Unità Operativa Complessa di Geriatria

Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato

Indirizzo: Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, via Don Sempreboni 5, 37024 Negrar di Valpolicella - Verona

Ubicazione:

Degenze: 4° piano dell'Ospedale Don Calabria (edificio tra Ospedale Sacro Cuore e Casa Nogarè)

Day Hospital: in reparto

Ambulatorio Divisionale Geriatrico: Poliambulatori Casa Nogarè

Ambulatorio Internistico Nutrizionale: 6° piano Ospedale Don Calabria

Recapiti utili:

Coordinatore - Daniele Brunelli - daniele.brunelli@sacrocuore.it ☎ 045-6013111 int. 4011
Segreteria - 6° piano Ospedale Don Calabria ☎ 045-6013527
Fax 045-6013308

Piano di degenza ☎ 045-6013461
Poliambulatori - per programmazione visite
(Ambulatori Divisionali / Ambulatori privati intramoenia) ☎ 045-6013257

e-mail: emanuela.turcato@sacrocuore.it http://www.sacrocuoredoncalabria.it

1. Presentazione dell'Unità Operativa (U.O.)

Caratteristiche Professionali del Direttore

Dott.ssa Emanuela Turcato
luogo e data di nascita: Bussolengo (VR), 20 gennaio 1966
residenza: Bussolengo (VR)
indirizzo lavorativo: **Unità Operativa di Geriatria**
Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria
Via Don Sempreboni, 5
37024 Negrar di Valpolicella (Verona)
telefono: +39 045 6013461 - 4637
e-mail: emanuela.turcato@sacrocuore.it

Studi
Laurea presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona il 28 ottobre 1991.
Specializzazioni in Medicina Interna nel 1996 presso la stessa Università.

Esperienze di lavoro
Nell'ambito del corso della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna dal 1991 al 1996 ha frequentato come "Assistente in formazione" l'Istituto di Medicina Interna C del Policlinico di Borgo Roma (Prof. A. Lechi), svolgendo attività assistenziale, ambulatoriale e di guardia interdivisionale.
Dal 1996 al 1999 ha partecipato allo studio della "Prevenzione dei fattori di rischio di disabilità nell'anziano" collaborando con il Prof. M. Zamboni ed il Prof. O. Bosello presso la Clinica Geriatrica e la Cattedra di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Verona.
Dal 1° aprile 1998 lavora presso l'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (come Medico Dirigente di 1° livello dell'U.O. di Geriatria fino al 31 dicembre 2013).
Dal settembre 2000 al dicembre 2018 è stata componente del Team Nutrizionale dell'Azienda ULSS 20 e referente di questo ospedale presso lo stesso Team Nutrizionale per i problemi inerenti la nutrizione artificiale domiciliare. In tale contesto è stata anche tutor nei corsi di formazione dedicati al personale infermieristico ADI.
Nel 2002, nell'ambito del "Processo Stroke", ha realizzato il protocollo "Nutrizione ed Ictus in fase acuta"; da allora è docente in appositi corsi infermieristici ECM su temi inerenti la gestione della Nutrizione Artificiale; inoltre, annualmente, è relatrice nei corsi di formazione dell'A.I.S. (Associazione Italiana Soccorritori) con seminari riguardanti le corrette abitudini alimentari e la prevenzione della patologia cardio e cerebrovascolare.
Dal febbraio 2009 ha collaborato con la Dott.ssa T. Zuppini, Direttore della Farmacia Interna dell'ospedale, alla realizzazione del Gruppo Nutrizione Clinica che, tramite riunioni periodiche, affronta problematiche inerenti la farmaco-nutrizione e la nutrizione artificiale.
Dal 24 luglio 2013 ha ideato ed attivato uno specifico ambulatorio divisionale internistico nutrizionale volto al trattamento prevalente di pazienti oncologici in radio e chemioterapia in collaborazione con le dietiste.
Dal 1° gennaio 2014 al 31 ottobre 2017 ha svolto l'incarico di responsabile di Struttura Semplice dell'U.O. di Geriatria.
Dal settembre 2014 al settembre 2016 è stata componente della Commissione Terapeutica Aziendale ULSS 22.
Dal settembre 2016 fa parte del "**Network Geriatrico Veronese**" organizzato dal prof. Mauro Zamboni nell'ambito dell'Healthy Aging Center, Centro di Ricerca e Cura dell'Invecchiamento in salute dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata e dell'Università di Verona, del quale lo stesso Prof. Zamboni è direttore. In tale ambito il 10 maggio 2017 ha organizzato il corso "La gestione della malnutrizione nel paziente anziano".

Dal 18 aprile 2017 è componente della **Commissione Terapeutica Sovraziendale (C.T.S.)** di Verona e Provincia.
Dal 1 novembre 2017 è stata nominata **Direttore di Struttura Complessa** della stessa U.O. di Geriatria.
Dal gennaio 2019 fa parte del **Team Nutrizionale Interaziendale** della ULSS 9 Scaligera.
Dal marzo 2018 ha avuto l'incarico di tutor-valutatore per l'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo dal Rettore dell'Università di Verona.
Contributi scientifici sono stati oggetto di pubblicazioni sia in Italia che all'estero ed anche di relazioni e comunicazioni a Congressi nazionali ed internazionali.

Caratteristiche dell'U.O.

Dal 1 gennaio 2014 la guida dell'U.O. è stata affidata alla dr.ssa Emanuela Turcato.
Dopo una serie di ridimensionamenti accaduti negli anni e legati principalmente ai lavori di ristrutturazione (vedi precedenti standard di prodotto) dal giugno 2017 i letti di degenza per la geriatria sono 26. I posti-letto sono così distribuiti: 1 stanza a 3 letti, 11 stanze con 2 letti e 2 stanze con letto singolo destinate in genere a pazienti con delirio acuto, condizioni cliniche molto gravi/terminali, necessità di isolamento, dozzinante alberghiero.

