

The poster features a central grey box with various terms and their checkmarks. The terms are: APPROPRIATEZZA ✓, VALORIZZAZIONE OPERATORI ✓, SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE ✓, PARTECIPAZIONE ✓, PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE ✓, and PRESA IN CARICO ✓. Associated with these are: Resistenza al cambiamento, Difficoltà di integrazione, Eterogeneità formazione e motivazione, Limiti del sistema informativo, and Limiti applicabilità modalità organizzativa. The poster also includes the logos of Regione Emilia-Romagna and Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, the workshop title 'Intensità di cura: le esperienze della Regione Emilia-Romagna', the date '6 maggio 2016', and the location 'Bologna, viale della Fiera 8, Terza Torre (Sala 20 maggio 2012)'.

# ANALISI CRITICA DI UN'ESPERIENZA

Giorgio Mazzi  
Francesco Vercilli

# Dove eravamo rimasti?

**CONVEGNO NAZIONALE**  
**Modelli di assistenza ospedaliera**  
**per intensità di cura**  
**confronti nazionali e internazionali**

**intensità di cura** coinvolgimento  
competenze equità efficacia decisioni **integrazione**  
efficienza **complessità assistenziale** impatto  
guida appropriatezza sostenibilità territorio  
processi **operatori** percorsi presa in carico  
**ospedale** qualità cittadini risorse  
sicurezza **cambiamento**

**Bologna**  
**29-30 marzo 2012**  
**Sala Europa**  
**Palazzo della cultura e dei congressi**



# Il progetto ASMN del 2012



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Arcispedale S. Maria Nuova

## PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE



Documento approvato nella seduta del Collegio di Direzione dell'ASMN - IRCCS del 31.01.2012

**50 ANNI DI STORIE IN COMUNE**



# Ci eravamo chiesti

**“Perché riorganizzare  
l’Ospedale?”**

Cercare di coniugare la risposta  
specialistica alla **centralità del paziente**  
nel percorso di cura

*Un Ospedale che, pur mantenendo e sviluppando la sua vocazione specialistica, sviluppi aree plurispecialistiche, che aggregano i pazienti, prima ancora che in base all’organo o all’apparato affetto da malattia, sul principio della **maggiore o minore gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale che esso manifesta.***



# Criticità (1)

- Sovraffollamento e *boarding* in PS.
- *Access block* e attuazione misure di massima saturazione.
- Permanenza di pazienti post-acuti in Strutture per acuti.
- Necessità di risposte cliniche ed assistenziali più adeguate per pazienti critici.
- Degenza media elevata in area medica.
- Ricovero in *setting* non coerenti con la vocazione specialistica della Struttura.
- Conciliazione fra urgenza ed elezione.



## Criticità (2)

- Continuità assistenziale sul paziente oncologico al di fuori delle terapie attive (*early, simultaneous palliative care*).
- Pazienti complessi in ambiti a media assistenza (spt. nel post operatorio).
- Trasferimento di pazienti da *week surgery* a degenza ordinaria nel fine settimana.
- Rigidità logistica.





# Il modello

**Piattaforme multidisciplinari** diversificate in base all'intensità di cura che deve essere assicurata al paziente ed al grado di complessità assistenziale di cui necessita

*...ma anche...*

definizione e la realizzazione di **percorsi personalizzati e completi** (dalla diagnosi, alla terapia alla riabilitazione) per le principali patologie e con il coinvolgimento predeterminato di tutte le componenti professionali ritenute indispensabili.

**Principi chiave:**

- ⇒ Paziente al centro
- ⇒ Integrazione multi professionale
- ⇒ Pratica basata su EBM/EBN
- ⇒ Miglioramento continuo

**P**  
**D**  
**T**  
**A**

**50 ANNI** DI STORIE IN COMUNE

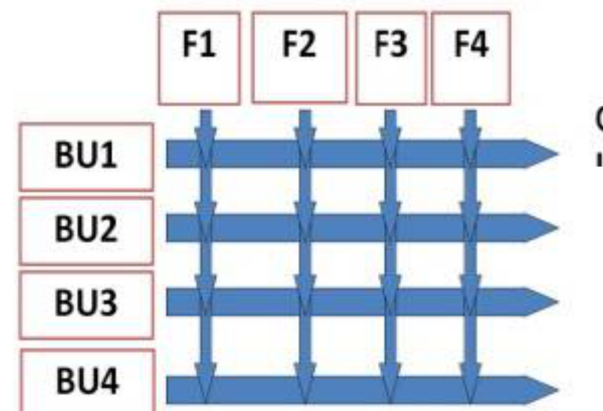


# Obiettivi (1)

Ridefinire la **MATRICE** dell'organizzazione, sviluppandone la componente logistica e funzionale di integrazione **orizzontale** (Programmi, Reti e PDTA)



- Piattaforme a diversa intensità e complessità
- PDTA (Accreditamento OECl)





## Obiettivi (2)

- Introdurre **modelli assistenziali innovativi** e coerenti con transizione epidemiologica, evoluzione tecnologica, mutamento delle richieste, sviluppo prerogative IRCCS
- Rivedere l'**assetto logistico**,
- Riorganizzare la risposta ospedaliera sul **paziente acuto, post-acuto ed oncologico**
- Consolidare le piattaforme esistenti (PARE) e sviluppare quelle assenti (High Care e Week Hospital).



## Aree di intervento

- **DEU**
- **Area Medica**
- **Area Chirurgica**

**Interessati oltre il 40%  
dei posti letto di degenza  
ordinaria**

## ROAD MAP

- **Gennaio 2011:** Start up progettazione
- **Gennaio 2012:** Approvazione progetto (CdD)
- **Genn.-Aprile 2013:** Avvio della riorganizzazione



High Care

Week Care

Low Care

D.E.U.

Admission Unit  
Discharge Room

Medicina ad  
indirizzo oncologico

# PRINCIPALI INNOVAZIONI

- Area integrata con unico punto d'accesso di Medicina d'Urgenza, Osservazione Breve Intensiva, Area Ricoveri ed Area della dimissione presso il Pronto Soccorso.
- Area Medica a bassa intensità assistenziale: incremento dei posti letto di post-acuzie/lungodegenza da 26 a 56.
- Area Medica e Chirurgica "a 5 giorni": destinate a ricoveri programmati che si concludono entro il fine settimana.
- Area Medica e Chirurgica ad Alta Intensità: destinate a pazienti in condizioni di instabilità clinica.
- Area chirurgica d'urgenza: progressiva trasformazione della Struttura di Chirurgia Generale 2^ in Chirurgia d'Urgenza e Laparoscopica.
- Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

High Care

Week Care

Low Care

**D.E.U.**  
Admission Unit  
Discharge Room

Medicina ad  
indirizzo oncologico

# PRINCIPALI INNOVAZIONI

## ▫ Medicina Interna ad indirizzo oncologico con unità di cure palliative

**Obiettivo:** fornire una risposta alle problematiche acute dei pazienti oncologici nei periodi intercorrenti fra le diverse linee di trattamento o causate dall'evoluzione della patologia neoplastica, attraverso:

▫ riferimenti stabili e continuativi nel tempo;

▫ un approccio multidisciplinare fra le diverse componenti specialistiche dell'ospedale e fra quelle ospedaliere e territoriali;

▫ la promozione di attività di ricerca e di sperimentazione di nuovi modelli assistenziali, permeati da un approccio olistico tipico della medicina palliativa.



---

# I PUNTI DI FORZA A 3 ANNI DALL'AVVIO

- Miglioramento stabile di diversi indicatori
- Area ricoveri (Admission Unit)
- High care medica
- Week Hospital (flessibilità 5-7 giorni nei periodi di massimo afflusso)
- Medicina Oncologica
- Ortogeriatria (obiettivo «non dichiarato», ma sviluppato in parallelo)
- PDTA





**4 aprile 2013**

**RIMODULAZIONE AREA MEDICA  
e AREA EMERGENZA UGENZA**

**RISULTATI  
a 36 mesi**

---

# ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

Disponibilità pl per PS	
AREA MEDICO INTERNISTICA	PL/gg
Medicina 1	3
Medicina 2	2/3
Medicina 3	2
Medicina Oncologica	1/2
High care	2
<b>Totale/giorno</b>	<b>10/12</b>

Rimodulazione della **turnazione delle guardie**: le S.C di Medicina Interna (che ruotavano sui turni ogni 3 giorni), ricoverano ogni giorno e garantiscono una disponibilità quotidiana di posti letto per ricoveri urgenti da PS.

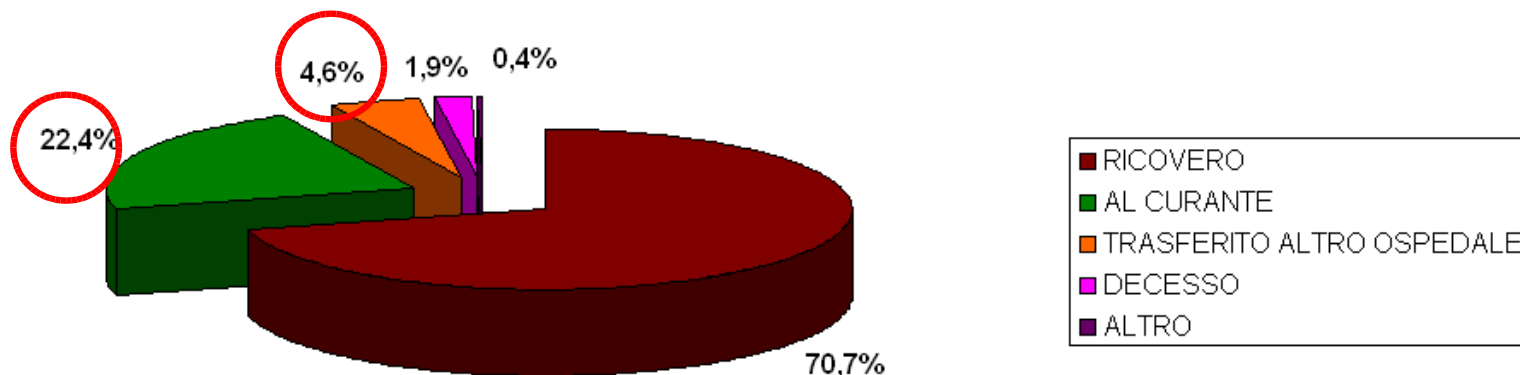
# ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

Disponibilità pl per PS	
SPECIALISTICHE	PL/gg
Diabetologia	2 settimana
Angiologia	2 settimana
Nefrologia	4 settimana
Malattie Infettive	2
Geriatria	3/4
Neurologia	2
Pneumologia	2
Cardiologia	1
Medicina Urgenza	3/4
<b>Totale/giorno</b>	<b>14/16</b>

Alla disponibilità di posti letto delle Medicine, si aggiunge quella quotidiana e predeterminata delle Specialità mediche, per un numero medio di posti letto giornalieri per ricoveri urgenti di circa **24-28 posti letto**.

