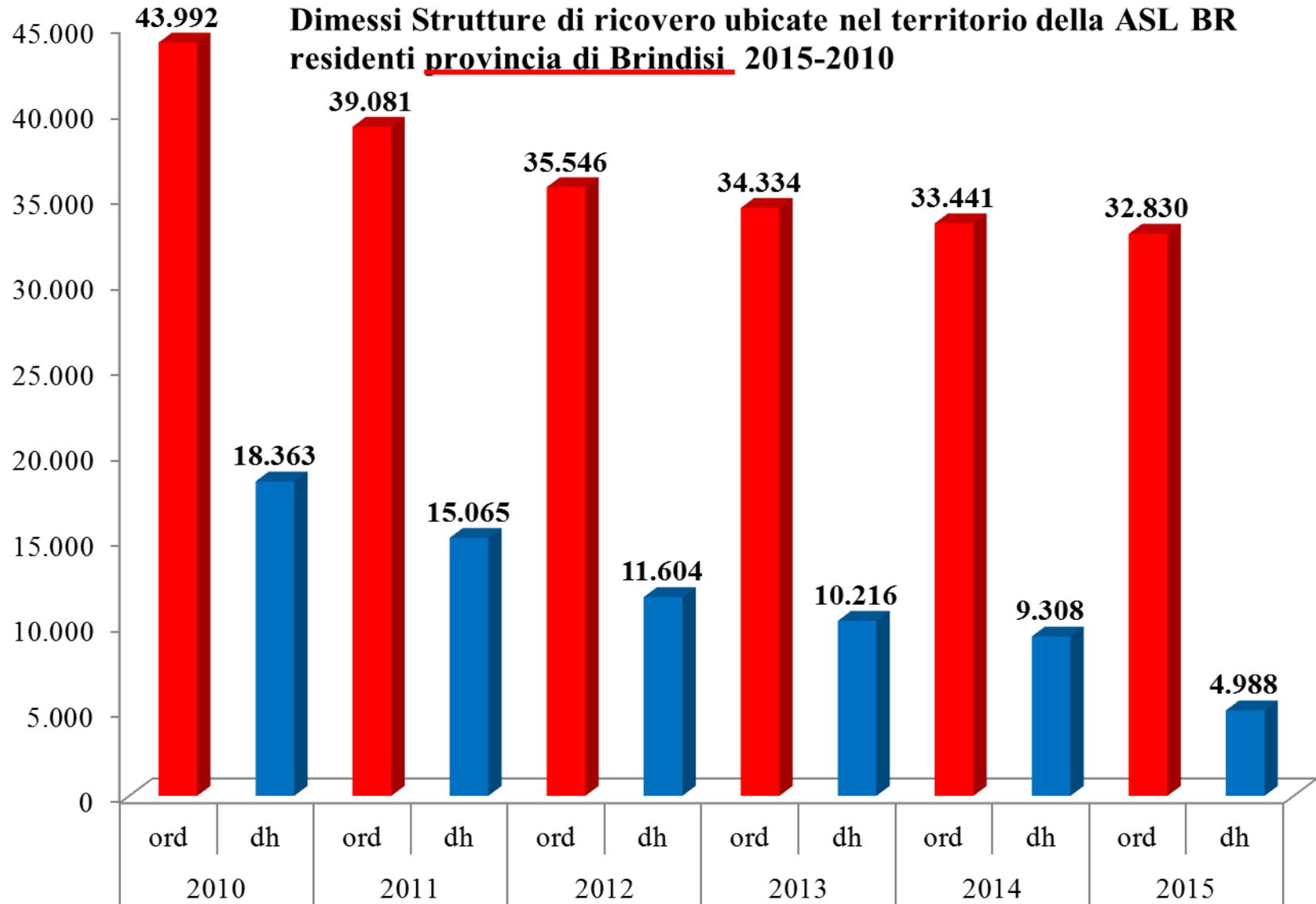


Indagini di Radiologia

Eco Tiroide	15
Eco Addome	101
TAC Cranio	26
TAC Torace	12
Tac addome	12
TAC Cerebrale	17
TAC Lombosacrale	13
Cranio	6
Torace	182
Rachide Cervicale	22
Colonna Dor sale	17
Colonna Lombosacrale	48
Mano	5
Polso	2
Ginocchio	24
Apparato Urinario	1
Anca	14
Bacino	20
Femore	1
Piede	5
Spalla	7
Caviglia	0