Dal febbraio 2015 è stata avviata l'informatizzazione della **Cartella Clinica Geriatrica** che, con l'avvio della procedura di somministrazione dei farmaci attraverso l'utilizzo del foglio unico di terapia (F.U.T.) elettronico dal gennaio 2017 è quasi arrivata a compimento. La cartella, nella sezione *funzioni,* comprende la sottocartella **valutazione multidimensionale geriatrica** costituita da 8 scale: ADL, IADL, GDS, MMSE, 4AT, CAM, MNA e NRS.

La nostra U.O. tratta pazienti che abbiano compiuto almeno 65 anni (età media anno 2019: 84±6), provenienti per la quasi totalità in regime di urgenza dal Pronto Soccorso (ricoveri da PS nel 2019: 90,6%; ricoveri da altri reparti per acuti 7,7%). I ricoveri programmati di pazienti ambulatoriali, comunque legati a malattie acute o riacutizzazione di casi noti, sono quindi una minoranza (nel 2019: 1,5%)**. La disponibilità del reparto verso il P.S. ne rappresenta un punto di forza,** poiché viene incontro ad esigenze importanti dell'Ospedale e ne determina un elevato "case-mix".
Il **tasso di occupazione dei posti letto** nel 2019 è stato del 98,66%.
Il nostro ospedale è parte integrante del distretto 4 (ex ULSS 22) dell'ULSS 9 Scaligera ma accoglie pazienti anche dai distretti limitrofi che giungono in PS con mezzi propri (vedi tab. 1).

Tab. 1: Distretti di provenienza dei pazienti ricoverati nella nostra U.O. dal 2015

	2015	2016	2017	2018	2019
	n° paz (%)	**n° paz** (%)	**n° paz** (%)	**n° paz** (%)	**n° paz** (%)
Distretto 4 (ex ULSS 22)	390 (67,7)	341 (65,7)	361 (65,5)	400 (64,5)	487 (72,2)
Distretto 1 e 2 (ex ULSS 20)	167 (29)	155 (29,9)	172 (31,2)	188 (30,3)	157 (23,2)
Distretto 3 (ex ULSS 21)	11 (1,9)	11 (2,1)	10 (1,8)	9 (1,4)	11 (1,6)
Altre ULSS Veneto	0	5 (1,0)	1 (0,2)	7 (1,2)	5 (0,7)
Fuori Regione	8 (1,4)	7 (1,3)	7 (1,3)	16 (2,6)	14 (2,3)
Totale	576 (100)	519 (100)	551 (100)	620 (100)	675 (100)

L'U.O. ha un interscambio di pazienti con la Terapia Intensiva ed i reparti Chirurgici (soprattutto Ortopedia) **in relazione all'insorgenza di complicanze mediche** (vedi tab. 2).

Tab. 2: Trasferimenti pazienti

anno		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Terapia Intensiva (T.I.)	inviati in T.I.	6	6	7	6	7	8
	accolti da T.I.	36	35	19	37	25	17
Chirurgia Generale (C.G.)	inviati in C.G.	12	7	5	3	5	5
	accolti da C.G.	17	12	9	1	1	2
Ortopedia (O.)	inviati in O. per frattura	1	1	0	1	1	0
	accolti da O. per complicanze	8	6	2	9	10	6
	Accolti da PS e operati in GERIATRIA	-	0	2	0	6	2

La gestione dei pazienti con frattura di femore è regolata dal **"Percorso per la presa in carico del paziente con frattura Collo del femore"** alla cui stesura ha partecipato anche l'U.O. di Geriatria. Dall'agosto 2017 un nostro **consulente geriatra** segue giornalmente i pazienti ricoverati in Ortopedia collaborando con i colleghi ortopedici.

Come negli anni precedenti nel 2019 le patologie prevalentemente trattate dall'U.O. sono state quelle inerenti i problemi respiratori infettivi/infiammatori (polmoniti e broncopolmoniti, pleuriti e riacutizzazioni di BPCO) ed i problemi cardiovascolari (insufficienza cardiaca e respiratoria, edema polmonare e shock). In aumento il numero di ricoveri per patologie oncologiche ed onco-ematologiche e quello per setticemie (tab. 3).
Il **"case mix"** dell'U.O. **è quindi un'altro dei punti di forza**, dal momento che tra le diagnosi sono rappresentate quasi tutte le patologie del paziente adulto/anziano (oltre il 70% dei possibili DRG medici è presente nella casistica).

Tab. 3: Patologie più frequenti nei pazienti ricoverati in Geriatria

Patologia	**n° pazienti ricoverati**							
anno	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Polmonite, pleurite, BPCO	115	102	132	129	114	121	165	161
Insufficienza cardiaca, edema polmonare e shock	181	185	162	128	91	115	113	144
Neoplasie ed emopatie neoplastiche	50	57	47	50	36	43	56	73
Ictus, TIA, aterosclerosi cerebrale	26	53	47	30	36	39	29	36
Setticemia	-	14	31	34	29	38	47	57
Disturbi della nutrizione	-	20	22	20	25	34	33	27

Tale tipologia di ammalati ha imposto di aumentare la preparazione e l'attenzione alla problematica del **dolore acuto e cronico** dell'anziano, anche in relazione alla promulgazione della legge 38/2010. E' stata introdotta nell'aprile 2012 la **scala di valutazione numerica (N.R.S.)** per la

valutazione del dolore. Dal 2018 è stata introdotta la **scala PAINAD**, per la valutazione del dolore in soggetti adulti non capaci di esprimersi verbalmente e/o con decadimento cognitivo.

