



	<p>REGIONE PIEMONTE AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE della CARITA'" – Novara SSVD AREA DEGENZA POLIFUNZIONALE – P.O. GALLIATE</p>	 UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
STANDARD DI SERVIZIO		

INDICE

0.1	REDAZIONE DEL DOCUMENTO	2
0.2	EMISSIONE	2
0.3	AGGIORNAMENTO VERSIONE.....	2
	PRESENTAZIONE SSVD AREA DEGENZA POLIFUNZIONALE – P.O. GALLIATE	3
	LA MISSION:.....	3
	ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE.....	4
	Gestione del paziente fragile, clinicamente non critico o comunque senza indicazione ad intensificazione delle cure.	4
	GARANZIE SPECIFICHE	6
	RESTANTE ATTIVITA'.....	8
	ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA.....	8
	PROGETTI DI MIGLIORAMENTO.....	9
	ATTIVITÀ DI ROUTINE	10
	DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI	10
	ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA.....	10



0.1 REDAZIONE DEL DOCUMENTO

REDATTO (GDL)

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dr. Stefano Fangazio	Direttore f.f. SSVD Area Degenza Polifunzionale	firmato in originale

VERIFICATO (GDV)

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dr. Stefano Fangazio	Direttore f.f. SSVD Area Degenza Polifunzionale	firmato in originale
Dr.ssa Federica Collini	Dirigente Medico SC DMPO	

APPROVATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dr. Stefano Fangazio	Direttore f.f. SSVD Area Degenza Polifunzionale	firmato in originale

0.2 EMISSIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dr. Fabrizio Leigheb	Resp. SS Rischio Clinico e Qualità	firmato digitalmente

0.3 AGGIORNAMENTO VERSIONE

Versione N°	DATA
9	26/06/2025



PRESENTAZIONE SSVD AREA DEGENZA POLIFUNZIONALE – P.O. GALLIATE

La struttura semplice a valenza dipartimentale (SSVD) Area Degenza Polifunzionale del PO di Galliate si colloca nel Dipartimento Medico dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara.

La struttura è diretta dal dott. Stefano Fangazio (F.F.); il team medico è costituito da 8 Dirigenti Medici.

LA MISSION:

La SSVD Area Degenza Polifunzionale di Galliate può essere inquadrata come un reparto internistico a bassa intensità di cure, dove l'elemento caratterizzante vuole essere l'umanizzazione delle stesse, rivolgendosi ad una tipologia di paziente la cui caratteristica principale e peculiare è la condizione di fragilità, determinata da acuzie cliniche in paziente cronico e/o anziano o grande anziano, piuttosto che da problematiche socio-assistenziali, oppure da patologie croniche oncologiche o non oncologiche giunte ad una condizione di irreversibilità per cui l'obiettivo è la gestione dei sintomi finalizzata al miglior benessere per il paziente (BSC). La condizione di fragilità, qualunque ne sia stata la causa, è definibile come la perdita di resilienza, ovvero di capacità adattative dell'individuo a situazioni stressanti, avversità che in quel momento ne condizionano l'esistenza, con grave nocumento sullo stato di salute con necessità di ospedalizzazione.

Nell'ottica di ampliare e al contempo diversificare l'offerta assistenziale all'interno della Azienda Ospedaliero-universitaria, la Struttura si caratterizza inoltre per la gestione clinica del "post-acuzie" quando è necessario proseguire l'ospedalizzazione per motivi clinici o socio-assistenziali. Per post-acuzie intendiamo quella condizione di transizione tra la criticità clinica che ha portato al ricovero e la condizione di ritrovata stabilità e/o cronicizzazione della patologia. Questo ruolo trova piena giustificazione nella moderna concezione di assistenza ospedaliera diversificata per intensità di cura e in tal senso maggiormente incentrata sulle reali esigenze del paziente in una determinata fase clinica. E' altresì opinione condivisa dai più che l'organizzazione dell'Ospedale per intensità di cure consenta una ottimizzazione delle risorse economiche e umane attraverso una maggiore appropriatezza dei ricoveri.

ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE

GESTIONE DEL PAZIENTE FRAGILE, CLINICAMENTE NON CRITICO O COMUNQUE SENZA INDICAZIONE AD INTENSIFICAZIONE DELLE CURE

Le particolari competenze professionali sviluppate nel corso degli anni in ambito internistico-geriatrico dai componenti l'equipe medica, sono al servizio di pazienti complessi (frequentemente policomorbidi, con labile stabilità clinica e con importanti necessità assistenziali), per una gestione olistica degli stessi.

La filosofia che guida l'equipe nella cura di questa tipologia di paziente è di ridurre al minimo l'impatto dell'ospedalizzazione e delle cure sul paziente stesso (intese sia come provvedimenti terapeutici che come esami diagnostici), cercando di attenuarne l'invasività e mettendo in atto, nei limiti del possibile, quei provvedimenti finalizzati a ridurre il rischio delle più comuni complicanze dell'ospedalizzazione: il delirium (alterazione fluttuante e reversibile dello stato di coscienza), l'allettamento e le sue complicazioni (provvedendo alla mobilitazione precoce), le infezioni ospedaliere (riducendo i tempi di degenza e attuando misure di contenimento secondo le indicazioni aziendali ove necessario).

La sensibilità verso problematiche socio-assistenziali spesso concomitanti e a volte preponderanti garantisce un corretto rapporto interpersonale con il malato, con una particolare attenzione alla sua situazione personale, familiare, sociale ed economica.

Una corretta gestione del "post-acuzie" può consentire, come precedentemente affermato, una maggiore appropriatezza dei ricoveri nei reparti a maggior intensità di cura (sia medici che chirurgici); sono stati individuati a tal proposito criteri clinici condivisi caratterizzanti i pazienti candidati a essere ammessi in reparto di "post-acuzie", favorendo quindi il turn-over e la disponibilità di "risorsa letto" in sede centrale; altrettanto fondamentale è stato predisporre efficaci percorsi di continuità assistenziale, che quotidianamente cerchiamo di mantenere e migliorare, per favorire quanto prima la dimissione dall'ospedale, secondo la nuova organizzazione dei servizi territoriali in accordo con il DM 77/2022.

Nel corso dell'anno 2024 la Struttura è stata oggetto di un profondo programma di riforma, sia strutturale che organizzativo:

- con il trasferimento dal piano terra al piano primo, le camere di degenza sono state rinnovate al fine di ottimizzare gli spazi per migliorare il comfort dei pazienti
- la riduzione dei posti letto (attualmente 22 letti internistici + 1 letto a supporto dell'attività chirurgica per osservazioni brevi) ha consentito il miglioramento dell'assistenza per un miglior rapporto tra numero di degenti e personale sanitario, favorendo ospedalizzazioni più brevi
- la collaborazione con la Fisiatria (S.C. Recupero e riabilitazione funzionale) tramite un supporto stabile dei fisioterapisti presenti dal lunedì al venerdì, ha consentito di migliorare il processo di disallettamento e la mobilitazione precoce dei pazienti.

Nella figura 1 (Fig. 1) i dati sono riferiti al trimestre novembre 2024 – gennaio 2025.

La diagnosi principale (estrapolata dalle SDO dei pazienti dimessi nel trimestre considerato) evidenzia come il paziente qui ricoverato venga indirizzato a questo reparto considerato a bassa intensità di cura, più in funzione di caratteristiche individuali o della fase di malattia, che in considerazione della malattia stessa (frequentemente malattie gravi e disabilitanti con prognosi severa).

Nel primo quadrimestre del 2025 la quota degli ultranovantenni ha rappresentato il 26% dei pazienti ricoverati.