## AREA RICOVERI - modalità di dimissione 36 mesi

**5779 transiti**

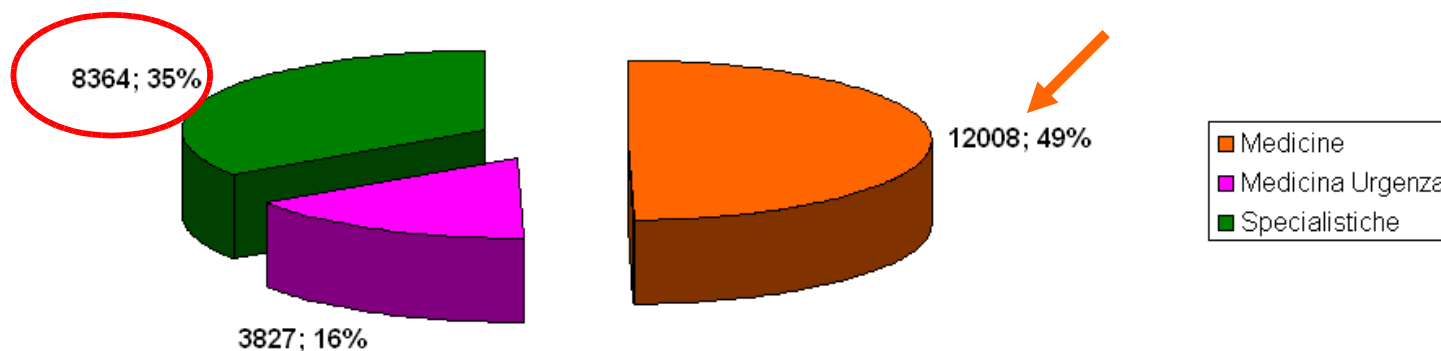


**1,5 pazienti al giorno**, che transitano da Area ricoveri, non vengono ricoverati, portando ad un risparmio di circa **11 posti letto/settimana** (secondo filtro di PS).



## Ricoveri urgenti da PS 36 mesi

### PRIMA DELLA RIORGANIZZAZIONE

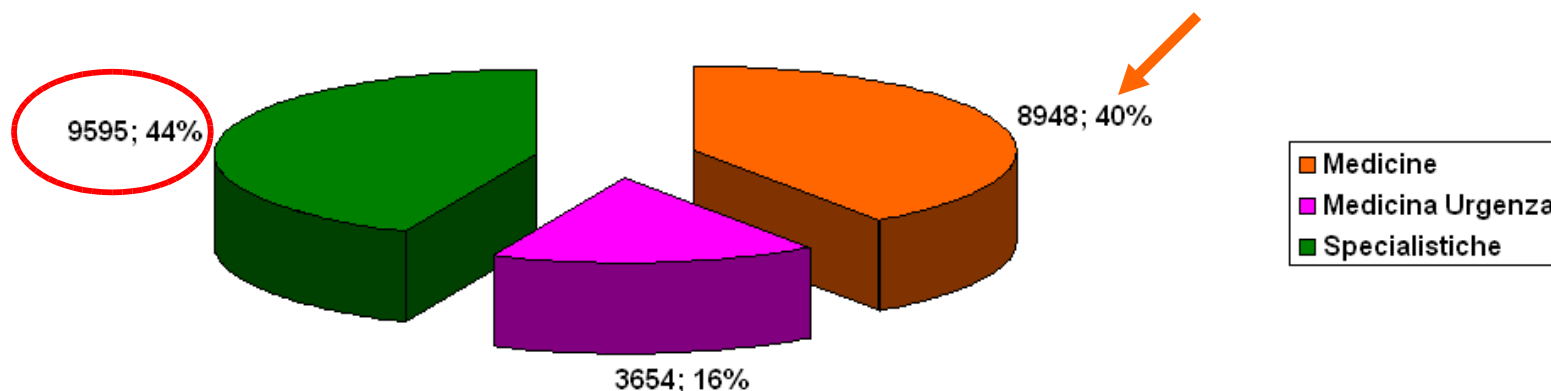


**Medicine:** Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3

**Specialistiche:** Angiologia, Cardiologia, Geriatria, Malattie Infettive, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia

# Ricoveri urgenti da PS 36 mesi

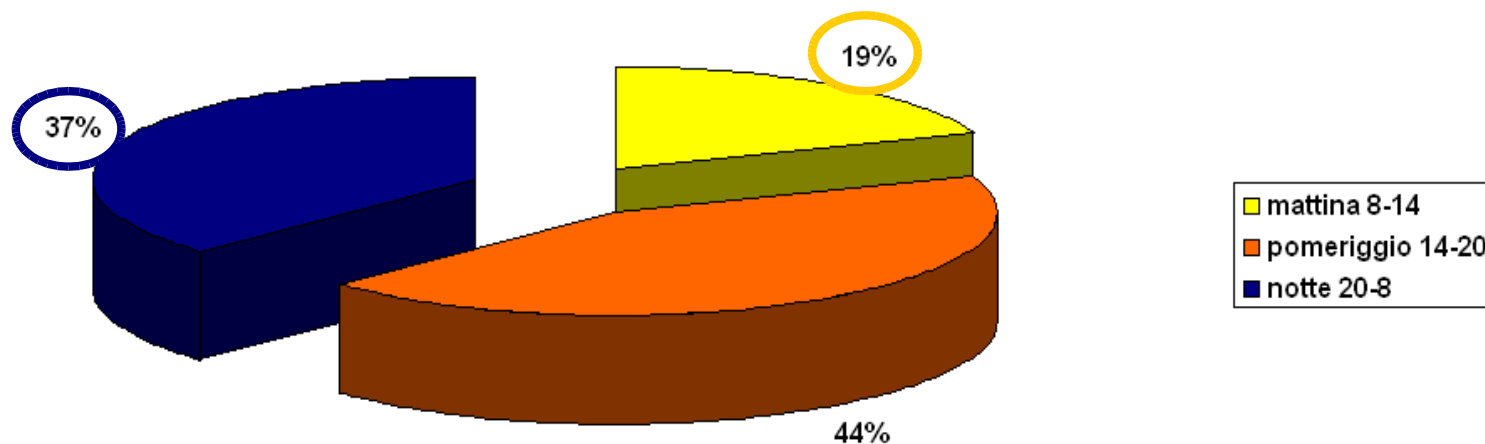
## DOPO LA RIORGANIZZAZIONE



**Medicine:** Medicina 1, High Care, Medicina 2, Medicina 3, Week Hospital, Medicina Oncologica  
**Specialistiche:** Angiologia, Diabetologia, Cardiologia, Geriatria, Malattie Infettive, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia

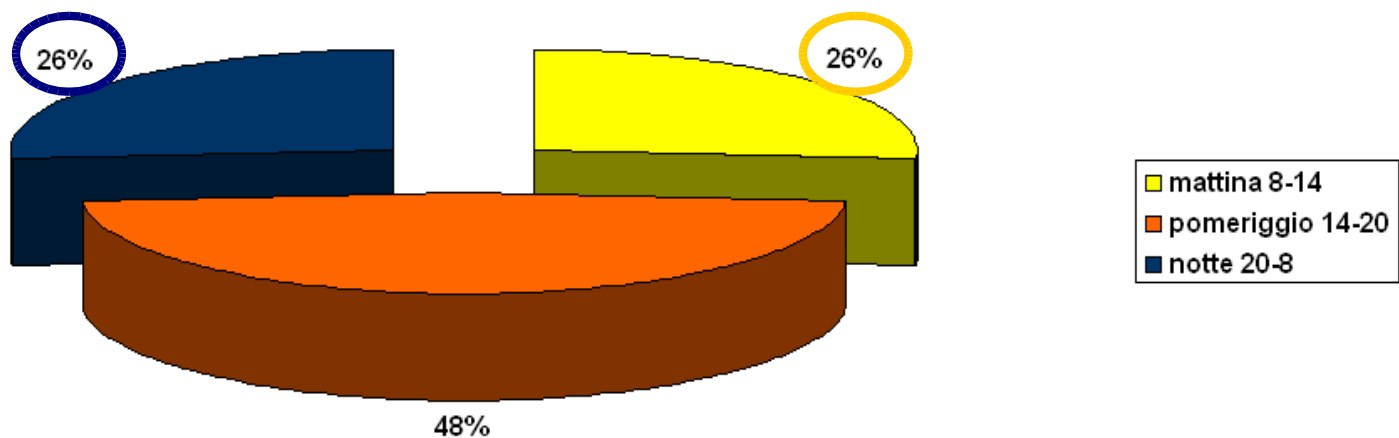
## Distribuzione ricoveri per fascia oraria 36 mesi