Altra problematica rilevante in questi pazienti è la presenza di disabilità e di dipendenza funzionale. Per rilevare il grado di **dipendenza assistenziale** in tutti i pazienti ricoverati viene effettuata la scala di Barthel (Mahoney F. Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 14:61-65; 1965. Granger CV, Devis LS, Peters MC, et al. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel. Index measures. Arch Phys Med Rehabil 60:14-17; 1979.) eseguita al momento dell'ingresso in ospedale ed al momento della dimissione ed inserita nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Questa scala considera dieci attività di base della vita quotidiana, a ciascuna delle quali viene assegnato un punteggio che esprime il grado di autonomia della persona nell'effettuazione di tali attività. Dalla somma dei punteggi deriva un valore compreso tra 0 e 100: quanto più basso è il punteggio complessivo, tanto più elevato è il grado di dipendenza assistenziale del paziente. La rilevazione di questa variabile rappresenta un'importante integrazione delle informazioni sulle condizioni di salute dei ricoverati, in quanto le condizioni di dipendenza impattano pesantemente sia sul volume di risorse assistenziali, specialmente infermieristiche, necessarie per la cura del paziente, sia sull'analisi e sulla valutazione degli esiti dell'assistenza. Inoltre la presenza di disabilità e di dipendenza assistenziale è fattore importante nell'incrementare il rischio di caduta, problematica importante nei nostri pazienti (vedi successivo report di cadute). La tab. 4 mostra la media dei punteggi della **scala di BARTHEL** nei pazienti dimessi dalla nostra U.O. negli ultimi 5 anni; la rilevazione viene effettuata in 2 momenti del ricovero (all'ingresso ed alla dimissione). Come si può vedere dai punteggi ottenuti il grado di dipendenza presentato dai pazienti all'ingresso è sempre grave e quindi il carico assistenziale è elevato. Anche se tale punteggio, per ciascun anno esaminato, tende a migliorare durante la degenza, alla dimissione è sempre rilevante la presenza di dipendenza di grado moderato a conferma che si tratta di pazienti fragili, gravati da più patologie invalidanti ed a elevato rischio di caduta.

Tab 4: Media dei punteggi per la valutazione della disabilità tramite scala di BARTHEL nei pazienti dimessi negli ultimi 5 anni (esclusi i pazienti deceduti)

	Anno 2015	**Anno 2016**	**Anno 2017**	**Anno 2018**	**Anno 2019**
INGRESSO	43	47	48	47	46
DIMISSIONE	45	51	57	56	52

Punteggio Valutazione:
- 100: indipendenza totale;
- 99-91: quasi autosufficienza;
- 90-75: dipendenza lieve;
- 74-50: dipendenza moderata
- 49-25: dipendenza grave;
- < 25: dipendenza completa

Proprio per la significativa presenza di dipendenza nei nostri pazienti e per la nostra attenzione al "prendersi cura" di ogni aspetto della persona anziana malata e fragile, in caso di **problemi assistenziali/sociali** viene attivato con la massima celerità il supporto dell'assistente sociale e viene eseguita la valutazione multidimensionale geriatrica per garantire la continuità assistenziale (tab. 5). Viene quindi eseguita una consulenza da parte dell'assistente sociale e, se si evidenziano criticità per la dimissione, si procede alla compilazione della **scheda S.Va.M.A.** – Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane – Regione Veneto allegato B DGR n. 2961 del 28/12/2012 (informatizzata dal marzo 2015), che consente la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali o l'inserimento dello stesso in strutture protette quali l'RSA presso Casa Nogarè (tab. 5).

Tab. 5: Continuità Assistenziale

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)
Consulenze eseguite da Assistente Sociale	118 (20,4)	98 (18,9)	123 (22,3)	119 (19)	134 (20)
S.Va.M.A. compilate da U.O.	79 (13,7)	82 (15,8)	102 (18,5)	198 (32)	66 (9,8)
Pazienti accolti in RSA Casa Nogarè	29 (5)	19 (3,7)	38 (6,9)	23 (3,7)	22 (3,2)
Pazienti accolti in RRF Don Calabria	4 (0,7)	9 (1,7)	11 (1,9)	7 (1,1)	6 (0,9)
Pazienti dimessi in Casa di Riposo	15 (2,6)	19 (3,6)	23 (4,2)	11 (1,8)	7 (1)
Pazienti accolti in altre RSA/Hospice/altro	5 (0,9)	7 (1,3)	3 (0,5)	9 (1,5)	12 (1,8)
Totali pazienti accolti in Struttura Protetta	53 (9,2)	54 (10,4)	75 (13,6)	50 (8)	47 (7)

*: % rispetto al numero di pazienti ricoverati

Come si può vedere dalla percentuale di consulenze e S.Va.M.A. effettuate e dal numero di pazienti accolti nelle diverse "strutture protette" il problema della Continuità Assistenziale è rilevante e sicuramente va ad incidere sulla durata della degenza e quindi sul dato degenza media.

Poiché il paziente anziano, fisiologicamente sarcopenico, è ad elevato rischio di ulteriore calo della massa muscolare durante l'ospedalizzazione, con conseguenze gravissime sulla sua possibilità di ripresa e mantenimento della deambulazione, per evitare la comparsa di sindrome da immobilizzazione, nei pazienti in cui la patologia acuta lo consente, viene subito stimolata la **ripresa motoria** attraverso la presa in carico da parte di un **fisioterapista** sempre presente in U.O. per almeno 1 ora al mattino grazie alla collaborazione con il servizio di Riabilitazione. Tale training deambulatorio è necessario anche per favorire l'equilibrio e ridurre il rischio di cadute sempre presente nei pazienti fragili accolti nel nostro reparto.