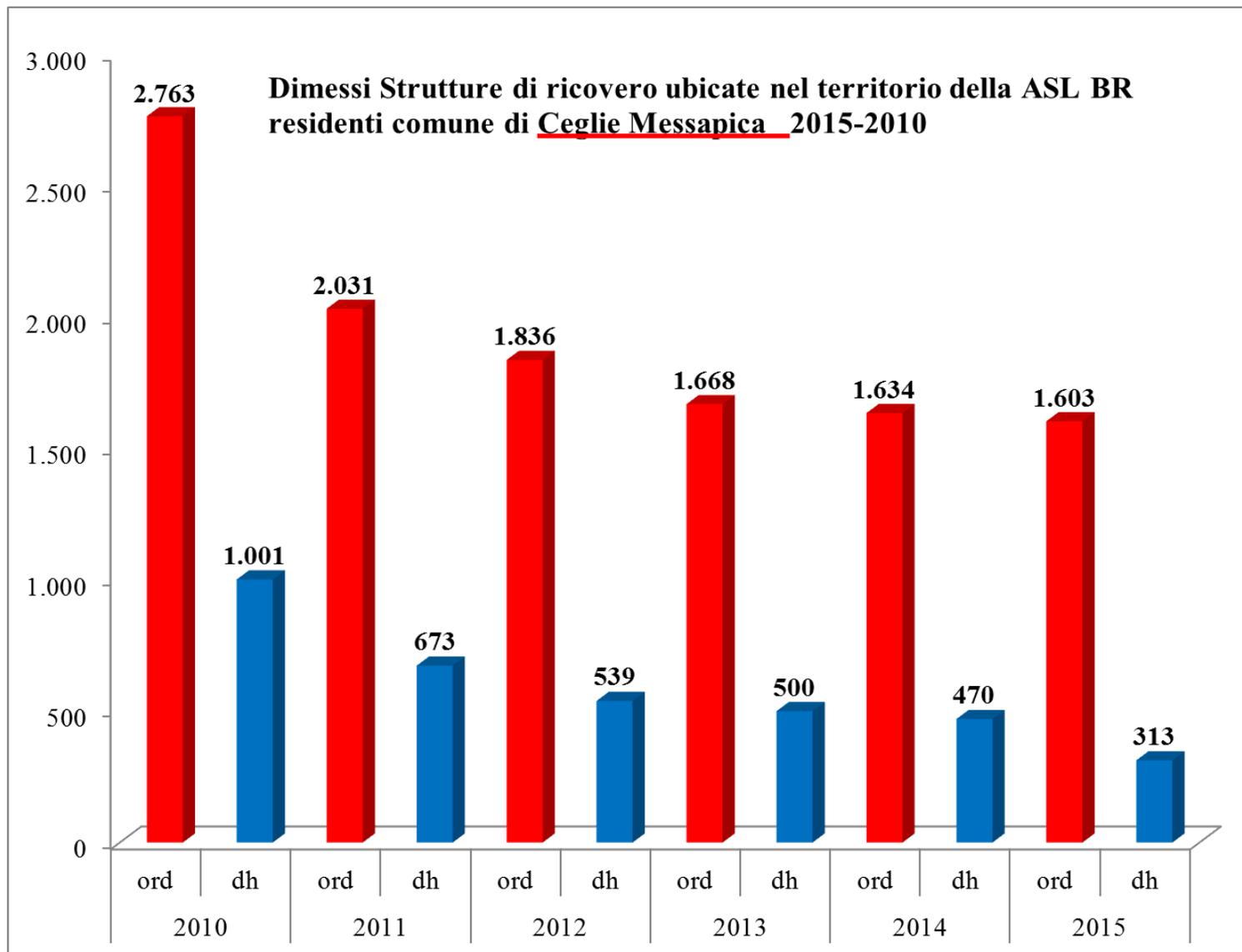


**Dimessi Strutture di ricovero ubicate nel territorio della ASL BR
residenti provincia di Brindisi 2015-2010**



Riduzione ricoveri ordinari ASL BR dal 2010 al 2015: -25%

Riduzione ricoveri totali (Ordinari + DH) nella ASL BR dal 2010 al 2015: -40%



Riduzione ricoveri ordinari Residenti Ceglie dal 2010 al 2015: -42%

Riduzione ricoveri totali (Ordinari + DH) Residenti Ceglie dal 2010 al 2015: -50%

IL VALORE AGGIUNTO DEL PTA DI CEGLIE: LA TELEMEDICINA

L'Ospedale di Comunità (OdC) oltre a rappresentare un modello organizzativo "a ponte" tra H e T, favorendo da un lato le dimissioni protette e dall'altro l'integrazione tra professionisti, ha offerto l'opportunità di sperimentare un progetto di telemedicina per la gestione delle patologie croniche. Infatti ha consentito:

- la formazione sul campo sia dei MMG che degli infermieri dedicati che hanno familiarizzato con la nuova tecnologia prima di applicarla presso il domicilio dei propri pazienti

- L'attivazione all'interno del OdC della centrale operativa per il monitoraggio dei flussi registrati dai device allocati presso il domicilio degli assistiti

LA TELEMEDICINA A CEGLIE MESSAPICA (BR)



LA TELEMEDICINA A CEGLIE MESSAPICA