### PRIMA DELLA RIORGANIZZAZIONE

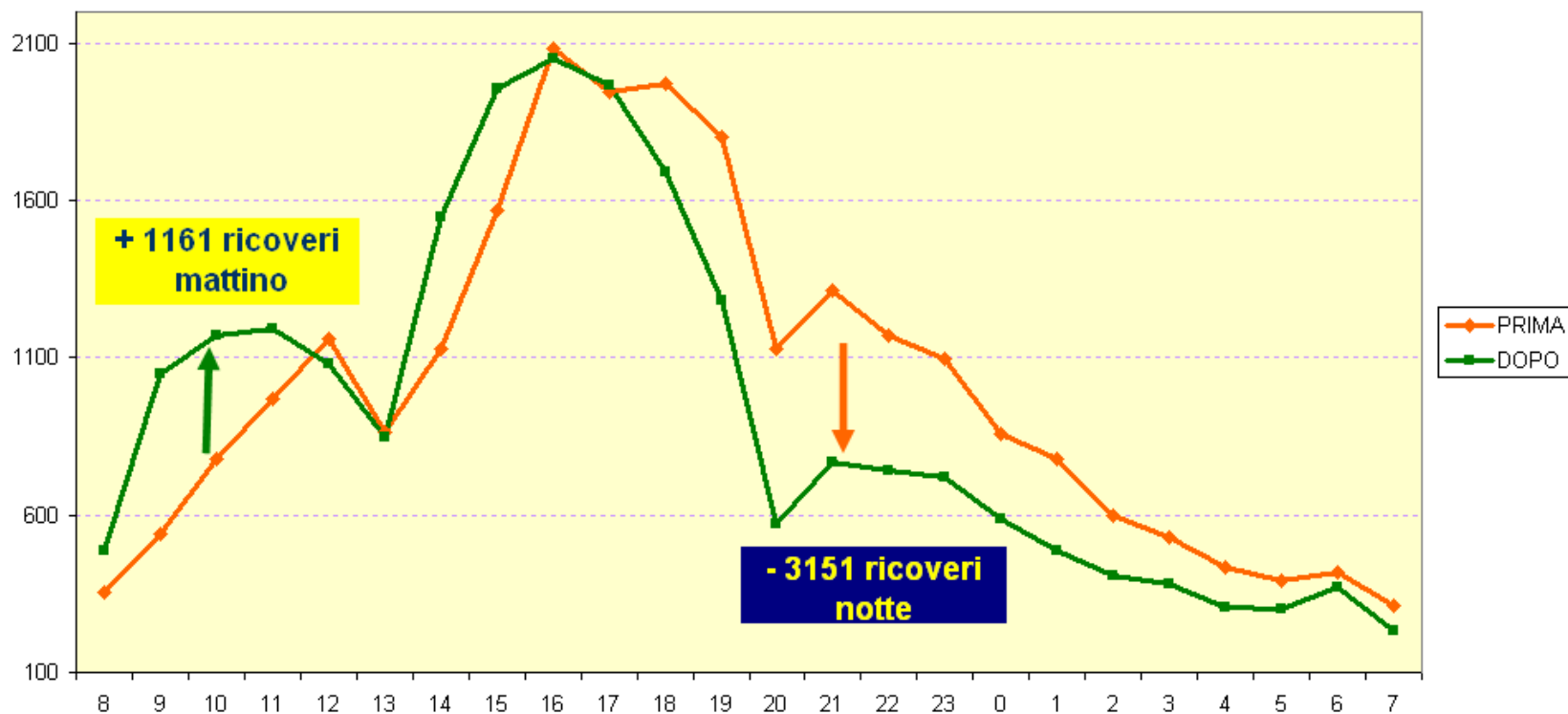


## Distribuzione ricoveri per fascia oraria 36 mesi

### DOPO LA RIORGANIZZAZIONE

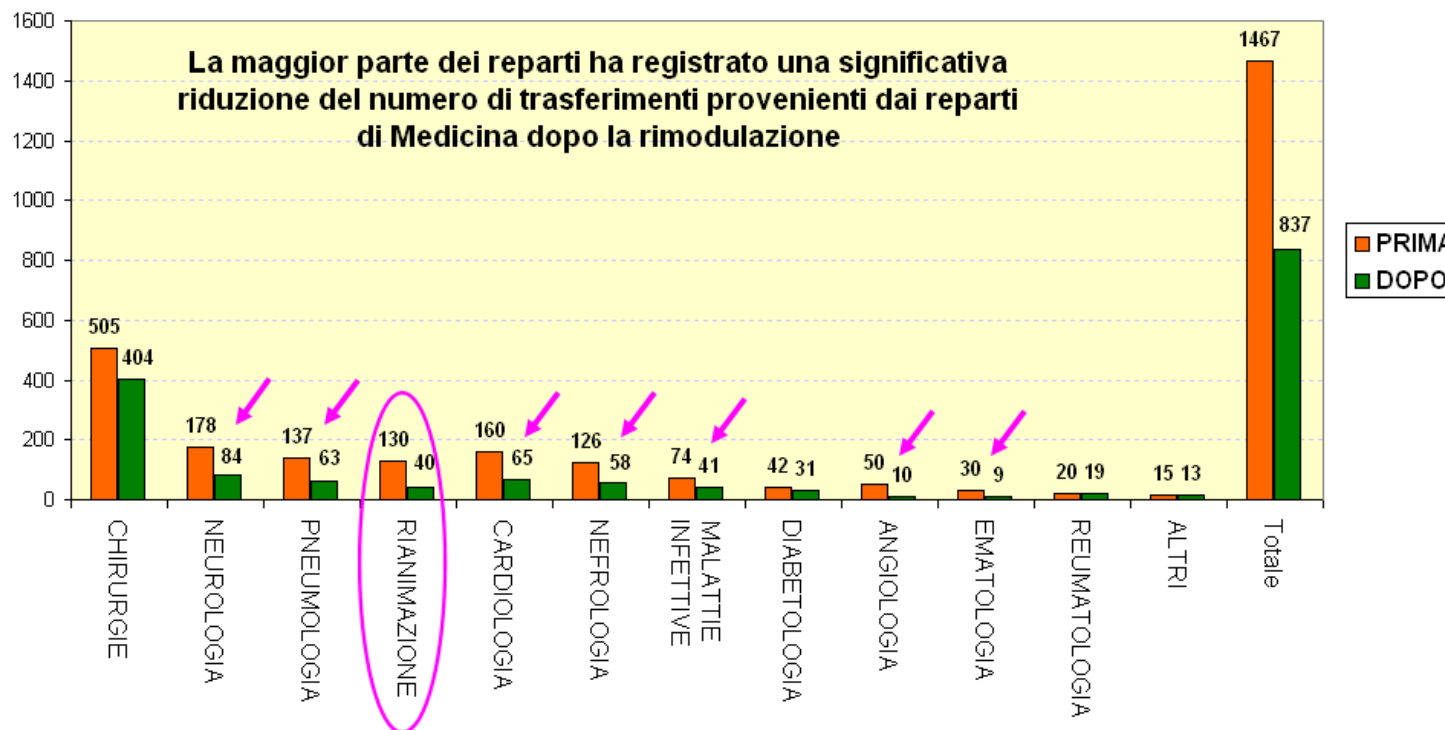


## Andamento ricoveri da PS nelle 24 ore 36 mesi

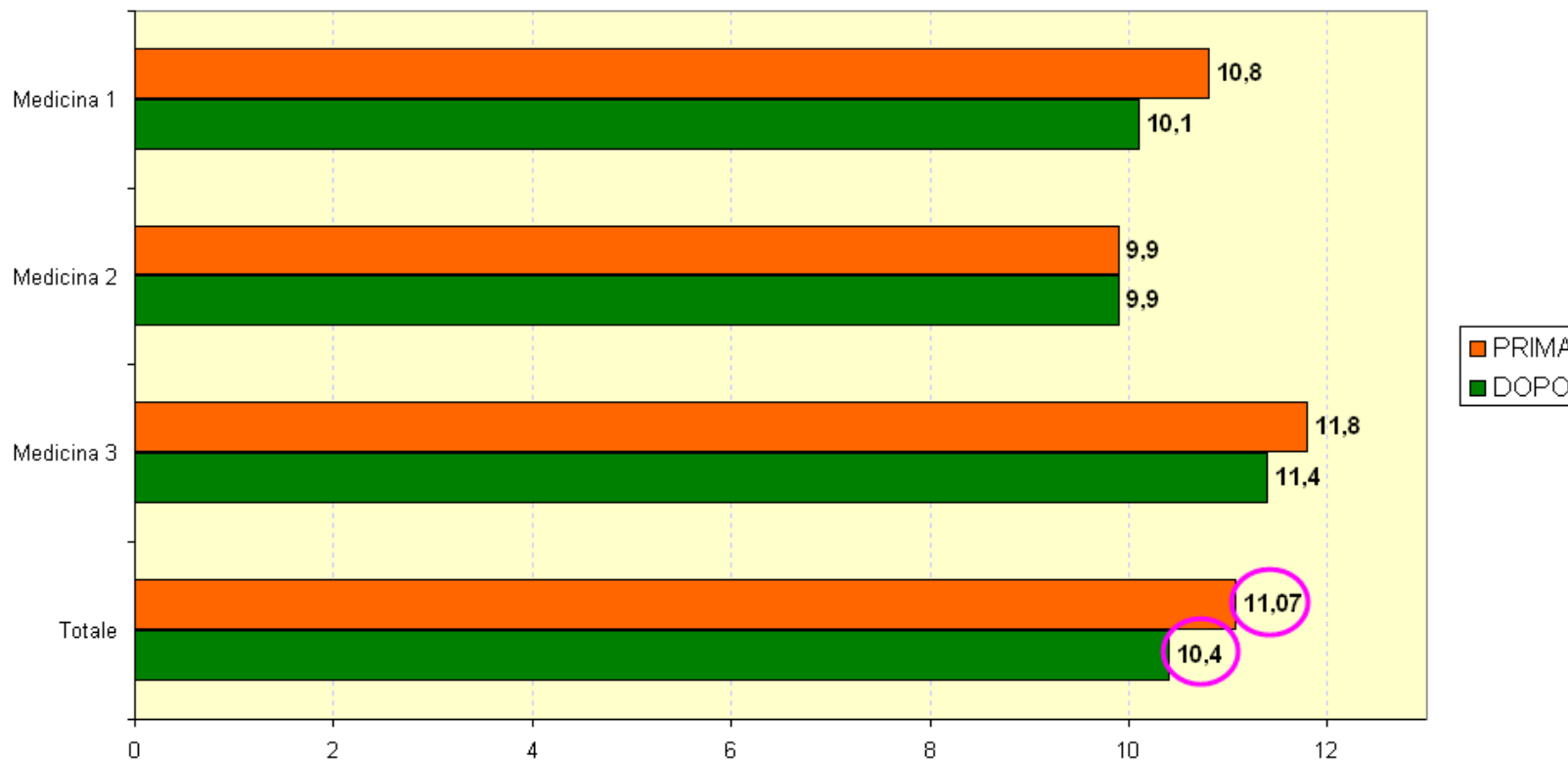


## Trasferimenti da Medicine verso altri reparti\*\* 36 mesi

\*\*trasferimenti da S.C. di Medicina 1, 2, 3 verso altri reparti, eccetto trasferimenti da HC, tra Medicine, verso Lungodegenza e MFR