Inoltre dal 2016 è iniziata la collaborazione con il **Servizio di Psicologia Clinica** per migliorare la gestione del paziente anziano fragile ed ad alto rischio di problematiche psico-geriatriche; uno psicologo è presente al mattino in U.O. 1 o 2 giorni a settimana ed interagisce con medici, infermieri, operatori, familiari e caregiver per agevolare l'adattamento del paziente al ricovero.

Negli anni è stata acquisita la cultura della **"medicazione in ambiente umido" delle lesioni da decubito e delle altre lesioni cutanee**, ottenendo buoni risultati nella prevenzione e nel trattamento di esse. In ambito di prevenzione si è influito e partecipato alla scelta dei materassi ad aria antidecubito, insieme con il Servizio di Ingegneria Clinica.
Sia i trattamenti che la prevenzione sono strettamente monitorati attraverso una scheda specificamente preparata nell'ambito dei processi di gestione, condivisi con il sistema ospedale attraverso linee guida e corsi di formazione appositamente studiati e secondo i metodi del sistema qualità. Uno degli outcome clinici della U.O. è rappresentato proprio dal trattamento e dalla prevenzione di queste lesioni. Un gruppo di lavoro formato da infermieri della nostra U.O. e personale di altri reparti, ha collaborato con il servizio informatico per l'informatizzazione di tali schede. Inoltre è stato istituito un gruppo di lavoro di cui fa parte il nostro personale e, nel dicembre 2018, è stata pubblicata la procedura "Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.".

La U.O. fa parte integrante dello **"Stroke Center"** che è coordinato da due Medici "Process Owner": la dr.ssa Barbara Rimondi (U.O. di Geriatria) e il dr. Alessandro Adami (U.O. di Neurologia). Si tratta di un progetto aziendale per l'organizzazione e la gestione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che riguarda il paziente affetto da patologie cerebrovascolari. Tale processo, condiviso con 10 Unità Operative, prevede che l'ammalato sia seguito a partire dal Pronto Soccorso sino al possibile approdo in Riabilitazione.
In tale ambito per l'invio in Geriatria vengano selezionati dal Pronto Soccorso, oltre che i casi più anziani, quelli maggiormente compromessi sul piano delle patologie concomitanti (comorbilità).
Dal 6 agosto 2015 con il DGRV n°233 la nostra U.O. è stata inserita tra i Centri Regionali autorizzati alla **prescrizione dei DOAC** (farmaci anticoagulanti orali diretti).

Il **Day Hospital**, in relazione alle regolamentazioni regionali per la gestione di patologie non chirurgiche (DGR n. 4450 del 28/12/2006), svolge una attività limitata a pochi casi all'anno (nessuno nel 2019) in genere pazienti con anemia severa che necessitano di trasfusioni.

L'U.O. svolge attività verso l'esterno mediante 2 **ambulatori**: l'Ambulatorio Divisionale Geriatrico e l'Ambulatorio Internistico Nutrizionale.

ambulatorio	*tipo di archivio clinico*
Ambulatorio Divisionale Geriatrico	informatizzato
Ambulatorio Internistico Nutrizionale	informatizzato

Il primo si occupa prevalentemente della gestione di pazienti con problematiche cardiovascolari, in terapia con DOAC o con iniziale decadimento cognitivo.
Il secondo, volto al trattamento di pazienti con problemi di malnutrizione, è in collaborazione con le dietiste.

L'**organico** della U.O. di Geriatria è composto da 1 Direttore e 6 medici.
Un Coordinatore, gli infermieri e gli operatori gestiscono anche l'adiacente Reparto per le Malattie Tropicali. Gli infermieri sono 27 (di cui 13 part-time); di questi, 13 sono impiegati per la Geriatria, 4 sono trasversali tra i 2 reparti e 10 sono impiegati per l'U.O. di Malattie Tropicali; sono presenti 14 operatori.
Una segretaria del pool ambulatoriale del 6° piano Ospedale Don Calabria è persona di riferimento per le attività dell'U.O..

I medici (escluso il Direttore) partecipano alla **Guardia interdivisionale** per la struttura dell'Ospedale Don Giovanni Calabria, insieme con i colleghi della U.O. di Oncologia (5° piano), della U.O. di Medicina Fisica Riabilitativa e Lungodegenza (MFR-LD) (3° piano), della U.O. Gravi Cerebrolesi e Lesionati Midollari (2° piano), dell'U.O. Malattie Infettive e Tropicali (4° piano); è presente inoltre un servizio di **Reperibilità interdivisionale** condiviso con i colleghi del Dipartimento Internistico costituito dalle U.O. di Geriatria, Medicina Generale e Gastroenterologia.

L'Unità Operativa di Geriatria (nell'ambito del Processo Degenze Mediche) e lo Stroke Center sono **certificati ISO 9001** dal dicembre 2004.

Dal luglio 2019 l'U.O. di Geriatria è **struttura collegata alla Scuola di Specializzazione di Geriatria** dell'Università degli Studi di Verona.

Attività Didattica

Nel corso degli anni sono stati organizzati convegni e formazione per medici di base e popolazione su: scompenso cardiaco, m. di Alzheimer, disturbi comportamentali dell'anziano, osteoporosi, ictus, rischio cardiovascolare, malattie metaboliche e rischio nutrizionale. Per la formazione infermieristica sono stati organizzati annualmente dal 2006 appositi corsi ECM su problematiche geriatriche.

Attività di Ricerca

Negli anni passati i medici dell'U.O. avevano collaborato in attività di ricerca che riguardava: epidemiologia Regione Veneto, Alzheimer, Ictus, polipatologia dell'Anziano scompensato.