Il progetto di telemedicina rivolto a pazienti assistiti presso il proprio domicilio, ma anche ricoverati presso l'Ospedale di Comunità, affetti da patologie croniche (Scompenso Cardiaco, Diabete Mellito, BPCO) con l'obiettivo di attivare best practice nelle dinamiche relative ai processi di cura



IL PROGETTO A CEGLIE MESSAPICA: LA MISSION

Il progetto di telemedicina si pone come area di servizio, supplementare e non meramente sostitutiva dei servizi specialistici e dell'ospedalizzazione, che mira a rafforzare la presa in carico continua ed integrata dei bisogni del paziente, in funzione della specifica patologia attraverso le tecnologie informatiche e i dispositivi medici specifici

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Il Progetto mediante l'attivazione di n.11 dispositivi H@H consente di **telemonitorare**, in fase sperimentale, per la durata di un anno, pazienti sia ricoverati nell'Ospedale di Comunità di Ceglie M.ca che assistiti presso i rispettivi domicili attraverso il rispetto di un **protocollo assistenziale integrato**

IL MODELLO ASSISTENZIALE

- Il servizio di telemedicina è rivolto a **pazienti affetti da patologie croniche**, in particolare Scompenso Cardiaco Cronico, BPCO, Diabete a **rischio di instabilità clinica**.
- Il sistema assicura un continuo collegamento tra MMG, centri specialistici ospedalieri ed ambulatori, personale infermieristico, caregiver al fine di garantire il monitoraggio dei parametri clinici e strumentali dei pazienti arruolati.