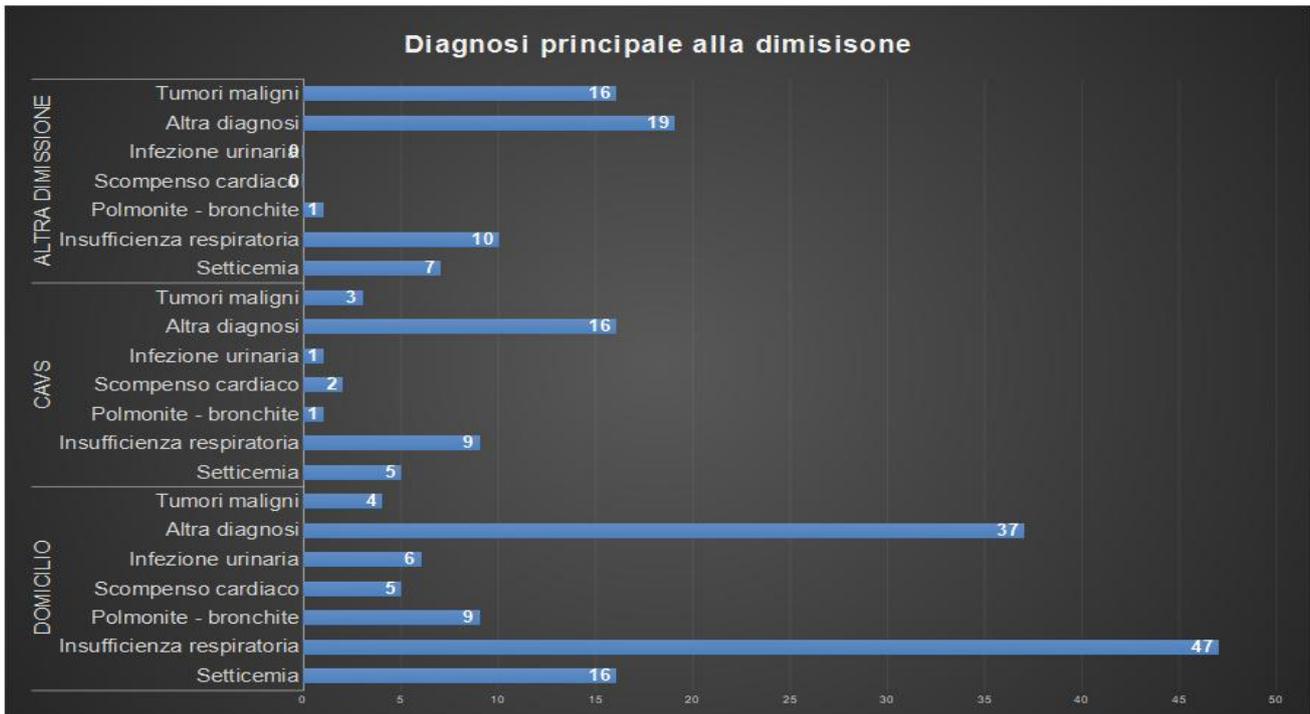


Fig. 1 (prevalenza della diagnosi per modalità di dimissione)

DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI

ATTIVITA'	Anno 2024	Anno 2025	Δ 1Q24 - 1Q25
Ricoveri primo quadrimestre (proiezione all'anno)	292 (929)	292 (929)	
Di cui pazienti ultra90enni (proiezione all'anno)	96 (279)	77 (260)	- 19
% ultra90enni dimessi in CAVS (1 quadrimestre)	19,79%	27,27%	+ 11,7%
% ultra90enni con >3 diag.secondarie	58,33%	87,01%	+ 13.8%

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

L'attività clinica del reparto, in riferimento alla gestione dei pazienti molto anziani con polipatologia e conseguente polifarmaco-terapia, poggia oltre che sulle competenze internistico-geriatriche dei singoli medici, sulla stretta collaborazione e integrazione da tempo avviata con il DEA, con gli altri reparti medici e chirurgici per acuti della sede Centrale, con le strutture di ricovero territoriali (continuità assistenziale CAVS e RSA) e con i medici di medicina generale (MMG), nell'ottica di predisporre e assicurare un percorso di continuità clinico-assistenziale condiviso con gli attori del Territorio, indispensabile in questo setting clinico per garantire appropriatezza di ricovero dimissioni in sicurezza.