Dal 2014 è iniziata la collaborazione con l'U.O. di Medicina Generale nella raccolta dati riguardante i pazienti ricoverati per scompenso cardiaco. Tale collaborazione ha portato alla pubblicazione di 2 articoli. Il primo nel marzo 2017 sulla rivista PLOS ONE (Impact Factor 3,057) dal titolo "Nonalcoholic fatty liver disease and increased risk of 1-year all-cause and cardiac hospital readmissions in elderly patients admitted for acute heart failure" - F. Valbusa et al.-; il secondo pubblicato su International Journal of Cardiology (Impact Factor 6,189) nell'aprile 2018 dal titolo "Non-alcoholic fatty liver disease and increased risk of all-cause mortality in elderly patients admitted for acute heart failure" - F. Valbusa et al..
E' inoltre in corso uno studio con il Servizio di Psicologia Clinica per la validazione Italiana dei questionari Committed Action Questionnaire-8 (CAQ-8) e Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8) in pazienti con dolore cronico.

2. Struttura Organizzativa

Dr.ssa Emanuela Turcato (dirigente medico struttura complessa)

Direttore della U.O.C. di Geriatria

Team Nutrizionale Interaziendale della ULSS 9 Scaligera

Commissione Terapeutica Sovraziendale (C.T.S.) di Verona e Provincia

Tutor-valutatore per l'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo

Ambulatorio Internistico-Nutrizionale
Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: emanuela.turcato@sacrocuore.it

Dr. Pietro Arduini (medico dirigente di 1° livello)

RQ - Sistema Gestione Qualità

Valutatore Interno ISO 9001
Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: pietro.arduini@sacrocuore.it

Dr. Carlo Cacace (medico dirigente di 1° livello)

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: carlo.cacace@sacrocuore.it

Dr. Cesare Caliari (medico dirigente di 1° livello)

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: cesare.caliari@sacrocuore.it

Dr.ssa Elena Ferrari (medico dirigente di 1° livello)

Ambulatorio Internistico-Nutrizionale
Ambulatorio Divisionale Geriatrico
Attività di Ecografia in reparto

Email: elena.ferrari@sacrocuore.it

Dr.ssa Elisa Grison (medico dirigente di 1° livello)

Ambulatorio Internistico-Nutrizionale
Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: elisa.grison@sacrocuore.it

Dr.ssa Barbara Rimondi (medico dirigente di 1° livello)

Process Owner "Stroke"
Consulente Referente per Ortopedia
Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: barbara.rimondi@sacrocuore.it

Team RQ:

- Pietro Arduini (medico)
- Cesare Caliari (medico)
- Elena Ferrari (medico)
- Daniele Brunelli (Coordinatore)
- Sara Brunelli (Infermiera)
- Federica Corsi (Infermiera)

3. Utenti e Servizi / Prodotti offerti

ATTIVITÀ DIVISIONALI	**Utenti interni**	**Utenti esterni *(in convenzione)***	**Pronto Soccorso**	**Tempi di attesa**
Reparto di degenza (ricoveri ordinari e DH)	X	X	X	Per programmati: <15 giorni
Ambulatorio Divisionale *(martedì)*	X	X	X	<30 giorni
Ambulatorio Internistico Nutrizionale	X	X	-	<15 giorni
Consulenza geriatrica	X	-	X	Tempistica consulenze
Consulenza internistica-nutrizionale	X	-	-	Tempistica consulenze
Contatto con Assistente Sociale Compilazione scheda SVaMA	X	-	-	Non appena evidenziato il problema "sociale"

(Vedi allegato)

4. Missione e Politica

L'Unità Operativa di Geriatria opera nell'ambito di una realtà religiosa cattolica.

La **"Mission"** dell'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria si rifà esattamente alle parole del Fondatore, San Giovanni Calabria ed è ripresa dallo Statuto approvato dalla Congregazione dei Poveri Servi della Divina Provvidenza.

Art. 6 - "Il malato è, dopo Dio, il nostro vero padrone" (Don Calabria). Egli è l'unico centro di ogni interesse, ricerca, provvedimento, struttura, organizzazione dell'Ospedale. Ogni altro interesse collettivo o personale, materiale o morale, deve essere subordinato al bene del malato.
Art. 7 - Il malato è persona e come tale ha diritto alle prestazioni sanitarie più aggiornate e complete, offerte con il rispetto, la premura, lo spirito di servizio che gli sono dovuti per le leggi dell'umana convivenza e per i principi dell'amore cristiano.
Art. 8 - L'ammalato soffre per la sua malattia, per la sua solitudine, per la limitazione della sua autonomia e necessita pertanto di una comprensione e di una vicinanza particolari.
L'ammalato non è un peso per la società, non è inutile, è stimolo all'esercizio della solidarietà fraterna dei sani; nella visione della Fede rappresenta Cristo sofferente e perciò svolge una missione redentrice e riparatrice.

La "Mission" specifica della U.O. di Geriatria *è quella di realizzare un intervento diagnostico e terapeutico accurato su anziani affetti da patologia acuta oppure riacutizzazione di forma cronica. Oltre l'85% di questi pazienti provengono dal Pronto Soccorso. L'attività e la competenza medica devono perciò svilupparsi a tutto campo, anche perchè vengono qui indirizzati soggetti con un insieme complesso di patologie diverse (polipatologia) che spesso determinano uno stato di "fragilità" e/o disabilità.*

L'intervento è diretto a ripristinare, per quanto possibile e quanto più rapidamente, la stabilità clinica. Si cerca attivamente la collaborazione del servizio di Riabilitazione in caso di perdita dell'autonomia funzionale.

Il lavoro di Reparto tiene conto dei principi di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG) ed è orientato al "prendersi cura" di ogni aspetto della persona anziana malata: in caso di problemi assistenziali viene attivato con la massima celerità il supporto di una Assistente sociale.