END POINT PRIMARIO

Verificare il possibile utilizzo di dispositivi tecnologici di telemedicina all'interno di modelli di gestione integrata relativamente a malattie croniche ad alto impatto sociale, al fine di migliorarne la gestione e di facilitare l'integrazione tra specialisti e MMG



END POINT SECONDARI

- Ridurre il numero di ricoveri
- Ridurre le giornate di degenza
- Attivare le dimissioni protette



GLI OPERATORI

- ✓ MMG operanti nel Comune di Ceglie Messapica
- ✓ Medici **specialisti** per patologia di riferimento del Distretto
- ✓ personale infermieristico, con riferimento a quello che attualmente assicura il servizio ADI nel territorio
- ✓ servizi distrettuali (cure domiciliari, UVM, PUA)
- ✓ pazienti e caregivers

LE MACROFASI DEL PROGETTO

- ✓ *Individuazione del gruppo campione della sperimentazione*
- ✓ *Arruolamento (Protocollo)*
- ✓ *Creazione scheda assistito*
- ✓ *Formazione/verifica qualità del progetto*
- ✓ *Operatività (Protocollo di monitoraggio e di emergenza)*

PROTOCOLLI DI MONITORAGGIO

- Il paziente o il caregiver è tenuto, presso il suo domicilio ad effettuare le rilevazioni nelle modalità e negli orari previsti dallo specifico protocollo
- Tali rilevazioni sono verificate e valutate dal MMG che comunica online eventuali variazioni e/o integrazioni (anche con riferimento ai parametri e alla frequenza dei monitoraggi) del piano terapeutico assistenziale già concordato

IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE

La gestione di pazienti affetti da tale patologia prevede, di norma, il monitoraggio dei seguenti parametri:

- pressione arteriosa
- frequenza cardiaca
- saturazione d'ossigeno
- frequenza respiratoria



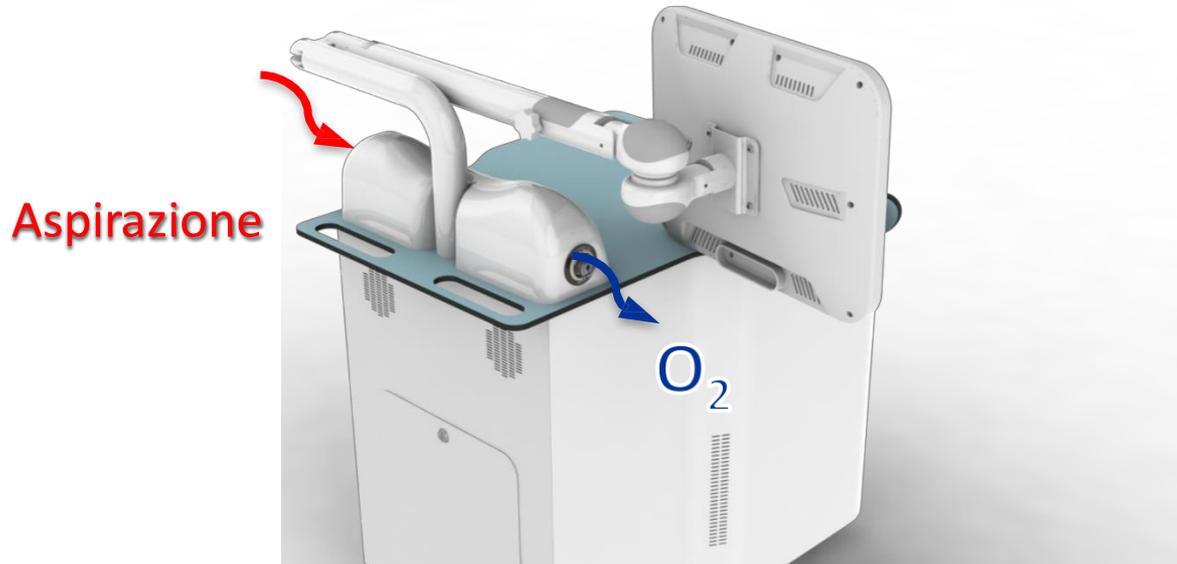
H@H HOSPITAL AT HOME

REINVENT E-HEALTH



H@H hospital at home reinvent e-health

Il sistema, rispetto al altre soluzioni già utilizzate, permette oltre che il monitoraggio anche la somministrazione di terapia mediante l'attivazione di apparecchiature biomedicali presenti a bordo