Di massima importanza è inoltre l'attiva collaborazione con il Servizio di Cure Palliative / Hospice, per una gestione condivisa dei pazienti oncologici o non oncologici candidati a sola terapia di supporto, al fine di garantire il miglior setting assistenziale anche qualora, per motivi logistici, il paziente non riesca ad essere accolto in Hospice in tempo utile per una adeguata BSC (best supportive care).

GARANZIE PROFESSIONALI

Il dr. Stefano Fangazio, direttore f.f. della SSvD da novembre 2024, è specialista in Medicina interna. Dal 2009 dirigente medico presso la SCU Medicina interna 1 dell'Ospedale Maggiore di Novara, dove ha svolto attività di tutoraggio per la formazione degli specializzandi della Scuola di Specializzazione in Medicina interna; fa tuttora parte dell'equipe del Servizio di Epatologia offerto dalla SCU Medicina interna 1 (dal 2021 è consulente presso l'Ospedale Castelli di Verbania - ASL VCO, sempre per l'attività epatologica).

L'equipe medica della Struttura galliatese è costituita da un gruppo di professionisti che nel corso della propria carriera ha acquisito competenze in molteplici ambiti dell'assistenza specialistica, dalla medicina d'urgenza (dr. Lunati, dr. Barbera, dr.ssa Morelli) alle cure palliative (dr.ssa Pasqua), dalla geriatria (dr.ssa Bignoli) alla diabetologia (dr.ssa Cornaglia); nel 2024 l'equipe si è arricchita dall'apporto delle fresche competenze professionali acquisite nel corso di Specializzazione in Medicina interna dalla componente più giovane del gruppo (dr.ssa Diana e dr. Gallina). L'eterogenità del gruppo ha rappresentato e continua a rappresentare un punto di forza e garanzia per la qualità delle prestazioni erogate, derivante dal costante confronto in corsia tra professionisti con competenze complementari.

GARANZIE TECNOLOGICO / STRUTTURALI

Il reparto dispone di un emogasanalizzatore la cui calibrazione è gestita da remoto dal Laboratorio Centrale di Novara. Sono stati organizzati protocolli per l'invio dei campioni per gli altri esami biochimici, microbiologici ed eventualmente citologici alla sede Centrale.

E' presente in reparto un ecografo con sonda lineare e convex per effettuazione di esami ecografici ai pazienti ricoverati (è stata inoltrata richiesta per dotare la Struttura di un nuovo ecografo con miglior potere diagnostico, vista la vetustà di quello attualmente disponibile): molti esami vengono eseguiti al letto del paziente rappresentando l'esame ecografico un indispensabile completamento dell'esame obiettivo, consentendo di velocizzare e ottimizzare il processo diagnostico.

E' disponibile in sede a Galliate la diagnostica radiologica tradizionale, per cui è attiva la collaborazione con la Radiologia per l'effettuazione di radiografie e all'occorrenza ecografie di vari distretti corporei. In caso di necessità di esami di II livello, TC o RM viene organizzato il trasporto a Novara, previo accordo.

E' attiva una collaborazione con la SCU Cardiologia di Novara per cui sono settimanalmente dedicati degli spazi in agenda per visita specialistica ambulatoriale, ECG ed eventualmente ecocardiogramma. La Struttura dispone di strumentazione idonea all'effettuazione di studio del ritmo cardiaco (Holter-ECG 24h), che viene poi refertata dal cardiologo in sede Centrale.