Viene inoltre data massima rilevanza alla comunicazione con l'ammalato e/o il familiare dello stesso poiché "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura"(legge 219/17, Art. 1, comma 8).

E' attivamente ricercato ogni miglioramento, basandosi sul sistema della qualità integrato e si presta attenzione alla migliore gestione delle risorse umane, anche in termini di "clima di lavoro" di tutto il personale.

5. Standard di processo

TEMPESTIVITA' VISITE AMBULATORIALI e CONSULENZE

anno	Visita ambulatorio divisionale	Consulenza geriatrica urgente	Consulenza geriatrica
	Valore atteso: 30 gg	*Valore atteso:* entro 24 ore	*Valore atteso:* entro 48 ore
	Valore attuale:	**Valore attuale:**	**Valore attuale:**
2014	22	< valore atteso	< valore atteso
2015	16	< valore atteso	< valore atteso
2016	10	< valore atteso	< valore atteso
2017	15	< valore atteso	< valore atteso
2018	20	< valore atteso	< valore atteso
2019	26	< valore atteso	< valore atteso

ANALISI INDAGINE DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO

Prosegue da parte dell'Ospedale il progetto di sorveglianza della soddisfazione del paziente ricoverato"

QUALITA' PERCEPITA DAL PAZIENTE RIGUARDO L'ASSISTENZA E CONFRONTO CON GLI ANNI PRECEDENTI

Anno Pubblicazione (periodo di rilevamento)	Numero questionari processati/ campione minimo previsto per avere sufficiente rappresentatività	**soddisfazione del paziente e/o parente sulla assistenza da parte del personale medico (punteggio medio di gradimento di chi risponde)**	**soddisfazione del paziente e/o parente sulla assistenza del personale infermieristico (punteggio medio di gradimento di chi risponde)**
		******Valore atteso:* **A non <70%; (B ≥0,5)**	******Valore atteso:* **A non <70%; (B≥0,5)**
2014 (dal 15/09/2014 al 30/05/2015)	117/84	90,6%; (1,15)	92,3%; (1,07)
2015 (dal 01/09/2015 al 23/04/2016)	118/84	94,1%; (1,34)	93,2%; (1,24)
2016 (dal 19/09/2016 al 17/05/2017)	114/82	99,1%; (1,48)	98,2%; (1,39)
2017 (dal 18/09/2017 al 08/06/2018)	90/81	89,9%; (1,43)	94,4%; (1,36)
2018 (dal 11/10/2018 al 27/04/2019)	145/82	86,4%; (1,45)	86,3%; (1,47)
2019 (dal 01/09/2019 al 14/07/2020)	86/83	88,6%; (1,30)	92,3%; (1,41)

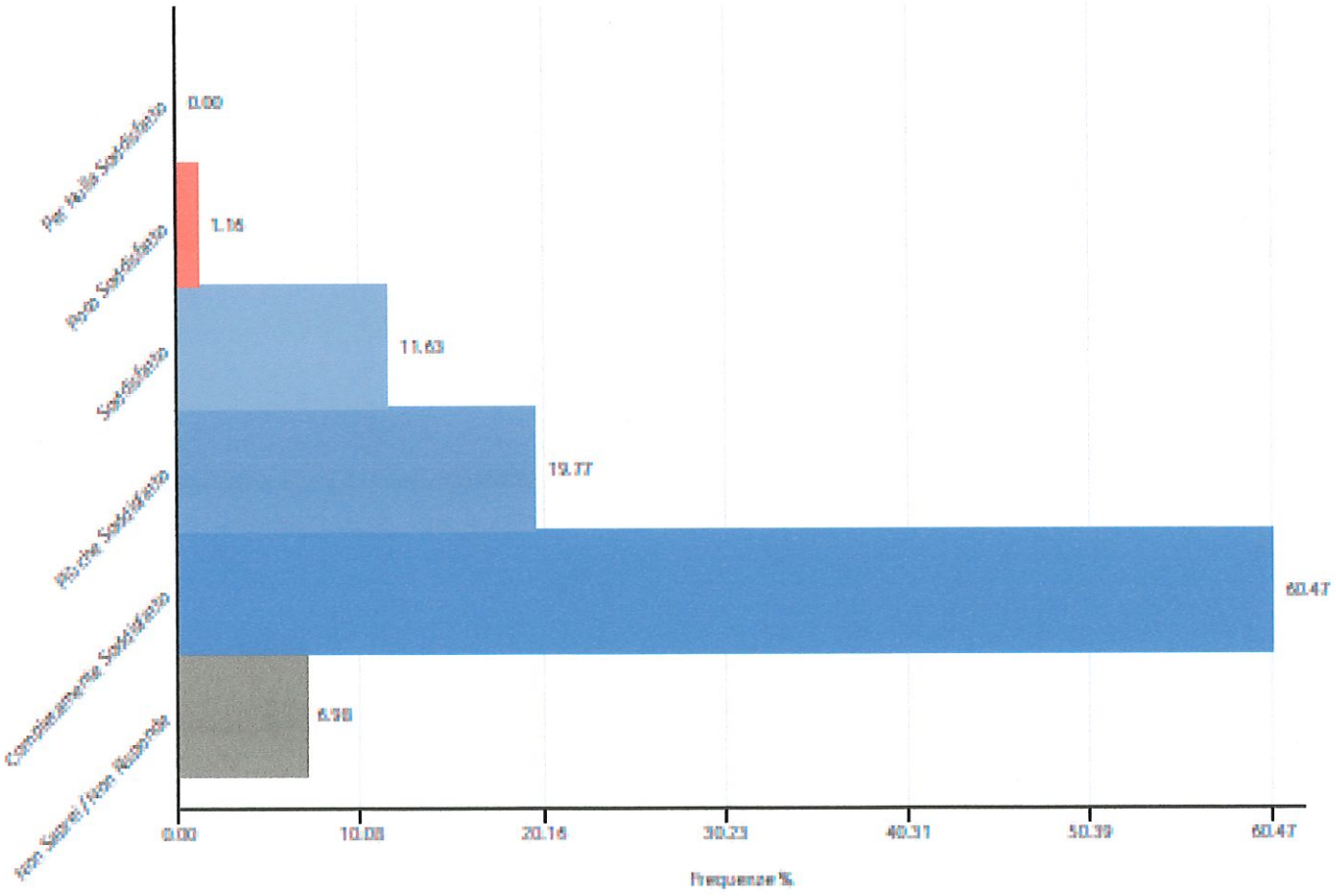
***** Per tutti gli Indicatori di soddisfazione del pz:
A = % (Soddisfatto + Più che Soddisfatto + Completamente Soddisfatto);
B = è il punteggio medio per ogni domanda dato dalla media dei punteggi assegnati ai cinque gradi ordinali di giudizio: -2: Per Nulla Soddisfatto; -1: Poco Soddisfatto; 0: Soddisfatto; 1: Più che Soddisfatto; 2: Completamente Soddisfatto).