Sia i dispositivi di monitoraggio che quelli di terapia sono installati in un'unica apparecchiatura

DATI ATTIVITA' 10 MESI

NUM. TOT. PAZIENTI 85 (59 Pz. > 65 aa)

BPCO

30

SCOMPENSO CARDIACO

37

DIABETE

18

Tempo medio monitoraggio/Pz. = 28 giorni



PAZIENTI CON BPCO NUM. 30

14 Pz.	$\geq 4 \downarrow$ Sa O ₂
8 Pz.	3-4 \downarrow Sa O ₂
8 Pz.	1-2 \downarrow Sa O ₂



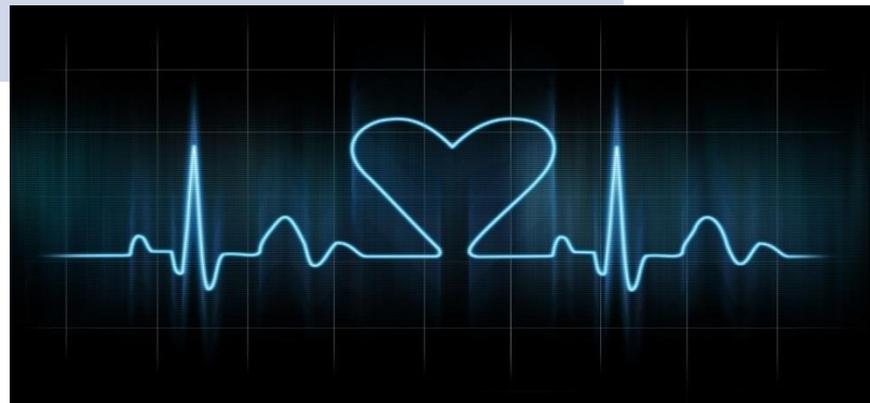
valore significativo quando $<90\%$ per almeno 5 minuti

- In tutti i casi di \downarrow Sa O₂ si è resa necessaria la somministrazione di O₂ (concentratore);
- 20/30 hanno successivamente eseguito sia emogasanalisi a riposo che saturimetria notturna;
- in 24 Pz. è stata modificata la terapia farmacologica;
- 1 Pz. è stato ricoverato per peggioramento dell'insufficienza respiratoria.

PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO NUM. 22

17/37	Alterazioni P.A. che hanno richiesto modifica terapia farmacologica
30/37	Alterazioni F.C., ECG (Alterazioni del ritmo o ischemiche) che hanno richiesto intervento terapeutico
10/37	Affetti anche da BPCO con ↓ Sa O₂ che hanno richiesto somministrazioni di O₂
1/37	Ricoverato per alterazioni ischemiche all' ECG

* Per bassi valori pressori si è intesa una situazione ipotensiva “sintomatica”, mentre per variazioni in senso ipertensivo la registrazione di elevati valori pressori persistenti per almeno 3 giorni.



L'AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO

Nel mese di Febbraio 2016 è stato attivato all'interno del PTA un Ambulatorio Distrettuale dedicato alla gestione e follow up dei pazienti affetti da scompenso cardiaco.

L'ambulatorio prevede le seguenti attività:

- Follow up ambulatoriale clinico strumentale per controllo periodico e ottimizzazione terapia
- Consulenza per Ospedale di Comunità
- Attività di Telemedicina

COME SI ACCEDE ALL'AMBULATORIO

I pazienti affetti da scompenso cardiaco possono essere indirizzati all'ambulatorio dedicato da:

Ospedale per acuti - Ospedale Francavilla Fontana

Ospedale di Comunità Ceglie Messapica

Attività Specialistica Ambulatoriale

I PAZIENTI CHE ACCEDONO ALL'AMBULATORIO

- Sono pazienti con cardiopatia avanzata ad elevato rischio di instabilità emodinamica e ridotta qualità di vita, che necessitano di:
 - frequenti controlli ambulatoriali
 - frequente monitoraggio dei parametri
 - frequente aggiustamento della posologia farmacologica
 - frequente valutazione delle comorbidità