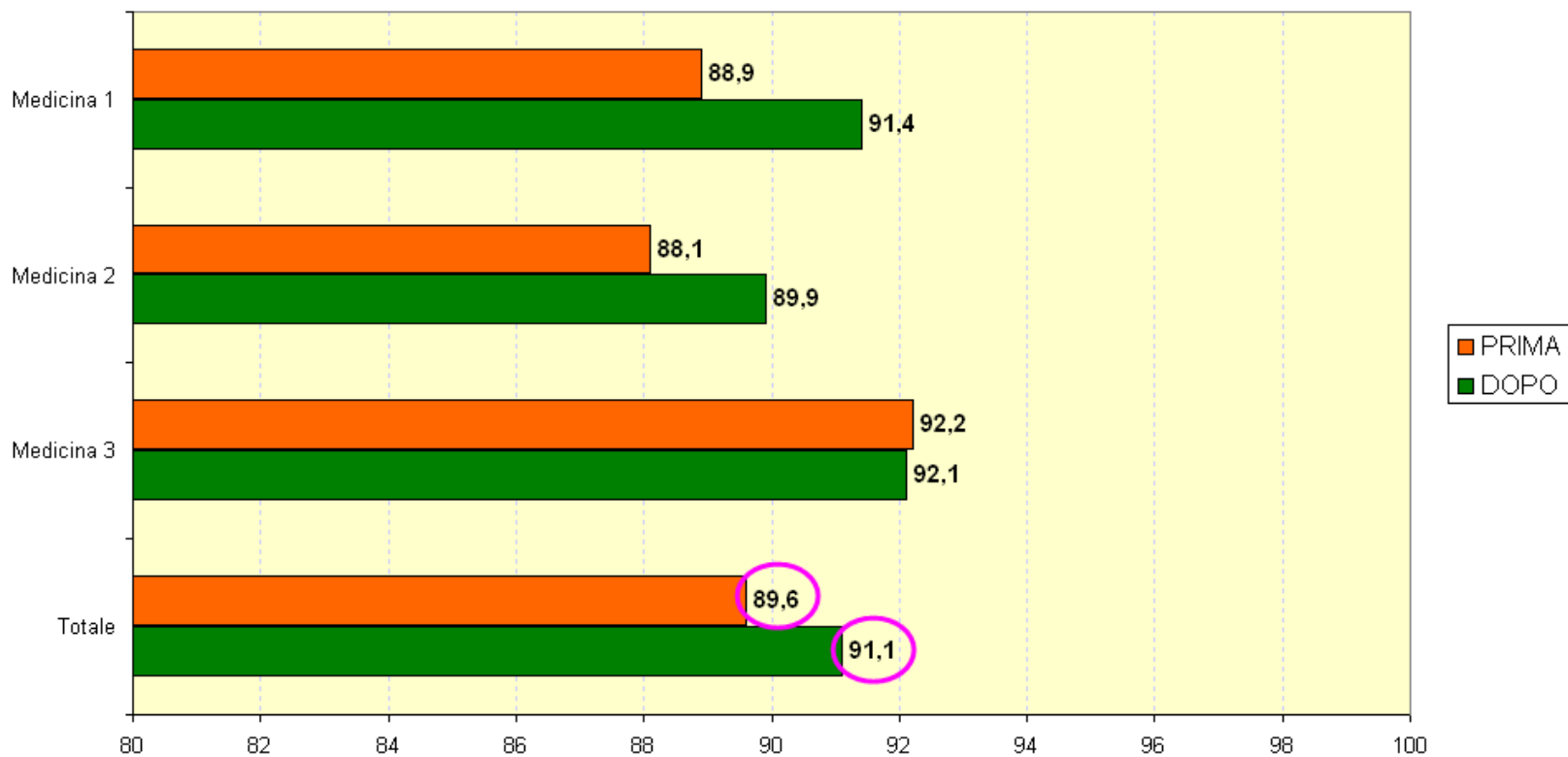


## Durata media della degenza nelle Medicine 36 mesi

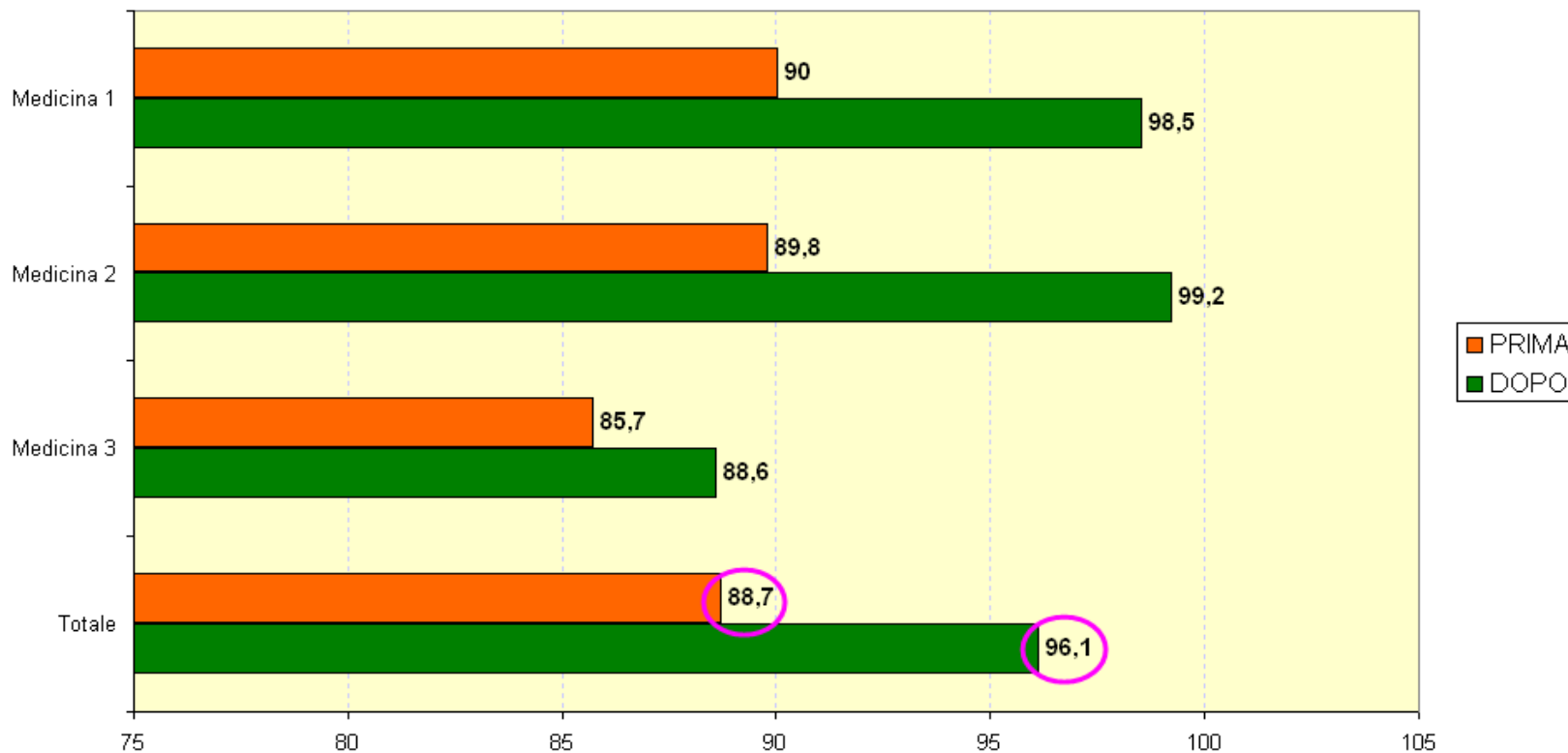




## Occupazione media dei posti letto nelle Medicine 36 mesi



## Indice di rotazione nelle medicine 36 mesi



---

# Medicina Oncologica e Unità di Cure Palliative (UCP)

Una Medicina per il paziente oncologico molto individualizzata, centrata sui bisogni specifici di quel paziente in quello specifico momento, con percorsi assistenziali in cui il paziente e la sua famiglia sono al centro del percorso di cura e soggetti di relazione.

La Medicina palliativa “affranca” la cura dal vincolo della guarigione , assumendo il concetto ben più complesso del **prendersi cura** dell’individuo.

---

# Medicina Oncologica

36 mesi

Ø Durata media della degenza: **10,9 gg**

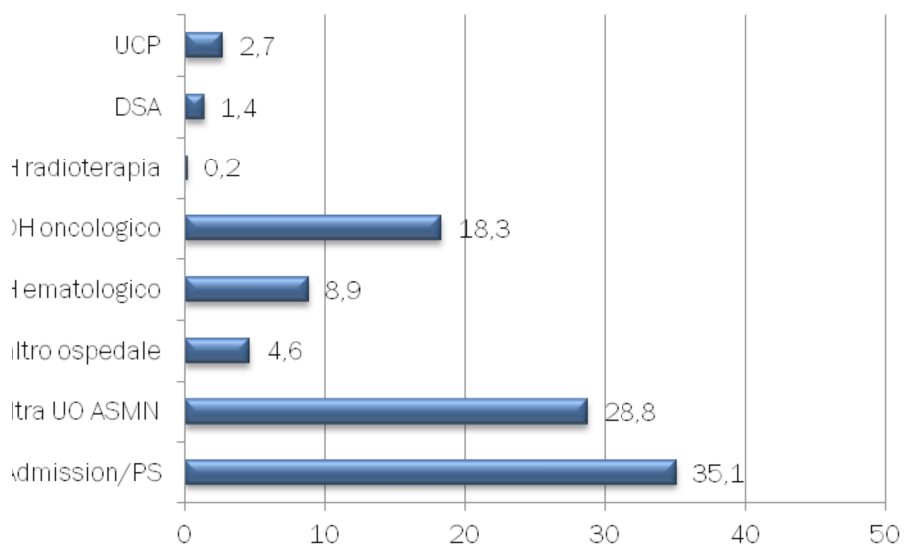
Ø Occupazione media posti letto: **90,4%**

Ø Indice di turn-over: **1,28**

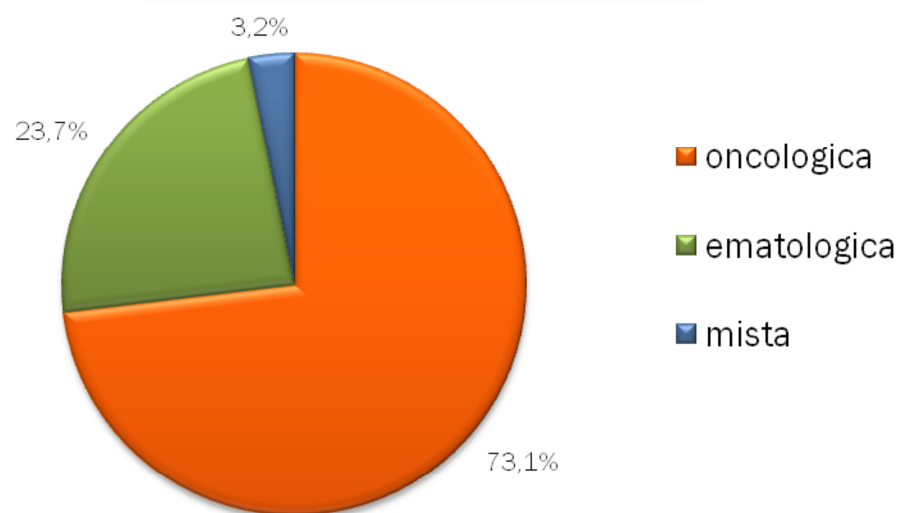
Ø Indice di rotazione: **90,32**

# Medicina Oncologica

Provenienza dei ricoverati (%)



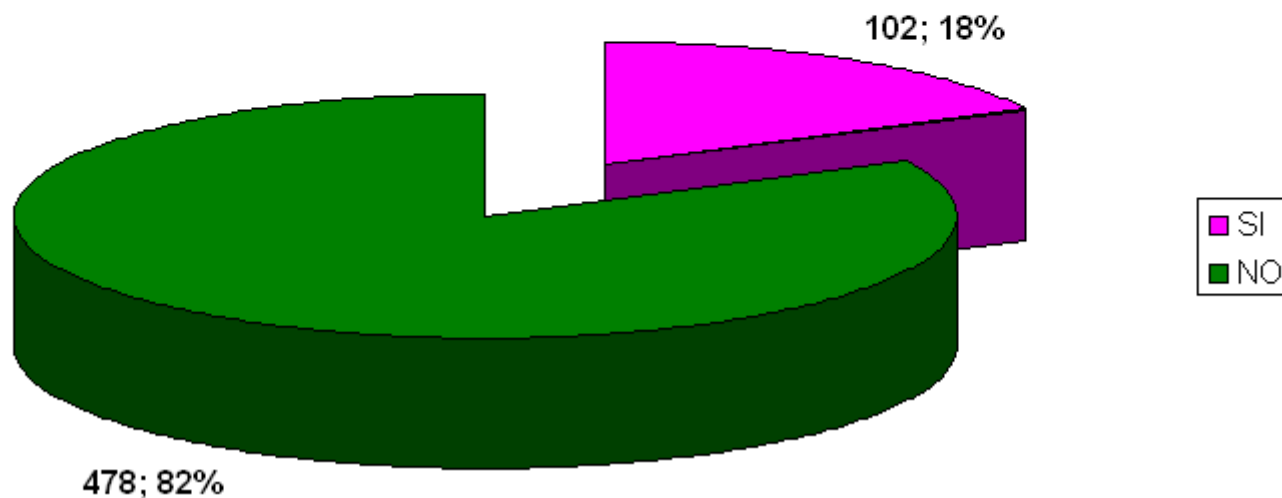
Patologia dei ricoverati (%)