GARANZIE SCIENTIFICHE

1. Vassia V, Croce A, Ravanini P, Leutner M, Saglietti C, Fangazio S, Quaglia M, Smirne C. Unusual presentation of fatal disseminated varicella zoster virus infection in a patient with lupus nephritis: a case report. *BMC Infect Dis.* 2020 Jul 23;20(1):538. doi: 10.1186/s12879-020-05254-6. PMID: 32703300; PMCID: PMC7376941.
2. Michela Emma Burlone, Stefano Fangazio, Alessandro Croce, Elisa Ceriani, Rachele Rapetti, Cristina Rigamonti, Carlo Smirne, Stelvio Tonello, Paolo Ravanini, Rosalba Minisini, Mario Pirisi. Response rates to direct antiviral agents among hepatitis C virus infected patients who develop hepatocellular carcinoma following direct antiviral agents treatment. *Hepatoma Res* 2020;6:3. DOI: 10.20517/2394-5079.2019.37
3. De Benedittis C, Bellan M, Crevola M, Boin E, Barbaglia MN, Mallela VR, Ravanini P, Ceriani E, Fangazio S, Sainaghi PP, Burlone ME, Minisini R, Pirisi M. Interplay of PNPLA3 and HSD17B13 Variants in Modulating the Risk of Hepatocellular Carcinoma among Hepatitis C Patients. *Gastroenterol Res Pract.* 2020 Apr 24;2020:4216451. doi: 10.1155/2020/4216451. PMID: 32382265; PMCID: PMC7196159.
4. Fangazio S, Camatta D, Tran Minh M, Ceriani E, Minisini R, Pirisi M. Treatment failure after interferon-free treatment of hepatitis C as a clue of a yet undetected hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2017 Sep 7:S0168-8278(17)32280-8. doi: 10.1016/j.jhep.2017.06.037. Epub ahead of print. PMID: 28890357.
5. Bruno S, Bollani S, Zignego AL, Pascasio JM, Magni C, Ciancio A, Caremani M, Mangia A, Marengo S, Piovesan S, Chemello L, Babudieri S, Moretti A, Gea F, Colletta C, Perez-Alvarez R, Fornis X, Larrubia JR, Arenas J, Crespo J, Calvaruso V, Ceccherini Silberstein F, Maisonneuve P, Craxi A, Calleja JL; Italian and Spanish (IAS)-BoC Study Group. Undetectable HCV-RNA at treatment-week 8 results in high-sustained virological response in HCV G1 treatment-experienced patients with advanced liver disease: the International Italian/Spanish Boceprevir/Peginterferon/Ribavirin Name Patients Program. *J Viral Hepat.* 2015 May;22(5):469-80. doi: 10.1111/jvh.12342. Epub 2014 Oct 14. PMID: 25311757.
6. Fabris C, Falletti E, Cussigh A, Bitetto D, Fontanini E, Bignulin S, Cmet S, Fornasiere E, Fumolo E, Fangazio S, Cerutti A, Minisini R, Pirisi M, Toniutto P. IL-28B rs12979860 C/T allele distribution in patients with liver cirrhosis: role in the course of chronic viral hepatitis and the development of HCC. *J Hepatol.* 2011 Apr;54(4):716-22. doi: 10.1016/j.jhep.2010.07.019. Epub 2010 Sep 19. PMID: 21146242.
7. F. Lunati, R. Re, F. Santi, M. Dugnani, M. Campanini - La Sindrome coronarica acuta in Medicina Interna - In "Abstract Book "XVI Congresso Nazionale FADOI 15-18 maggio 2011-Firenze
8. M. Dugnani, F. Lunati, M. Campanini - Un caso di trombosi venosa profonda in un paziente affetto da cirrosi epatica - HCV correlata - In "Abstract Book "XVI Congresso Nazionale FADOI 15-18 maggio 2011- Firenze
9. Fabris C, Smirne C, Fangazio S, Toniutto P, Burlone M, Minisini R, Bitetto D, Falletti E, Cerutti A, Pirisi M. Influence of angiotensin-converting enzyme I/D gene polymorphism on clinical and histological correlates of chronic hepatitis C. *Hepatol Res.* 2009 Aug;39(8):795-804. doi: 10.1111/j.1872-034X.2009.00518.x. Epub 2009 Apr 23. PMID: 19456900.
10. Stratta P, Smirne C, Fangazio S, Cornella C, Lazzarich E, Minisini R, Toniutto P, Fabris C, Barbé C, Pirisi M. ACE genotype, body weight changes and target organ damage in renal transplant recipients. *J Nephrol.* 2008 Nov-Dec;21(6):879-86. PMID: 19034872.
11. Rapetti R, Scaglia E, Fangazio S, Burlone ME, Leutner M, Pirisi M. Pancreatobiliary reflux resulting in pancreatic ascites and choleperitoneum after gallbladder perforation. *Case Rep Gastroenterol.* 2008 Sep;2(3):433-8. doi: 10.1159/000161567. Epub 2008 Nov 14. PMID: 21897795; PMCID: PMC3166807.
12. Campanini M., Lunati F., Dugnani M., Re R. - "La prevenzione del tromboembolismo venoso". - *Informazione Cardiologica* 2008; 12; 3:34-46.

