

7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Il settimo capitolo intende fornire informazioni sull'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza per l'Azienda, ma anche per il contesto territoriale di riferimento e per il sistema regionale. Nel corso del 2010, sono quattro gli obiettivi di maggior rilievo e di cui diamo conto in questo capitolo.

- Centrale operativa 118 "Parma soccorso"
- Pronto soccorso
- Eventi precoci nell'epatite acuta da virus C (HCV) per l'identificazione di nuovi biomarcatori
- Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica (LIDI)







Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

La crescita del Nuovo Ospedale di Parma, rappresentata negli scorsi anni nei suoi aspetti strutturali, in buona parte concretizzati, viene proposta nel 2010 focalizzando alcune importanti innovazioni di carattere organizzativo, ma non solo, con particolare attenzione alle persone e ai loro bisogni.

Nel 2010, l'Azienda ha portato a conclusione importanti cambiamenti e innovazioni nell'area dedicata al soccorso e all'emergenza.

La nuova sede della Centrale operativa 118 può essere vista non solo come nuova e tecnologicamente avanzata sede di lavoro per gli operatori del primo intervento, ma soprattutto come rafforzamento della rete dell'emergenza, non solo sanitaria, attiva sulla provincia di Parma. La nuova collocazione favorisce le sinergie con gli altri nodi della rete della sicurezza sul territorio e potenzia la capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

La centralità del paziente rispetto al servizio è il tema di fondo del nuovo Pronto Soccorso. Infatti, sono stati ripensati gli ambienti, con una migliore organizzazione degli spazi e del lavoro coerenti con il codice di gravità, ed è stato potenziato il personale con nuove assunzioni. Superficie triplicata, nuova tecnologia, maggiore sicurezza e più assistenza sono fra gli aspetti della nuova unità operativa dell'Azienda dedicata alle emergenze sanitarie.

I professionisti operano in équipe in un ambiente aperto, in cui sono delimitate le postazioni di assistenza. Per il cittadino questo si traduce in minori spostamenti perché, a parte alcuni esami diagnostici, il percorso assistenziale viene completato nella postazione.

Il potenziamento tecnologico è uno degli aspetti che contraddistingue il nuovo Pronto soccorso. Caratteristica principale è la vicinanza della tecnologia rispetto al paziente. All'interno della struttura è stata installata una TC 64 strati (si veda a riguardo nel capitolo 3 il paragrafo "*Riorganizzazioni Tomografie Computerizzate (TC) aziendali*"). Ogni postazione di assistenza è dotata di pensile attrezzato con monitor e strumentazione sanitaria di emergenza per il controllo dei parametri vitali. La postazione è un'unità informatica dalla quale sono rintracciabili tutte le informazioni cliniche del paziente reperibili nella rete informatica ospedaliera. Le aree di assistenza sono dotate di centrali di monitoraggio, con supporto wireless. Infine per tutelare la sicurezza di pazienti e operatori, il nuovo Pronto soccorso è interamente sottoposto a video sorveglianza attraverso videocamere orientabili, posizionate anche nell'area dell'elisoccorso.

Come sempre il bilancio di missione presenta un capitolo dedicato alle attività di ricerca progettate e realizzate in Azienda (cfr. capitolo 6) e non occorre qui ribadire la centralità del ruolo della ricerca in una organizzazione sanitaria e soprattutto per un'azienda ospedaliera. Il progetto presentato nel terzo paragrafo del presente capitolo, dedicato alla diagnosi precoce e alla caratterizzazione delle risposte immunitarie anti-virali nel campo delle epatiti C, pone in evidenza in modo emblematico la complessità delle attività di ricerca, l'importanza dell'azione in rete e, ancora una volta, la centralità del paziente che è il fine ultimo del grande impegno profuso.

Ulteriore conferma che il tema centrale del bilancio di missione 2010, e in particolare del capitolo 7, è il paziente arriva dall'ultimo argomento che viene presentato: la Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica (LIDI). Si tratta di un'innovazione caratterizzata da un forte impatto organizzativo, orientato al recupero e al benessere di persone, spesso anziane, che presentano un quadro complesso, ma esaurito dal punto di vista diagnostico in quanto hanno superato la fase dell'acuzie e delle complicanze di competenza medica, e che tuttavia necessitano di un ulteriore periodo di assistenza infermieristica qualificata e di elevata intensità (con necessità di trattamento farmacologico e monitoraggio protratto al fine di un effettivo consolidamento delle condizioni cliniche), finalizzata al completamento di un iter terapeutico ed eventualmente riabilitativo personalizzato in integrazione con il territorio, in funzione della dimissione del paziente.