LA TELEMEDICINA NELLA GESTIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Abbiamo utilizzato la telemedicina come attività complementare nel percorso del paziente con scompenso cardiaco ad elevato grado di instabilizzazione nella considerazione che un follow-up clinico e strumentale più stretto possa garantire una riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori

LE FASI DEL PERCORSO DI ATTIVAZIONE DELLA TELEMEDICINA

- ✓ Valutazione clinica preliminare del paziente: effettuata presso l'Ambulatorio Scompenso e registrazione dei parametri-obiettivo da parte del Medico Specialista e dell'Infermiera Dedicata (PA, FC, Peso, SAO2...)
- ✓ Definizione del programma personalizzato di assistenza del Servizio di telemedicina
- ✓ Predisposizione del collegamento tecnico, per l'invio dei dati clinici, presso il domicilio del paziente, e formazione del paziente e del caregiver/infermiere dedicato e contemporanea informazione del MMG
- ✓ Avvio del protocollo di monitoraggio

CASO CLINICO

**Esperienza integrazione
ospedale - territorio DSS 3
nello scompenso cardiaco**

CASO CLINICO

Sig. ra A.A ; (residente in Ceglie M.)

- Anamnesi: 80 Anni, Cardiopatia ipertensiva, Insufficienza mitralica moderata. Fibrillazione atriale permanente. Moderata disfunzione ventricolare sinistra. FEVS40%. NYHA II-III. Numerosi ricoveri negli ultimi due anni per scompenso cardiaco riacutizzato.
- Ricovero a febbraio 2016 in Cardiologia – Ospedale Francavilla Fontana con diagnosi di «Edema polmonare acuto. Crisi ipertensiva. FA permanente»
- Trattamento intraospedaliero con diuretici ev, nitrati, C – Pap. Stretto monitoraggio ECG, PA, FC, SPO2, bilancio idrico, EGA seriati.

CASO CLINICO

- Degenza intraospedaliera UOC Francavilla Fontana
5 gg
- successiva attivazione di **DIMISSIONE PROTETTA c/o OSPEDALE DI COMUNITA' SEDE CEGLIE MESSAPICA** al raggiungimento di relativa stabilità clinica e al passaggio da terapia diuretica ev → avvio terapia diuretica per os.
- Avvio protocollo di **TELEMEDICINA** nella sede **dell'Ospedale di Comunità** – Ceglie Messapica e successivamente al **Domicilio** del paziente

Protocollo monitoraggio telemedicina

<u>Parametro / Attività</u>	<u>Freq.</u>	<u>Note</u>
<u>Tracciato ECG monotraccia</u>	<u>1/die</u>	<u>Orario concordato con il paziente (accesso ore 09.00)</u>
<u>Pressione Arteriosa</u>	<u>2/die</u>	<u>Ore 09.00 e ore 18.00</u> <u>(3 misurazioni di PA – trend)</u>
<u>Frequenza Cardiaca</u>	<u>2/die</u>	<u>Matt e pom</u> <u>(ore 09.00 – ore 18.00)</u>
<u>Peso</u>	<u>1/die</u>	<u>Matt (ore 09.00) effettuato dall'infermiere o dal care giver</u>
<u>Saturazione O2</u>	<u>2/die</u>	<u>Matt e pom (ore 09.00 – ore 18.00)</u>
<u>Frequenza respiratoria</u>	<u>2 v /die</u>	<u>Matt e pom (ore 09.00 – 18.00)</u>
<u>Valutazione della sintomatologia</u> <u>Valutazione della diuresi e bilancio idrico</u>	<u>1 v/die</u>	<u>Mattina (09.00)</u>
<u>Teleconsulto tra medico specialista e mmg ed eventuale variazione della terapia</u>	<u>2 v/sett</u>	<u>Ogni variazione della posologia o modificazione terapeutica può essere effettuata esclusivamente da parte dello Specialista o dal medico di riferimento</u>
<u>Comunicazioni periodica del report clinico del paziente al MMG</u>	<u>1-2 v/settimana</u>	