GARANZIE RAPPORTO CON IL PAZIENTE / SICUREZZA DEL PAZIENTE

Da tutti i pazienti ricoverati (o dai famigliari se le condizioni cliniche del paziente non lo consentono) vengono acquisiti su modulistica dedicata:

- consenso al trattamento dei dati personali (privacy) e informativa aziendale sui beni personali dell'assistito
- informativa agli utenti sulle infezioni correlate all'assistenza
- consenso informato per l'effettuazione di procedure diagnostiche radiologiche, endoscopiche o altre procedure invasive (toracentesi, paracentesi, biopsie, posizionamento di accessi venosi centrali o altro)

Ai pazienti con alterazioni del comportamento alimentare viene rivolto l'invito (più frequentemente ai loro caregivers) di compilare il diario alimentare al fine di valutare correttamente l'introito calorico giornaliero.

Per tutti i pazienti ricoverati il personale infermieristico effettua periodicamente nel corso della giornata la valutazione del sintomo dolore con l'ausilio della scheda apposita VAS.

In tutti i pazienti ricoverati viene calcolato lo score di rischio per il tromboembolismo venoso attraverso l'utilizzo di un modello di assessment del rischio validato a livello nazionale per verificare l'esistenza di indicazioni ad instaurare una strategia di profilassi antitrombotica farmacologica e/o meccanica.

RESTANTE ATTIVITA'

L'attività prevalente della SSvD è quella di Degenza Ordinaria, con le caratteristiche specifiche descritte prima. I ricoveri sono prevalentemente da DEA e in regime d'urgenza (> 80%), meno frequentemente vengono accolti pazienti in post-acuzie da Reparti ad elevata intensità di cura dalla sede Centrale di Novara; solo sporadicamente vengono eseguiti ricoveri diretti.

La SSvD eroga prestazioni ambulatoriali specialistiche, che allo stato attuale, rappresentano tuttavia una parte marginale dell'attività di reparto, costituendo pertanto un'opportunità di crescita e sviluppo.

Le attività ambulatoriali svolte sono di seguito elencate:

- ambulatorio internistico ad indirizzo diabetologico
- monitoraggio continuo 24h della pressione arteriosa (Holter pressorio)
- centro per disturbi cognitivi e demenze (ex UVA)
- ambulatorio TAO

Sporadicamente vengono svolte prestazioni in regime di Day-hospital, come la somministrazione di terapie endovenose (ad esempio terapia marziale, piuttosto che terapie antibiotiche a completamento del ciclo terapeutico).

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

L'accesso alla S.S.v.D. avviene prevalentemente tramite ricovero da DEA, meno frequentemente per trasferimento da Strutture a più elevata intensità di cura previo accordo fra le equipe curanti.

E' più rara l'evenienza che, previa autorizzazione della DMPO, vengano accolti in reparto pazienti provenienti da altre Aziende Sanitarie (ad esempio per avvicinamento alla sede di residenza).

Raramente si verificano ricoveri diretti di pazienti valutati ambulatorialmente e non inviati al DEA per accertamenti.



PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Pur proseguendo nel solco della tradizione, ove l'attività prevalente della Struttura è incentrata sulla condizione di "fragilità" nei modi precedentemente illustrati, l'evoluzione della Struttura negli ultimi mesi l'ha caratterizzata per una maggiore dinamicità, svolgendo un ruolo fondamentale per il miglior funzionamento dei reparti a maggiore intensità di cura della sede Centrale, con una duplice modalità: 1) sgravando tali sedi dai ricoveri da DEA di pazienti che, per le loro caratteristiche, trovano una migliore collocazione presso la SSvD Area Degenza Polifunzionale di Galliate, 2) fornendo risposte ai fabbisogni del paziente nel post-acuzie quando questo richieda ancora l'ospedalizzazione.