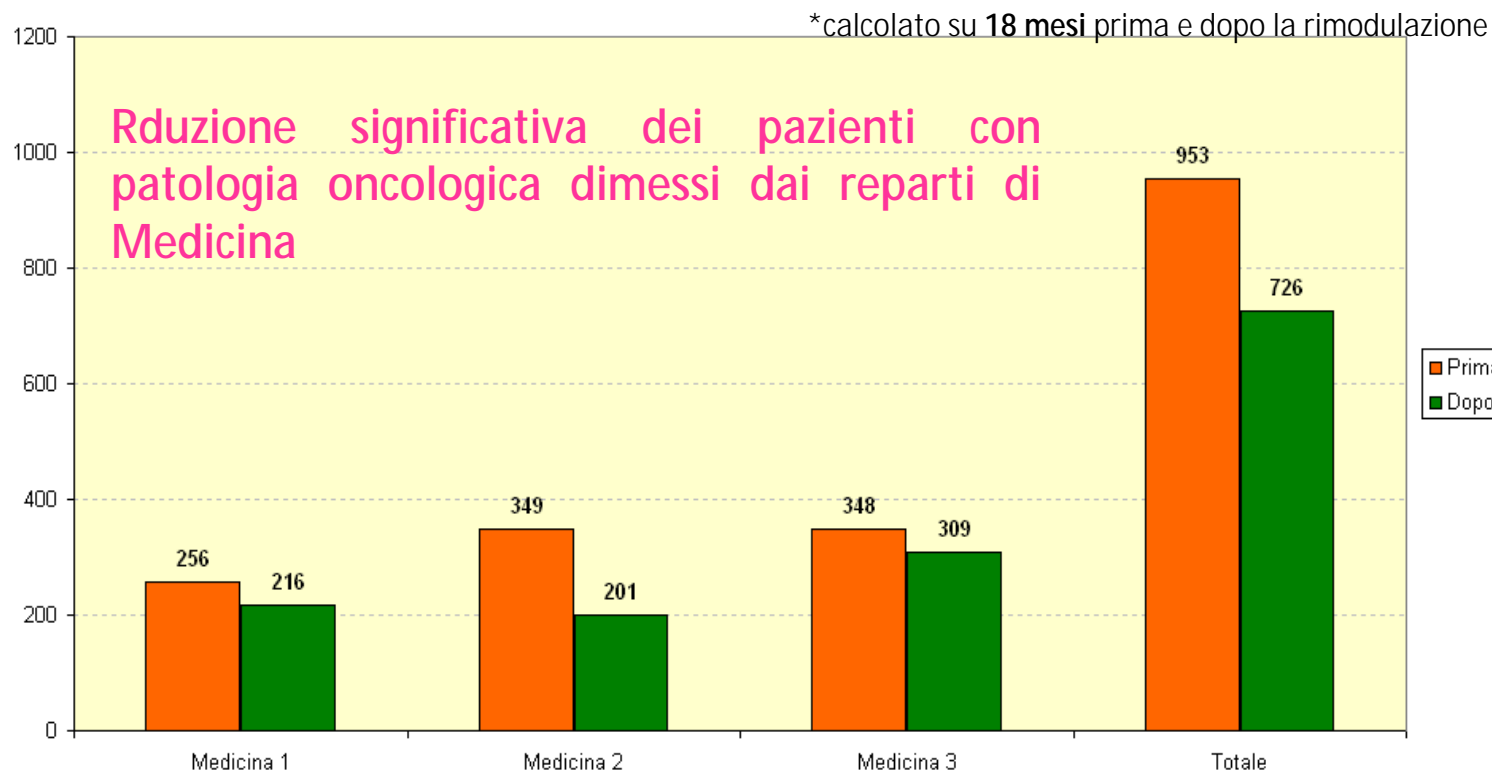
*Analisi dati – anno 2015*

# Medicina Oncologica

## Pazienti trattati con chemioterapici



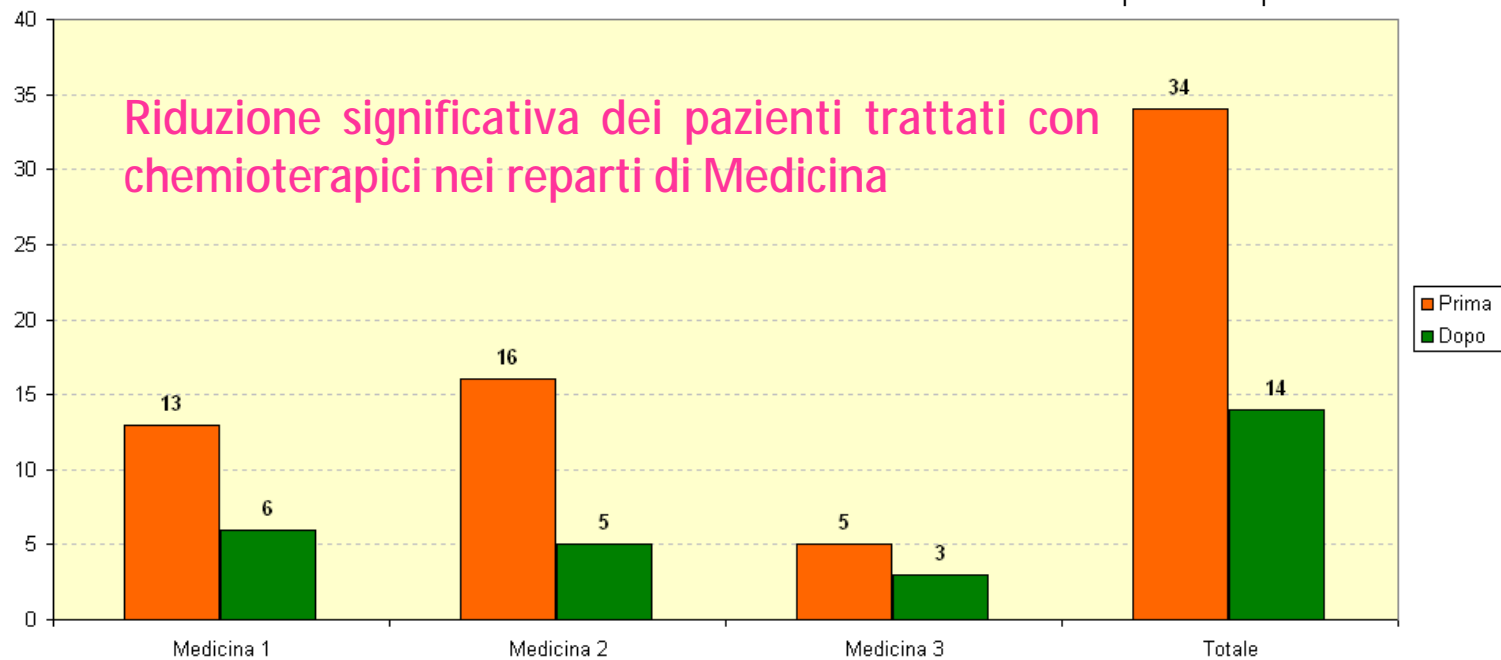
## Numero\* pazienti oncologici dimessi dalle Medicine





## Numero\* pazienti trattati con chemioterapici nelle Medicine

\*calcolato su 18 mesi prima e dopo la rimodulazione



## Unità di Cure Palliative (UCP)

Pazienti presi in carico su base annua: **450**

- 90% oncologici
- 10% non oncologici
- 66% in degenza
- 34% in ambulatorio
- 58% in simultaneous care
- 42% post-terapia

# BLOCCO RICOVERI PROGRAMMATI

## 36 mesi prima e dopo riorganizzazione

aprile 2010 – marzo 2013 357 giorni

~~In seguito alle difficoltà riscontrate in questi ultimi giorni nel garantire una disponibilità sufficiente di posti letto per ricoveri urgenti, si comunica la necessità di blocco dei ricoveri programmati, sia uomini che donne, **dalla data odierna fino a sabato 28 maggio compreso**, ad eccezione dei ricoveri di soggetti sottoposti a procedure diagnostiche ed interventistiche cardiologiche (coronarografie, PTCA, impianto device).~~

→ aprile 2013 – marzo 2016 0\* giorni

(\*ricorso al blocco parziale di 4-6 pl di WH solo nei periodi di maggiore criticità connessi all'epidemia influenzale)

---

## Sintesi dei risultati

- ⊖ **Calo del fabbisogno di pl per ricoveri urgenti da PS** (percorsi alternativi al ricovero in urgenza grazie all'Area Ricoveri)
- ⊖ **Migliore appropriatezza di setting/reparto di ricovero urgente** (incremento ricoveri nelle Specialistiche e in High Care)
- ⊖ **Migliore distribuzione dei ricoveri urgenti nelle 24 ore** (calo dei ricoveri notturni e incremento dei ricoveri nella fascia diurna)
- ⊖ **Miglioramento indicatori di attività delle Medicine e di alcune Specialistiche** (incremento trasferimenti verso Lungodegenza)
- ⊖ **Migliore risposta ai pazienti oncologici che accedono per problematiche acute** (Medicina ad indirizzo oncologica)
- ⊖ **Migliore separazione del percorso programmato (Week Hospital) e del percorso in urgenza** (azzeramento ricorso al blocco dei ricoveri programmati)

# Ortogeriatría

## Gestione della frattura di femore negli ultra65enni

Fra gli indicatori di appropriatezza organizzativa, efficacia, efficienza e sicurezza è stato inserito stabilmente quello relativo alla **% di fratture di femore operate entro 2 giorni dal ricovero**, in quanto:

- non risente di variabilità anagrafiche, di genere ed epidemiologiche, nei confronti nazionali ed internazionali (a differenza di stroke e infarto miocardico);
- è un riflesso affidabile del corretto funzionamento di un sistema complesso e multidisciplinare, dal Pronto Soccorso fino alla dimissione del paziente.