7.1 Centrale Operativa 118 "PARMA SOCCORSO"

La Centrale 118 "Parma Soccorso" è una unità operativa complessa appartenente al Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.



Inserita nella logica di sistema, la Centrale operativa si qualifica infatti per essere la struttura di accesso di un ospedale hub, con elevate specialità – Emergenza Urgenza, Nefrologia, la Clinica Chirurgica e trapianti d'organo, l'Ematologia e il Centro trapianti midollo osseo, il Centro Ustioni, la Cardiochirurgia e la Cardiologia, la Neurochirurgia e la Neuroradiologia, la Genetica medica, la Terapia intensiva neonatale e il Trauma center.

La capacità di risposta altamente qualificata, grazie all'elevata specializzazione dell'intero Ospedale di Parma, risulta particolarmente rilevante considerando, ad esempio, alcune patologie "tempo dipendenti", quali l'arresto cardiaco, la crisi respiratoria acuta, l'ictus, l'infarto e il trauma grave.

Nel corso del 2010, la Centrale Operativa 118 ha traslocato nella nuova sede del Centro Unificato delle Emergenze in Via del Taglio, ove sono allocati il Corpo di Polizia Municipale cittadina e la Polizia Provinciale. Tale scelta logistica è stata progettata per rendere più efficiente e concreto il ruolo della Centrale operativa all'interno del sistema locale e territoriale di soccorso, non unicamente verso l'ospedale di cui è riferimento, come già osservato, ma verso l'intera rete provinciale e sovra-provinciale dei servizi.

Il trasferimento è avvenuto dopo circa 20 anni di attività nella prima sede operativa interna all'ospedale.

La nuova collocazione, al di fuori dell'area ospedaliera, permette alla struttura di inserirsi all'interno del sistema unico delle emergenze, a stretto contatto, appunto, con la polizia municipale, la polizia provinciale, la Protezione civile e le associazioni di volontariato. La nuova collocazione arriva grazie ad un accordo con Comune e Provincia di Parma.

La nuova sede offre congrue e soddisfacenti soluzioni negli aspetti logistici ed operativi permettendo flessibilità tecnologiche ed ambientali per un futuro sviluppo, sia per l'introduzione del Sistema N.U.E. 112 che per la possibile centralizzazione sovraprovinciale delle emergenze territoriali, a fronte dell'aumento e della complessità delle richieste

La sua collocazione all'interno della rete regionale proietta il sistema dell'emergenza in una logica sovra-provinciale sia a supporto delle centrali limitrofe sia per fronteggiare i grandi eventi avversi, le calamità naturali, le alluvioni e i terremoti.

Gli ambienti messi a disposizione dal Comune di Parma comprendono una sala per le maxi emergenze, locali adibiti ad ufficio e il cuore pulsante delle emergenze, ossia la Centrale operativa vera e propria. Completano la struttura locali tecnici-logistici, adibiti ad ospitare i server, i nuclei telefonici e gli archivi.

Grazie a due anelli di fibre ottiche la strumentazione è integrata con le tecnologie informative dell'Ospedale Maggiore e raccordata con la rete dell'emergenza regionale.

Compongono le apparecchiature: un centralino, un sistema informatico, uno di trasmissione del tracciato elettrocardiografico per le ambulanze, 300 radio di cui 150 radio per fonia, 170 per la trasmissione dati, e 120 portatili, oltre che 150 telefoni cellulari e altrettanti gps veicolari con sistemi cartografici. Una dotazione messa a punto con due reti di radiocomunicazione (basate su sistemi sincroni a portante digitale), di cui uno con 9 ponti per la fonia e uno con 11 ponti per la trasmissione dati.

Per comprendere meglio il sistema in cui la Centrale si inserisce, si consideri che l'articolazione della rete dell'emergenza a Parma è estesa su tutto il territorio provinciale e consente di raggiungere anche le località più disagiate, grazie alla fitta rete del volontariato che assicura una copertura capillare del territorio. Sono 32 le postazioni con ambulanza e 9 le auto mediche.

Inoltre, nel 2010, si è ulteriormente consolidata la collaborazione e l'attività in rete con l'Azienda sanitaria territoriale con la quale sono stati sviluppati e prodotti i progetti Stemi e Stroke.