Di seguito alcuni dei grafici con i dati dell'indagine 2019:
Periodo di Riferimento: 01/09/2019 - 14/07/2020

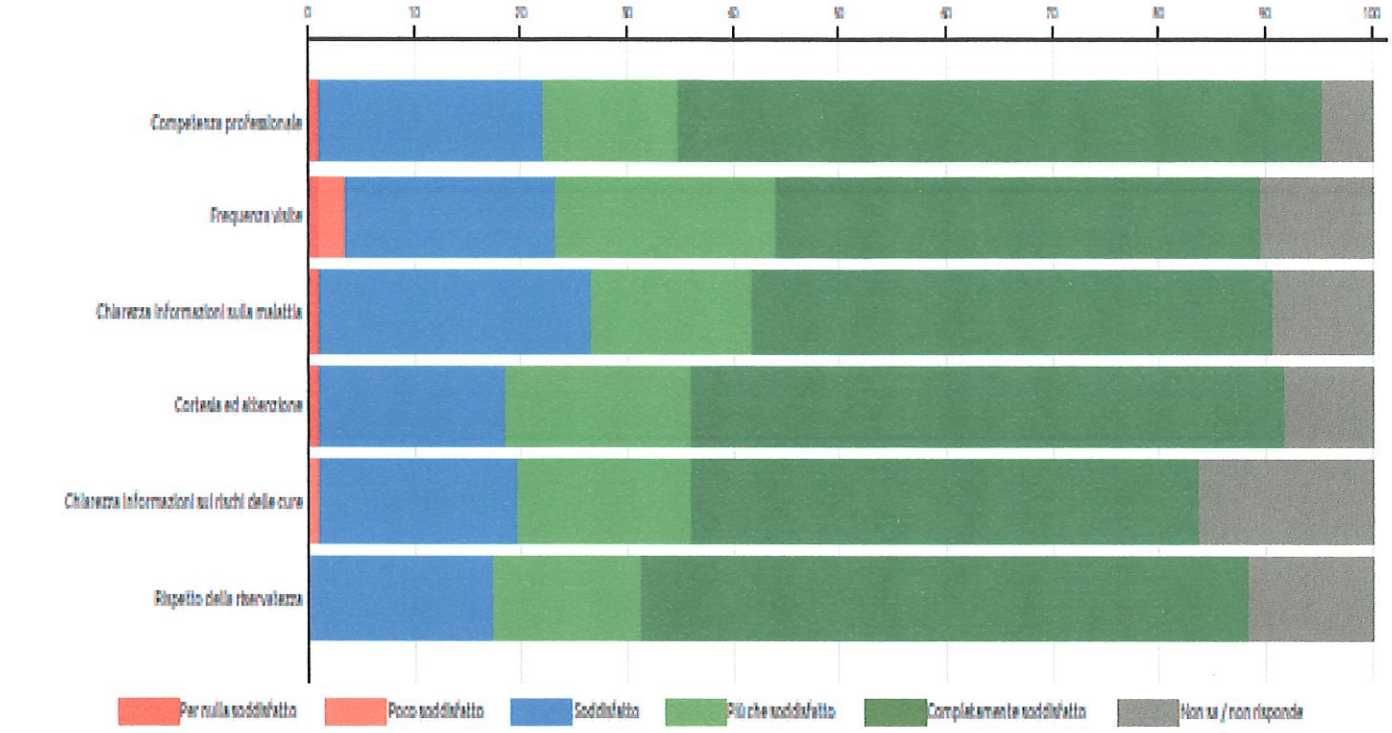
Questionari analizzati: 86
Il campione rappresentativo è stato calcolato sui dimessi anno 2018.
Campione minimo previsto per avere una sufficiente rappresentatività: 83 osservazioni.