# Ortogeriatria

## Gestione della frattura di femore negli ultra65enni

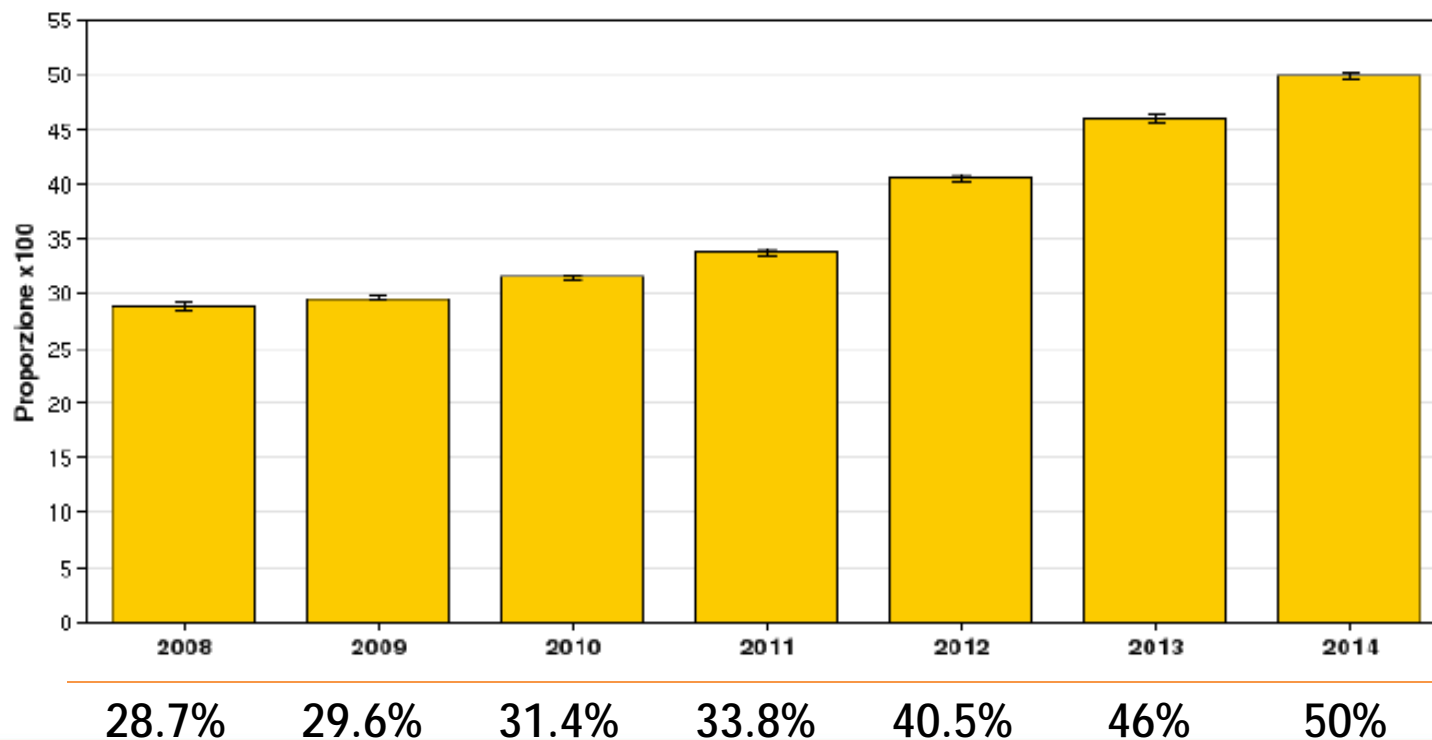
In questo ambito, la situazione italiana è distante dagli standard ottimali della letteratura scientifica (ad es: lo **Scottish hip fracture audit suggerisce come “ragionevole” l’obiettivo di operare entro 1 giorno dall’ammissione il 93%** dei pazienti ricoverati).

L’obiettivo nazionale «tendenziale» è l’intervento chirurgico entro i 2 giorni per l’80% dei pazienti\* (**Obiettivo RER 2015: almeno il 70%**), mantenendo il trattamento conservativo al di sotto del 4% dei pazienti.

\* Progetto Bersaglio

# Programma Nazionale Esiti – PNE 2015

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - **ANDAMENTI**  
**TEMPORALI ITALIA**



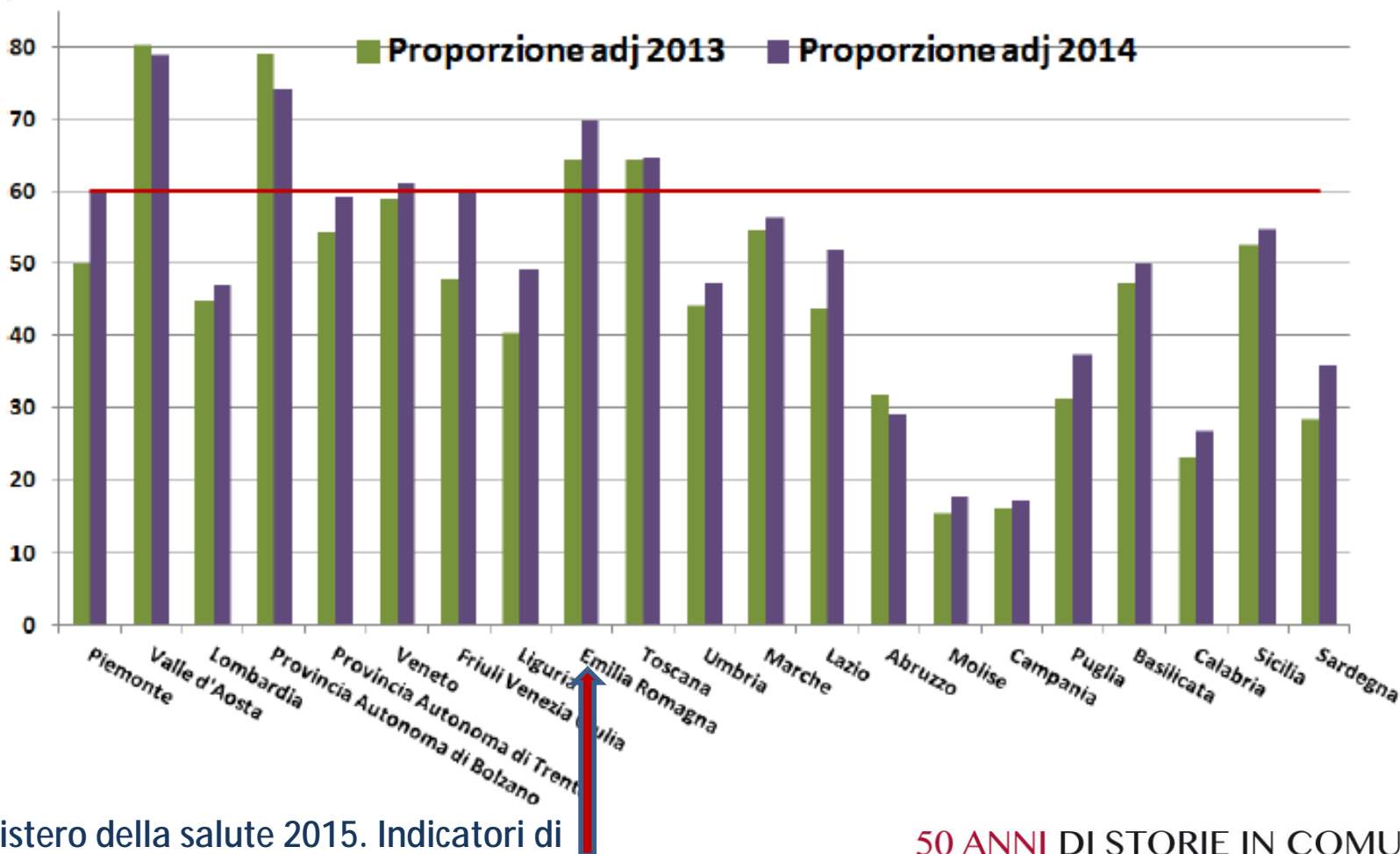
Fonte Ministero della salute 2015. Indicatori di appropriatezza organizzativa

50 ANNI DI STORIE IN COMUNE



# Programma Nazionale Esiti – PNE 2015

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI – 2013 - 2014



%  
 proporzione  
 minima per  
 frattura di  
 interventi  
 chirurgici  
 entro 48

Fonte Ministero della salute 2015. Indicatori di appropriatezza organizzativa

50 ANNI DI STORIE IN COMUNE

# ORTOGERIATRIA

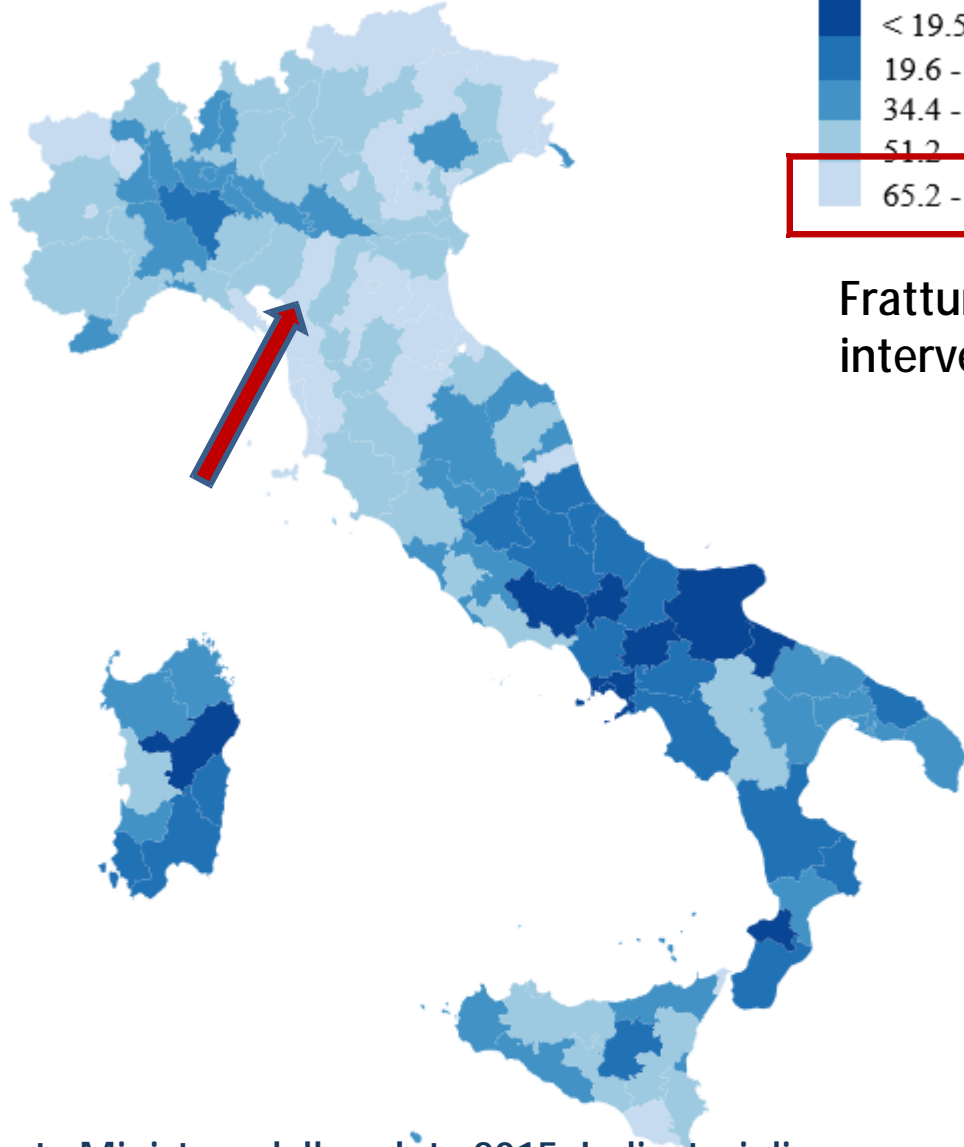
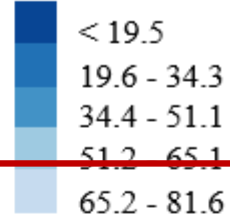
## Gestione della frattura di femore negli ultra65enni