Gli indicatori di risultato, in particolare quelli riguardanti lo Stemi, sono lusinghieri con un bilancio molto positivo sia in termini di casi trattati che di velocità di trasporto e trattamento in Emodinamica, elementi fondamentali in questa patologia tempo-dipendente.

La presa in carico e la valutazione delle chiamate e la successiva gestione dell'intero processo di soccorso sanitario costituiscono le principali attività della Centrale, delle quali si evidenzia un consolidato trend in aumento attestato per il 2010 a 38.530 missioni di soccorso oltre a circa 6.000 chiamate risolte con consiglio telefonico.

L'attività di gran lunga prevalente è, dunque, il soccorso primario, cioè quello eseguito direttamente sul luogo dell'evento. Ma altrettanto importante è anche l'attività da ospedale ad ospedale, che rappresenta un elemento strategico nella centralizzazione del paziente critico secondo il modello hub & spoke.

Si conferma la qualità del servizio di elisoccorso che nel 2010 ha svolto più di 750 missioni verso altrettanti eventi sull'area Emilia Nord nei quali si è rilevata ulteriormente l'appropriatezza del mezzo



aereo. Il raggio d'azione dell'elisoccorso copre le tre province di Parma, Piacenza e Reggio Emilia oltre alle zone di confine con le province di Mantova, Cremona, Lucca e Massa.

Per meglio rispondere alle necessità che vedono il sistema sempre pronto a rispondere a supporto ad eventi in ambienti difficili da raggiungere (la grande opera civile del cantiere raddoppio pontremolese costituisce uno di questi casi), il servizio 118 si è dotato nel 2010 di un mezzo fuoristrada.

Per migliorare l'accessibilità al servizio di soccorso, la Centrale ha iniziato nel 2009 il progetto SMS Emergenze per Non Udentì, che è stato identificato dalla Regione quale progetto di riferimento per tutto il territorio emiliano-romagnolo, fornendo qualificata e tempestiva risposta. Grazie a questo sistema, le persone non udenti possono inviare un SMS su un numero della Centrale 118 a loro ben noto nel quale specificare le informazioni e i bisogni necessari per il nostro intervento.

L'attività formativa del personale, in gran parte infermieristico, assieme al direttore medico e al responsabile infermieristico, è proseguita sviluppando competenze specialistiche dirette alla gestione del sistema informativo in rispondenza alle nuove linee di indirizzo Nsis per la normalizzazione del debito informativo verso Regione e Ministero; ulteriore sviluppo è stato dato alla formazione assistenziale attraverso Corsi on site e presso Faculty o sedi formative regionali (Phtls, Amls, Epc, Grandi Rischi, Camera Fumi con autorespiratore, NBCR, eccetera).

Sono aumentati gli incontri di analisi attività e criticità con il personale, anche in considerazione della variata sede di lavoro.

Nel 2010 è iniziato, altresì, uno studio con indagine di settore per l'adeguamento dei Dispositivi di protezione Individuale dell'uniforme-divisa individuale con l'intento di coniugare la migliore protezione individuale a costi di gestione contenuti.

7.2 Pronto Soccorso

Nel mese di febbraio 2010 sono state inaugurate ed attivate l'area delle postazioni dedicate ai pazienti critici a cui è attribuito generalmente codice di gravità rosso (8 postazioni) e l'area per il trattamento dei pazienti gravi e di media gravità a cui sono stati attribuiti codici gialli e verdi (18 postazioni di cui 2 per l'isolamento) posti in barella per le condizioni cliniche o comunque hanno necessità di assistenza alla deambulazione.

Nel mese di luglio 2010 sono terminati i lavori di allestimento dell'area ambulatoriale, con relativa ampia sala di attesa, dedicata ai pazienti che accedono al Pronto Soccorso attraverso il percorso dedicato ai deambulanti, consentendo in tal modo il completamento dei servizi a favore dell'utenza che accede in emergenza-urgenza.

La centralità del paziente si estrinseca non solo nell'architettura degli emicicli e degli open space ma si caratterizza soprattutto per la creazione di percorsi diagnostici che vedono l'attività consulenziale al letto del paziente e la creazione di appositi percorsi interni per le indagini diagnostiche in emergenza ed i ricoveri.

Ai fini di un rapido inquadramento diagnostico del paziente particolare importanza ha avuto l'installazione nella sezione di radiologia di Pronto Soccorso di una TC a 64 strati e l'ammodernamento delle tecnologie analogiche digitalizzate con sistemi di Computed Radiography (CR) con le più efficienti tecnologie di Direct Radiology (DR) oggi disponibili.