La disponibilità del fisioterapista in reparto 5 giorni alla settimana ha rappresentato un elemento migliorativo, consentendo una precoce e regolare mobilitazione dei pazienti con margini di recupero funzionale, avendo beneficio sulla prevenzione di molte sindromi legate all'ospedalizzazione del soggetto fragile. Occorrerà proseguire con questo approccio dinamico al paziente fragile, possibilmente implementando la dotazione della Struttura con strumentazione idonea e rinnovata.

La semplificazione delle cure del soggetto fragile, con la riduzione al minimo dell'utilizzo di presidi terapeutici e diagnostici invasivi e con la revisione sistematica della terapia cronica (per sospendere i farmaci non più utili e a volte potenzialmente dannosi), rappresenta un altro elemento distintivo già presente nel *modus operandi* della Struttura; resta l'obiettivo di implementarlo, diffondendo questo approccio anche al post-ricovero con il coinvolgimento del care-giver nel ragionamento sul progetto assistenziale.

Per il paziente con patologia cronica avanzata in stadio terminale, sia essa oncologica o non oncologica, l'obiettivo del progetto di cura è l'umanizzazione dell'assistenza prestata, il coinvolgimento dei care givers, la condivisione ragionata delle scelte terapeutiche, che devono essere finalizzate al controllo dei sintomi (dolore, dispnea, astenia, etc.) e al miglioramento della qualità della vita nei limiti del possibile.

È in fase di valutazione l'implementazione dell'offerta specialistica ambulatoriale. In particolare si sta valutando un maggior utilizzo del controllo clinico post-dimissione al fine di controllare gli effetti, la compliance e il mantenimento dello schema terapeutico consigliato in dimissione, apportando le necessarie modifiche ove necessario, al fine di ridurre la precoce riospedalizzazione.

ATTIVITÀ DI ROUTINE

La Struttura Complessa si articola in:

- Degenza ordinaria, come esplicitato nei precedenti paragrafi.
- Day-hospital. Dopo la ristrutturazione e il progetto riorganizzativo del 2024 l'attività di Day-hospital è sostanzialmente limitata a sporadici casi di somministrazione di terapie endovenose a completamento dell'iter terapeutico impostato in corso di degenza e solo raramente per esterni.
- Ambulatorio:
 - 1) gestione terapia anticoagulante orale con VKA o DOAC (dr. Lunati, dr.ssa Morelli)
 - 2) studio dell'ipertensione arteriosa mediante Holter-pressorio (dr. Lunati)
 - 3) visita internistica ad indirizzo diabetologico (dr.ssa Cornaglia)
 - 4) centro disturbi cognitivi e demenze (dr.ssa Bignoli)
 - 5) visita internistica controllo post-dimissione (dr.ssa Pasqua, dr.ssa Diana, dr. Barbera, dr. Gallina)

DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI

ATTIVITA'	Anno 2024	Anno 2025	Δ 1Q24 - 1Q25
Ricoveri primo quadrimestre (proiezione anno)	292 (929)	292 (929)	
Giornate di degenza (primo quadrimestre)	3695	2497	-12,77%
Tasso di mortalità (proiezione dati 1 quadrimestre 2025)	12,81%	11,41%	-10,92%
Degenza Media ric. ordinari (primo quadrimestre)	12,66	8,55	-12,76%

ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA

Il Reparto è ubicato al 1 piano della palazzina centrale del P.O. San Rocco di Galliate.

All'ingresso in reparto vengono fornite ai famigliari informazioni relative all'accesso e all'organizzazione del reparto. L'equipe medica è disponibile al colloquio con i famigliari quotidianamente alle ore 13:30.

Il reparto dispone di personale amministrativo che può essere contattato per informazioni al seguente indirizzo mail: medicina.galliate@maggioreosp.novara.it