### I dati nazionali

	2001	2010	2014
Best Performance	Bolzano (89,2%)	Bolzano (86,6%)	Valle d'Aosta (80.4%)
Worst performance	Lazio (9,9%)	Sicilia (16,1%)	Molise (15.3%)
Media Italia	31,2%	35,1%	50%
Emilia Romagna	35,5%	46%	69.6%

# Programma Nazionale Esiti – PNE *Edizione 2015*

Proporzione aggiustata



Frattura del collo del femore:  
intervento chirurgico entro 2 giorni, 2014

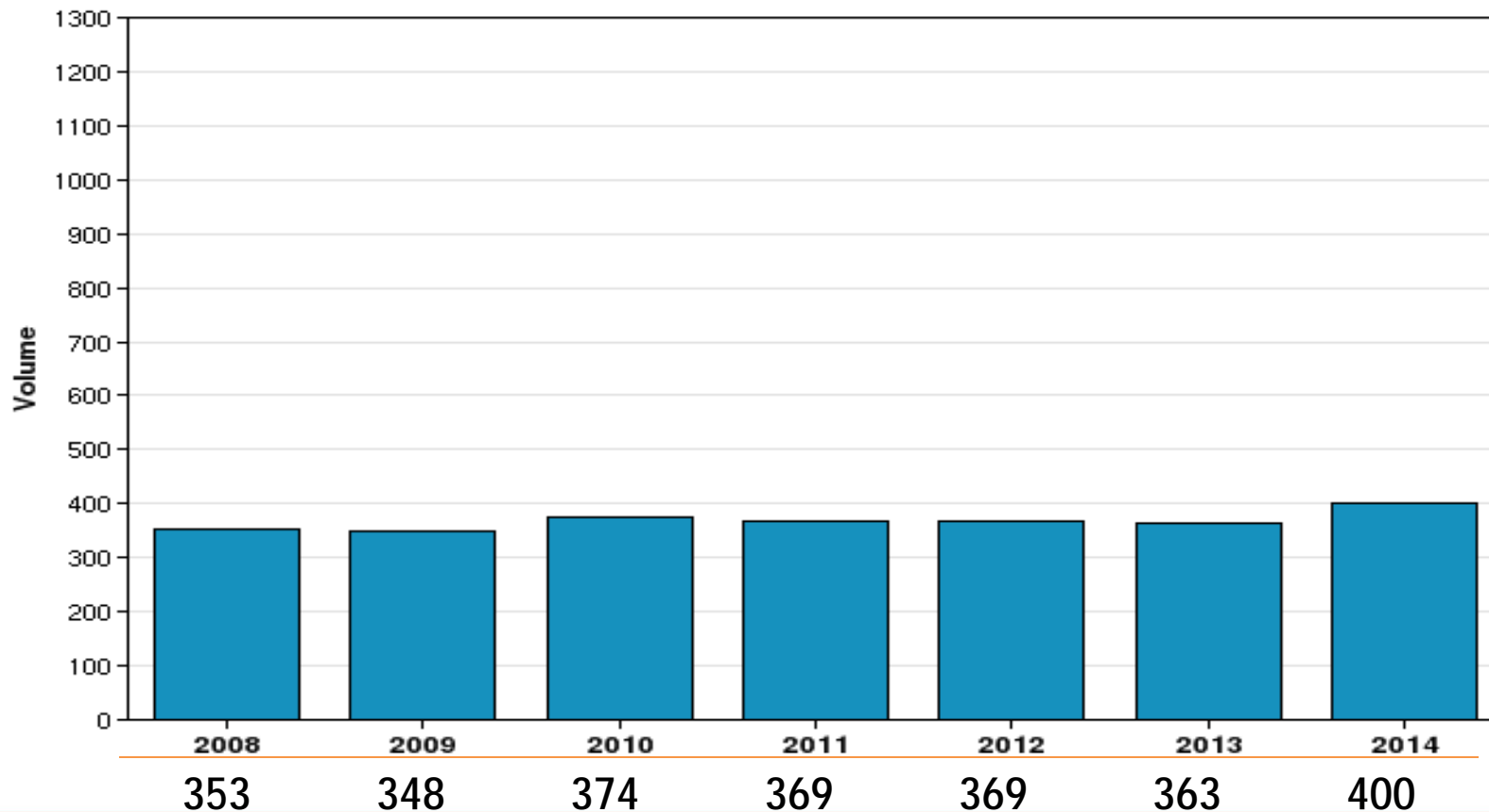
Fonte Ministero della salute 2015. Indicatori di appropriatezza organizzativa

50 ANNI DI STORIE IN COMUNE

**P.N.E. 2015**

## Frattura del collo del femore: volume di ricoveri

**A.O. di Reggio Emilia - Reggio Nell'emilia**



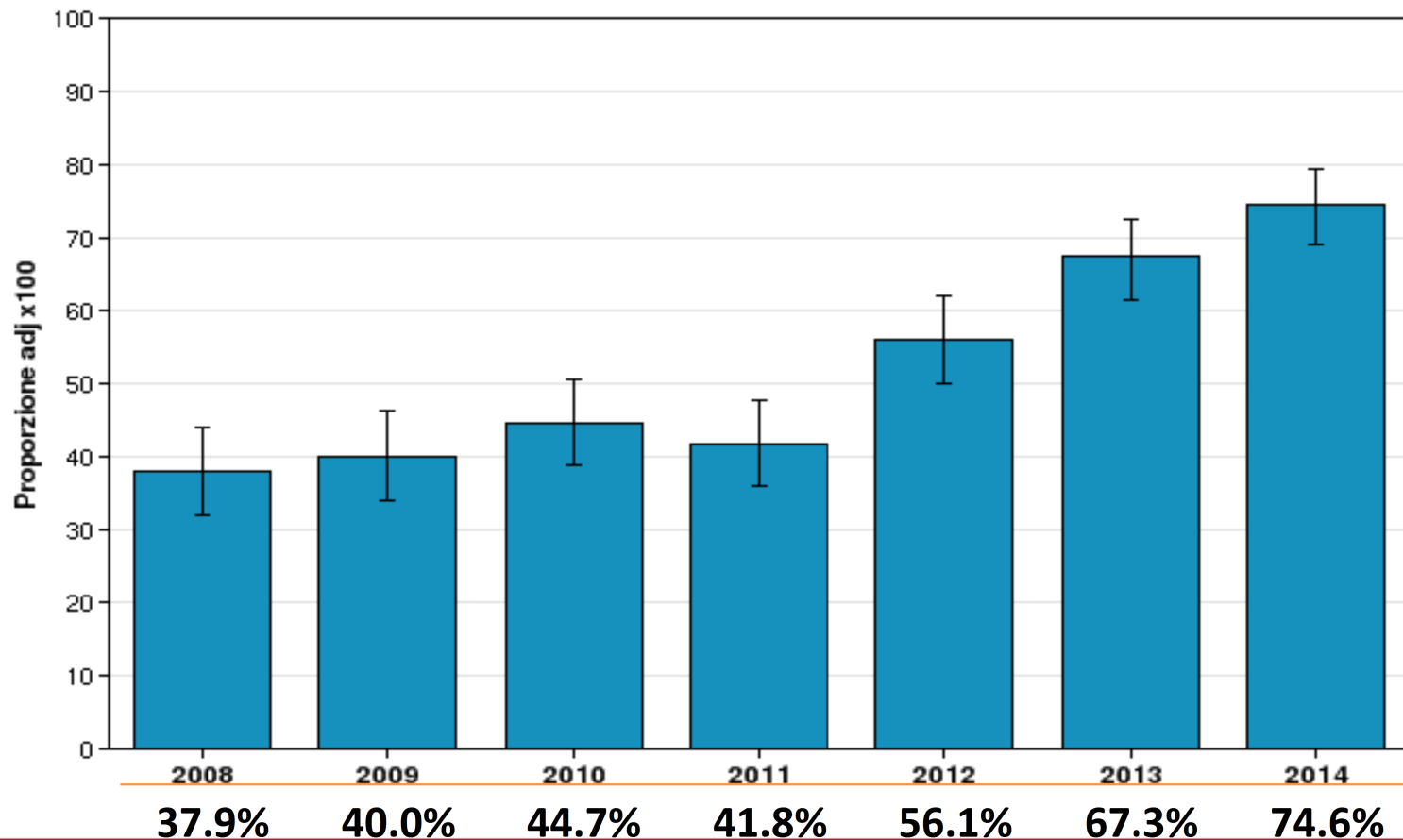
Fonte Ministero della salute 2015. Indicatori di appropriatezza organizzativa

**50 ANNI** DI STORIE IN COMUNE

## P.N.E. 2015

Frattura del collo del femore: max 2 gg giorni di attesa per intervento chirurgico

### A.O. di Reggio Emilia - Reggio Nell'emilia



Fonte Ministero della salute 2015. Indicatori di appropriatezza organizzativa

50 ANNI DI STORIE IN COMUNE

## ORTOGERIATRIA

### Gestione della frattura di femore negli ultra65enni

#### Arcispedale S.Maria Nuova-IRCCS , Reggio Emilia

	2011	2012	2013	2014	2015
Ricoveri (DRG 820xx) > 65 aa	336	345	333	378	382
Pazienti operati	310 (92.3%)	332 (95.9%)	321 (96,4%)	358 (94.7%)	353 (92.4%)
Età (media ± DS)	85,5 ± 6,9	83,9 ± 6,9	83,6 ± 6,8	84,1 ± 6,9	84,0 ± 7,4
Maschi	25%	25,8%	24,9%	25,9%	25,1%
Pazienti operati entro 2 gg	44.8%	57,4%	64,2%	73,5%	84,4%
Mortalità intraospedaliera	5,7	7,2%	4,8%	5%	5,2%
Mortalità a 30 giorni (tutti)	6,5%	8,4%	6,9%	6,6%	6,8%
Mortalità a 30 giorni (operati)	4,8%	8,2%	7,2%	5,6%	6,5%

# LO SVILUPPO DEI PDTA ALL'ASMN-IRCCS

pianificazione strategica aziendale

esigenze dei professionisti

modelli di accreditamento:

- accreditamento regionale (4 pdta nel 2013)

- accreditamento OECl (febbraio 2014)