Sono state, inoltre, messe in atto le misure organizzative propedeutiche la realizzazione dell'OBI (osservazione breve intensiva), il trasferimento degli ambulatori ortopedici e per la riqualificazione della Medicina d'Urgenza.



7.3 Eventi precoci nell'epatite acuta da virus C (HCV) per l'identificazione di nuovi biomarcatori

Le infezioni da virus dell'epatite C (HCV) costituiscono un importante problema socio-sanitario, rappresentando la principale causa di epatopatia cronica e di tumore del fegato in Italia. La maggior parte delle infezioni da HCV, infatti, non guariscono spontaneamente e danno luogo a patologie epatiche croniche. Tali infezioni sono difficili da diagnosticare in fase acuta perché decorrono solitamente in modo del tutto asintomatico; una diagnosi precoce sarebbe tuttavia importante, perché le terapie anti-virali specifiche sono altamente efficaci se iniziate durante la fase acuta, ma lo sono molto meno se il trattamento viene intrapreso quando l'infezione è già cronica. Obiettivi prioritari della ricerca nel campo delle epatiti C sono pertanto la identificazione di marcatori diagnostici precoci predittivi dell'esito dell'infezione e la ideazione di nuove strategie terapeutiche efficaci, per il cui sviluppo è fondamentale una migliore conoscenza della biologia del virus e delle risposte immunitarie protettive.

Alla caratterizzazione delle risposte immunitarie anti-virali il gruppo di ricerca dell'U.O. di Malattie Infettive ed Epatologia di Parma ha dato negli ultimi anni un contributo fondamentale, identificando alcuni meccanismi inibitori dei linfociti T HCV-specifici e sviluppando specifiche strategie per ripristinarne le funzioni protettive, che nei



HepaCute (Grant Agreement n°260844) is a European Research Network (Collaborative Project) supported by the European Commission under the Health Cooperation Work Programme of the 7th Framework Programme for the Research and Technological Development.

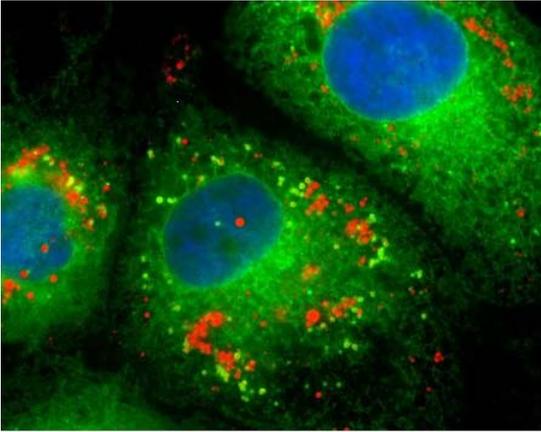
pazienti con infezione cronica da HCV sono fortemente sopresse. Data la rilevanza dei risultati, il gruppo di ricerca di Parma è riuscito ad aggregare nell'ambito dell'area tematica "Early events in acute hepatitis C virus (HCV) infection with the aim to identify new biomarkers" del VII Programma Quadro della Commissione Europea, dieci gruppi di clinici e ricercatori europei (tedeschi, italiani, inglesi, spagnoli e svizzeri), che comprendono i principali leader nella ricerca immunologica, virologica e molecolare sul virus dell'epatite C, con lo scopo di sviluppare ulteriormente i risultati preliminari ottenuti attraverso un approccio di ricerca multidisciplinare. Al progetto parteciperanno anche tre gruppi di clinici e ricercatori egiziani ed un gruppo di ricercatori del Marocco, la cui inclusione è stata specificamente richiesta dalla Commissione Europea per instaurare rapporti di collaborazione fra Europa e paesi nord-africani, in cui la prevalenza di epatite C è particolarmente elevata e pone problemi socio-sanitari di prioritaria importanza.

Lo scopo principale del progetto, pluriennale, è quello di identificare strategie per accrescere la possibilità di diagnosi precoce delle infezioni da HCV, permettendo quindi un trattamento più precoce, con conseguente diminuzione dell'incidenza di infezioni croniche. Il progetto si ripropone inoltre di identificare nuovi marcatori predittivi dell'evoluzione dell'infezione, attraverso la caratterizzazione dei meccanismi immunologici, molecolari e genetici responsabili del controllo dell'infezione e del danno epatico associato e di creare in questo modo i presupposti conoscitivi per proporre terapie immunomodulanti innovative. Il miglioramento della gestione clinica delle infezioni acute da HCV che ne conseguirà dovrebbe quindi permettere di migliorare la qualità di vita dei pazienti infettati e di diminuire l'impatto socio-sanitario delle infezioni croniche da HCV, abbassandone l'incidenza.