DATA 28/03/2016 20:33 - Dott. Cosimo Mastro

NOME PAZIENTE

DATA DI NASCITA
24/05/1935

SESSO
F

ALTEZZA
150 cm

PESO
75 kg

HR 75 bpm FR 17 bpm SpO2 96 % NIBp 124/81 (101) TEMP1 35,6 °C TEMP2 -

REFERTO

The dashboard displays a patient's vital signs and a heart rate (HR) graph. The HR graph shows a peak of 140 bpm on Saturday, March 26, 2016, at 18:10:08.493. The patient's name is Cosimo Mastro, born 24/05/1935. The dashboard includes a search bar, a score indicator, and various monitoring options.

This screenshot shows the NIBP (Non-Invasive Blood Pressure) and temperature (TEMP) monitoring sections. The NIBP graph shows a reading of 124/81 mmHg. The temperature graph shows a reading of 36.2 °C. The patient's name is Cosimo Mastro, born 24/05/1935. The dashboard includes a search bar, a score indicator, and various monitoring options.

This screenshot shows a list of clinical notes and ECG tracings. The notes are dated from 27/03/2016 19:53 to 29/03/2016 08:30. The patient's name is Cosimo Mastro, born 24/05/1935. The dashboard includes a search bar, a score indicator, and various monitoring options.

- ✓ Aggiornamento della cartella clinica con inserimento delle note cliniche, degli esami di laboratorio e della terapia
- ✓ Fase di teleconsulto con MMG



....durante il telemonitoraggio sia presso l'Ospedale di Comunità che presso il Domicilio è stato possibile effettuare modifiche terapeutiche alla luce della valutazione dei parametri rilevati che hanno permesso di ottimizzare lo stato clinico della paziente ottenendo :

- Soggettivo miglioramento della sintomatologia
- Migliorata FC e PA
- Peso corporeo stabile; Edemi declivi significativamente ridotti
- Stabile fx renale e riduzione BNP
- Migliorata consapevolezza della patologia e maggiore aderenza alla terapia da parte del paziente

.....La pz continua ad essere seguita presso l'ambulatorio dello Scompensio Cardiaco con visite programmate e non più ricoverata in Ospedale per acuti da febbraio

Caso clinico, febbraio 2016: paziente ricoverato presso P.O. Francavilla F.na S.C. Cardiologia/UTIC con diagnosi di edema polmonare acuto, crisi ipertensiva, F.A. permanente.

Durata complessiva della degenza: 5 giorni



**ATTIVAZIONE
DIMISSIONE
PROTETTA**



TRASFERIMENTO



Paziente seguito presso l'ambulatorio dello S.C. con visite programmate. Non si registra alcun ricovero successivo.

TELECONSULTO + TELEMONTORAGGIO

Presa in carico del MMG e consulenza specialista del cardiologo attraverso la *telemedicina*



Domicilio

**ATTIVAZIONE
TELEMEDICINA**



DIMISSIONE



Ospedale di Comunità
Ceglie M.ca

CONCLUSIONI

- A distanza di circa 5 anni dalla sua attivazione possiamo affermare come il PTA di Ceglie M.ca rappresenta oggi un nuovo modello di assistenza territoriale orientato alla presa in carico e gestione delle patologie croniche attraverso l'attivazione di modelli organizzativi reticolari in grado di connettere diversi setting assistenziali



CONCLUSIONI

In tale contesto anche le esperienze di telemedicina hanno dimostrato di rappresentare una opportunità oltre che per facilitare l'accesso alle cure soprattutto per un radicale mutamento nella gestione delle patologie croniche nell'integrazione H-T e più in generale nella continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extraospitalieri e tra i diversi livelli di assistenza, fermo restando la centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali.



GRAZIE