- pdta non oncologici dal 2008
- pdta oncologici dal 2011







# QUALI PDTA OGGI?

## PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

### Oncologici

- Mammella
- Tiroide
- Linfoma
- Melanoma
- Ovale
- Polmone

### Non oncologici

- Frattura di femore prossimale da fragilita'
- Neonato prematuro: dal concepimento al primo anno di vita

## PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) - IN PROGRESS

### Oncologici

- Colon-retto
- Epatocarcinoma
- Neuroncologico
- Pancreas




### Non oncologici

- Malattie croniche intestinali (IBD)
- Piede diabetico

## GRUPPI MULTIDISCIPLINARI

- Mesotelioma
- Tumori Testa-Collo
- Tumori Ginecologici

## METODOLOGIA ADOTTATA

- Integrazione con gli strumenti di pianificazione e rendicontazione aziendale  budget e bilancio di missione
- Supporto metodologico ai gruppi multidisciplinari di costruzione dei percorsi e di discussione dei casi  Ufficio Sistemi Qualità
- Layout comune per la costruzione dei PDTA 
  - Costituzione del gruppo di lavoro e individuazione dei responsabili clinici/assistenza
  - Formazione del personale
  - Pianificazione temporale
  - Utilizzo di un format aziendale

## STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL PDTA

### SMARTY

Software aziendale per la raccolta e l'elaborazione degli indicatori gestito con il supporto del Servizio Tecnologie Informatiche aziendale



- Capacità di gestire cartelle parallele
- Flessibilità
- Semplicità d'uso
- Allineamento con l'anagrafica provinciale
- Predisposizione per il collegamento a strumenti di estrazione dati ed elaborazione statistica
- Sicurezza del dato

**610 Utenti** abilitati (ASMN e AUSL)  
**394 Tipologie di Schede** configurate  
**150.396 Schede** compilate

---

## ELEMENTI QUALIFICANTI

- Investimento in figure di supporto alla costruzione e al monitoraggio dei PDTA: i **datamanager** di percorso (2 figure dedicate presso l'ufficio qualità e 2 presso le strutture di endoscopia digestiva ed ematologia)
- Produzione di **materiale informativo** rivolto ai pazienti disponibile in cartaceo e sul sito internet aziendale relativo al pdta e alla tematiche connesse alla patologia in oggetto
- Sistemático aggiornamento dei pdta sulla base delle **linee guida e degli studi clinici**
- Integrazione e supporto della **Direzione Medica**

---

## Opportunità

- Reingegnerizzare l'organizzazione e l'attività dei clinici
  - Migliorare la competence dei professionisti: uso evidence based key intervention, teamworking, agreement locale
  - Migliorare la trasparenza e facilitare la comunicazione
  - Cercare un equilibrio tra standardizzazione e personalizzazione
  - Promuovere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti e degli outcome
  - Supportare l'attività di ricerca clinica e sanitaria (quali-quantitativa)
  - Promuovere logiche organizzative-gestionali trasversali e non settoriali sulla base della centralità del paziente
-



---

# I PUNTI DI DEBOLEZZA A 3 ANNI DALL'AVVIO

- Piattaforme incomplete e disegno disomogeneo fra area chirurgica e area medica
- Tentativi di una “separazione di ritorno”
- Chiusura high care surgery e week surgery
- Chiusura discharge room

---

## Piattaforme incomplete e disegno disomogeneo fra area chirurgica e area medica

Le rigidità logistiche, in alcuni casi, hanno condizionato la realizzazione e gestione di piattaforme con assegnazione flessibile di posti letto per i ricoveri programmati, pianificata dal bed manager.



---

## Tentativi di una «separazione di ritorno»

Si è registrata, in alcuni casi, la tendenza a voler ripristinare una dimensione «proprietaria» dei posti letto, più incline a soddisfare le esigenze contingenti (e non sempre congruenti) delle singole SOC.

## Chiusura *high care surgery (HCS)* e *week surgery (WS)*

- All'**HCS** ritenuta, nella fase progettuale, una possibile soluzione al problema della presenza di pazienti post-operati complessi in ambiti a media assistenza, è stato preferito l'ampliamento della dotazione di un minor numero di posti letto (da 12 pl a 5 pl) nell'area semi-intensiva post-operatoria.
- **WS**: incoerenza fra programmazione delle attività dei blocchi operatori, la tipologia della casistica e la degenza media attesa. Verrà riattivata una volta sistemizzato il modello di funzionamento dei blocchi e la gestione dei pazienti in lista (sulla base della DM attesa).

---

## Chiusura discharge room

La maggiore disponibilità di posti letto nelle fasce orarie diurne ha ridimensionato l'esigenza di liberare precocemente i posti letto per consentire il turn over dei pazienti di area medica (principale motivazione alla realizzazione di questa piattaforma).

Utilizzo occasionale da parte di discipline chirurgiche (spt. Ortopedia)



# I PROSSIMI SVILUPPI

- Rimodulazione Lungodegenza
- Rimodulazione Area medica
- Rimodulazione Area chirurgica



# RIMODULAZIONE LUNGODEGENZA

# LUNGODEGENZA

## Limiti della prima fase

○ L'Inquadramento Diagnostico non era sempre **già esaurito o quantomeno completamente impostato**

○ Il Programma Terapeutico non era sempre **compiutamente definito o non interamente completato**

○ Quadro Clinico non sempre **stabilizzato.**

# LUNGODEGENZA

## Nuovo modello

**Gruppo 1** à Pazienti con instabilità tale da non poter essere gestiti nei setting territoriali con **obiettivo** di arrivare alla massima stabilizzazione possibile ed alla identificazione del setting territoriale di gestione definitiva (es. Strutture Intermedie a case mix complesso, OSCO, Hospice, domicilio in ADI ecc.)

Per questa tipologia di pazienti si ipotizza, in fase iniziale, di dedicare una dotazione di circa **20 PL**, con la previsione di una degenza media dai 15 ai 18 gg.

Pazienti gestibili in un anno: **dai 360 ai 430 pazienti**



# LUNGODEGENZA

## Nuovo modello

**Gruppo 2** à Pazienti che devono terminare programmi di riabilitazione estensiva (di breve durata) **finalizzati a recupero di funzione su progetto individuale** ed in vista di un possibile rientro al domicilio (principalmente pazienti con Stroke e Frattura di femore)

Per questa tipologia di pazienti si ipotizza, in fase iniziale, di dedicare una dotazione di circa **10 PL**, con la previsione di una degenza media dai 10 ai 15 gg.

Pazienti gestibili in un anno: **dai 220 ai 320 pazienti**

---

# LUNGODEGENZA

## Nuovo modello

**Gruppo 3 à** Pazienti con complessità assistenziale e di nursing infermieristico tale da richiedere tempo per l'organizzazione di una dimissione protetta a livello territoriale (es. ferite chirurgiche infette, stomie ecc.)

Per questa tipologia di pazienti si ipotizza, in fase iniziale, di dedicare una dotazione di circa **5 PL**, con la previsione di una degenza media dai 10 ai 15 gg.

Pazienti gestibili in un anno: **dai 110 ai 160 pazienti**

---

# LUNGODEGENZA

## Nuovo modello

**Gruppo 4 à** Pazienti carenti di risorse assistenziali e familiari in attesa di definizione di dimissione protetta

Per questa tipologia di pazienti si ipotizza, in fase iniziale, di dedicare una dotazione di circa **5 PL**, con la previsione di una degenza media dai 10 ai 15 gg.

Pazienti gestibili in un anno: **dai 110 ai 160 pazienti**

## RIMODULAZIONE AREA MEDICA

Reparto	PL attuali
Medicina 1	40
Medicina 2	34
Medicina 3	28
High Care	10
Week Hosp.	14
Angio	8
Diabeto	8
Reumato	8
Lungodeg.	56
<b>Totale</b>	<b>206</b>



Reparto	PL attuali
Medicina 2	61
Medicina 3	41
High Care	12
AMII*	22
Week Hosp.	14
Diabeto	8
Reumato	8
Lungodeg.	40
<b>Totale</b>	<b>206</b>

\*Area Medica Intensità Intermedia (decongestionamento HC)

## ESITI DELLA RIMODULAZIONE

- Disponibilità di stanze singole per isolamento:
  - 1 stanza singola in Medicina 2
  - 1 stanza singola in Medicina 3
  - 1 stanza doppia in High Care
- Nuova area di degenza (Area a Media Intensità Internistica (AMII) con funzioni di accettazione ricoveri urgenti da PS e di “decongestionamento” High Care.
- Aumento posti letto e maggiori spazi di supporto per High Care
- Collocazione della Geriatria in contiguità con la Lungodegenza al fine di favorire l’integrazione dei professionisti e garantire un nuovo approccio clinico e assistenziale al paziente lungodegente.

# RIMODULAZIONE AREA CHIRURGICA

Struttura	P.L. attuali				
	DO	AIC	SIPO	DB	TOT
Chirurgia I	22	6	4	0	<b>32</b>
Chirurgia II	20	1	3	4	<b>28</b>
Chirurgia Toracica	8	0	2	0	<b>10</b>
Chirurgia Vascolare	12	0	2	3	<b>17</b>
Urologia	14	5	1	8	<b>28</b>
Chirurgia senologica	0	0	0	6	<b>6</b>
Endoscopia digestiva	0	0	0	6	<b>6</b>
<b>TOTALE</b>	<b>76</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>127</b>



Struttura	P.L. dopo attivazione CORE				
	DO	AIC	SIPO	DB	TOT
Chirurgia I	22	0	6	0	<b>28</b>
Chirurgia II	28	0	5	0	<b>33</b>
Chirurgia Toracica	8	0	2	0	<b>10</b>
Chirurgia Vascolare	18	0	2	0	<b>20</b>
Urologia	22	0	2	0	<b>24</b>
Chirurgia senologica	6	0	0	0	<b>6</b>
Endoscopia digestiva	6	0	0	0	<b>6</b>
<b>TOTALE</b>	<b>110</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>127</b>

## ESITI DELLA RIMODULAZIONE

- Ottimizzazione degli spazi liberi dopo i trasferimenti nel nuovo Centro Oncologico ed Ematologico
- Maggior efficienza nell'utilizzo dei posti letto
- Superamento dell'Alta Intensità Chirurgica (HCS) con contestuale attivazione di 5 pl in SIPO (da 12 a 17)
- Superamento della Degenza Breve chirurgica
- Attivazione di una Recovery room propriamente intesa, inizialmente per pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica
- Ri-collocazione degli ambulatori urgenze

---

«... Le nostre valige logore stavano di nuovo ammucchiate sul marciapiede. Avevamo altro e più lungo cammino da percorrere.  
Ma non importa: la strada è vita...”

(Jack Kerouac- «On the road»)



---

«...C'è una crepa in ogni cosa: ed è da lì  
che entra la luce...»

Leonard Cohen- «Anthem»  
Cantautore, poeta, romanziere, asceta,  
talmudista, monaco zen



# DECIDETE VOI!

Grazie per l'attenzione e ...la  
pazienza.