Compito specifico del gruppo di ricerca dell'Unità Operativa di Malattie Infettive ed Epatologia di Parma è quello di coordinare tutti gli studi di immunologia cellulare, caratterizzando in particolare i meccanismi attraverso i quali i linfociti T controllano il virus e rendono possibile la guarigione dall'infezione, nell'intento di definire nuovi profili immunologici predittivi di guarigione, da utilizzare nella gestione clinica quotidiana dei pazienti.



Immagine del virus dell'epatite C



Il progetto, finanziato completamente dalla Commissione Europea, rappresenta un riconoscimento di grande prestigio per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in considerazione della elevata competitività dei progetti che vengono sottomessi alla Commissione Europea, che ne ha approvati solo due nel settore delle epatiti virali, quello a cui partecipa Parma ed un secondo che fa capo all'Istituto Pasteur di Parigi.

7.4 Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica (LIDI)

La realizzazione di una Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica (LIDI) si inserisce in un ambito di sviluppo della funzione lungodegenziale istituita nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma circa 12 anni fa a seguito della Delibera regionale n. 1455 del 28/07/1997.

La LIDI, composta da 18 posti letto, trova collocazione nell'accresciuta area unitaria di lungodegenza, composta attualmente da 76 letti (Unità Operative di Medicina Interna e Lungodegenza Critica), in coerenza con i contenuti professionali e culturali in essa sviluppatasi.

A seguito di un progetto di razionalizzazione iniziato con il primo PAL 2005-2007, proseguito con il secondo PAL 2007-2009, anche in forza degli accordi attuativi tra Università e Azienda, la funzione lungodegenziale aziendale è stata tutta inserita nel DAI Geriatrico-Riabilitativo con notevoli miglioramenti sul piano organizzativo ed assistenziale.

Un altro aspetto rilevante riguarda lo sviluppo culturale di questa funzione in rapporto con l'organizzazione di un grande ospedale policlinico e con le modificazioni epidemiologiche delle patologie e della cronicità. Due fattori hanno orientato lo sviluppo della funzione lungodegenziale: da una parte l'opportunità di rispondere in modo adeguato alle nuove e crescenti necessità di tipo specialistico e tecnologicamente avanzato dei reparti per acuti sia di tipo medico che di tipo chirurgico, e, dall'altra, la crescente "ondata" di polipatologie e di pazienti fragili, critici, sovente caratterizzati da complicanze e comorbilità invalidanti che necessitano di un intervento terapeutico globale, intensivo e prolungato rispetto ai "tempi dei DRG", affrontabili soltanto in un solido ambiente di competenza internistica e contemporaneamente capace di rapportarsi con il territorio in una logica di continuità assistenziale e di sicurezza per questo tipo di paziente.

Questo ulteriore sviluppo della funzione lungodegenziale vede un impegno professionale più elevato in ambito infermieristico. Questo sviluppo appare peraltro coerente con il contemporaneo sviluppo formativo-accademico del ruolo infermieristico attuato nella Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma, come in tutte le altre Facoltà Mediche italiane e con le fondamentali necessità di integrazione tra ospedale e territorio, elemento chiave di efficienza ed efficacia dei servizi assistenziali.

L'innovazione organizzativa qui presentata riguarda una quota significativa di pazienti ricoverati presso l'U.O. Medicina Interna e Lungodegenza Critica le cui condizioni cliniche non richiedono più il monitoraggio continuo e costante del medico internista ma necessitano del completamento di un piano terapeutico ed eventualmente riabilitativo ben definito, attuabile attraverso appropriate competenze infermieristiche, socio-sanitarie e riabilitative, non disgiunte da eventuali e tempestivi interventi medici quando questi dovessero essere necessari.

L'altro elemento caratterizzante di questi pazienti riguarda l'approccio alla definitiva dimissione dall'ospedale attraverso il completamento di un progetto personalizzato che deve vedere il fattivo coinvolgimento gestionale dell'Azienda territoriale e dei Medici di Medicina Generale.

Da quanto premesso si evince che il ruolo fondamentale di questa nuova struttura semplice di lungodegenza a direzione infermieristica, inaugurata il 15 dicembre 2010, i cui aspetti organizzativi sono di seguito dettagliati, riguarda la presa in carico di pazienti che hanno già effettuato un percorso



diagnostico e terapeutico intra-aziendale nella logica della progressione e della stratificazione delle necessità cliniche e dell'intensità assistenziale. Sono pazienti che hanno superato la fase dell'acuzie e delle complicanze di competenza medica, ma necessitano di un ulteriore periodo di assistenza infermieristica qualificata e di elevata intensità (con necessità di trattamento farmacologico e monitoraggio protratto al fine di un effettivo consolidamento delle condizioni cliniche), finalizzata al completamento di un iter terapeutico ed eventualmente riabilitativo personalizzato già perfettamente definito.

Di forte rilevanza sono inoltre i bisogni di tipo socio-assistenziale che caratterizzano tale tipologia di utenza e che necessitano di interventi mirati volti al reinserimento in ambito familiare e/o territoriale. Le condizioni di disabilità conseguenti alla malattia vengono valutate in relazione al contesto familiare e socio-culturale del paziente, elementi che concorrono in maniera importante a determinarne la fragilità. Questo ulteriore periodo di ricovero può consentire, attraverso un piano di cura individualizzato e condiviso con tutte le figure professionali idonee allo scopo, ed in primo luogo con l'area clinica di provenienza, di portare il paziente a raggiungere le migliori condizioni possibili sul piano fisico, psichico e sociale al fine di consentire la dimissione definitiva nella dovuta sicurezza e nel massimo dell'autonomia.

L'attività assistenziale si rivolge principalmente alla soddisfazione dei bisogni di assistenza di utenti che hanno concluso la fase acuta e le complicanze di malattia ed hanno recuperato un buon compenso clinico. Si differenziano pertanto dai pazienti in condizioni di acuzie o di criticità in quanto presentano:

- un inquadramento diagnostico già esaurito,
- un programma terapeutico ed eventualmente riabilitativo ben definito,
- un quadro clinico al momento stabilizzato.

La denominazione "Lungodegenza Integrata" vuole fare riferimento da una parte all'interfaccia ospedaliera di provenienza del paziente e dall'altra all'interfaccia territoriale.

Essa è diretta da un Coordinatore Infermieristico che ne ha la responsabilità sul piano organizzativo, gestionale e professionale per quanto di competenza. La responsabilità clinica è in capo al Direttore dell'UO Complessa e dell'intera équipe medica di tale unità per quanto di competenza.

In capo al Coordinatore Infermieristico della LIDI è anche il rapporto con le lungodegenze degli ospedali pubblici e privati convenzionati del territorio.

Il paziente viene accompagnato dalla propria cartella clinica e da una relazione medica dettagliata comprensiva delle terapie in atto e dell'eventuale programma riabilitativo.

Al momento dell'ingresso viene attivata una specifica cartella infermieristica come fondamentale strumento di registrazione di tutti gli eventi riguardanti il paziente e per ogni necessità di carattere clinico viene attivato, a cura del personale infermieristico, il medico trasferente o in sua assenza un altro medico dell'unità operativa complessa.

Con l'istituzione di tale nuova struttura si è inteso perseguire i seguenti obiettivi:

- realizzare in piena sicurezza il programma terapeutico ed eventualmente riabilitativo preventivamente programmato dall'équipe medica trasferente;
- accrescere, se possibile, l'autonomia del paziente e la sua salute globale;
- monitorare le condizioni cliniche del paziente secondo i più elevati standard di controllo infermieristico;
- realizzare un'assistenza di base a livelli ottimali;
- mantenere un colloquio costante con i famigliari;
- agevolare il contatto con il Medico di Medicina Generale e il suo coinvolgimento durante la fase di ricovero ospedaliero;
- programmare e realizzare la dimissione del paziente nel rispetto della continuità assistenziale;
- realizzare una reale integrazione tra ospedale e territorio;
- gestire il rapporto con le lungodegenze private accreditate;
- agevolare il turnover dei pazienti nell'UOC di appartenenza.

Il modello assistenziale è fondato sul lavoro di un team multiprofessionale, comprensivo della figura dell'"Infermiere Case Manager" e si avvale dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali Aziendali quale fondamento del percorso clinico e terapeutico dei pazienti affetti dalle patologie oggetto dei PDT.

La metodologia di lavoro integrato e multiprofessionale (medici, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale, OSS) consente di orientare l'assistenza ad un concetto bio-psico-sociale di salute. La valutazione delle necessità di cura viene intesa come un processo sistemico e negoziale, che considera, oltre ai bisogni, le risorse della persona in relazione al suo contesto familiare, socio-economico e culturale.