I questionari sono stati compilati nel 51% dei casi dal paziente e nel 36% dei casi da un familiare/parente (13% non ha risposto)

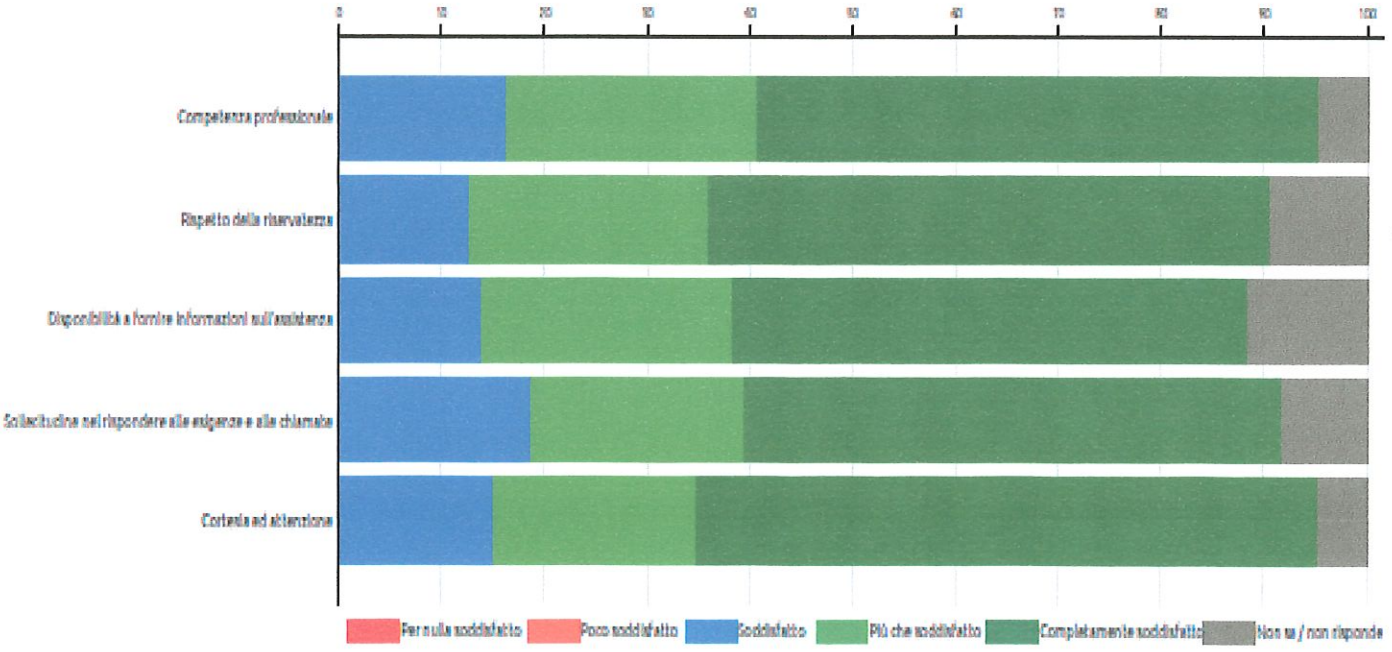
Accoglienza in reparto



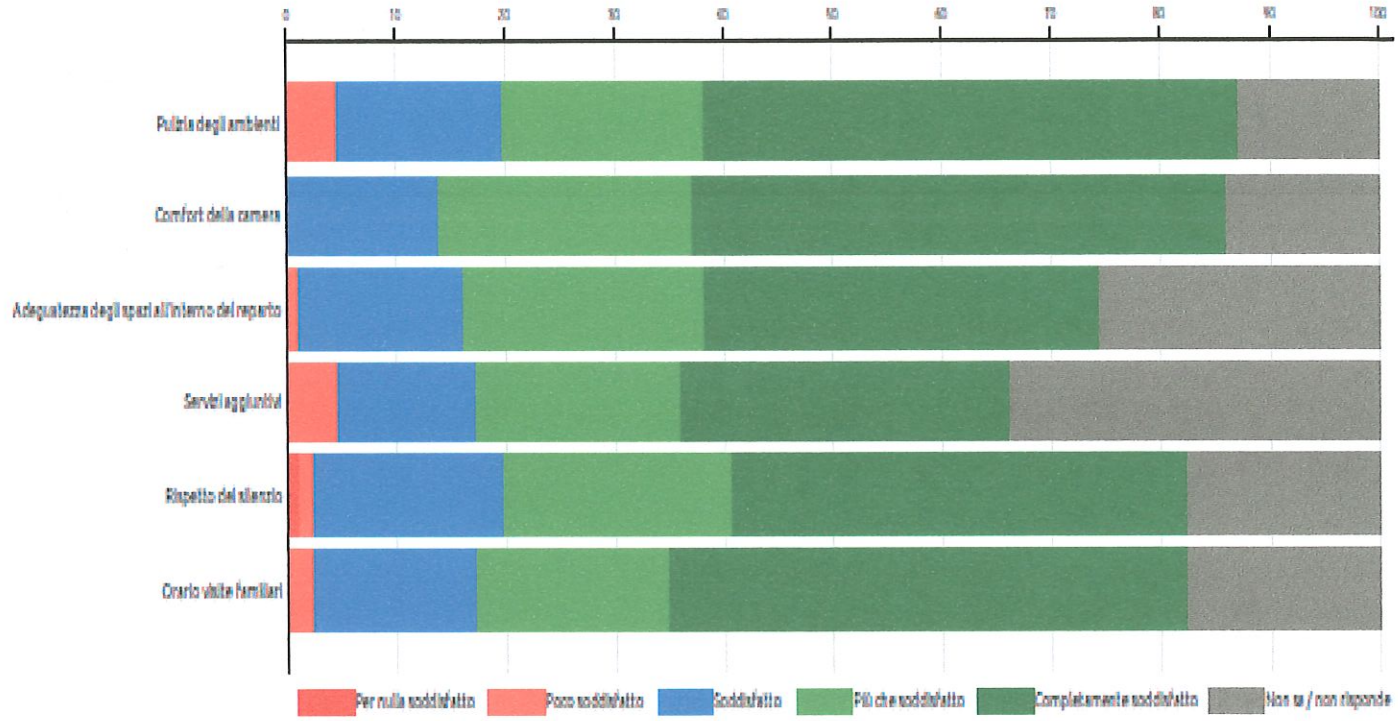
Valutazione di alcuni aspetti del personale medico



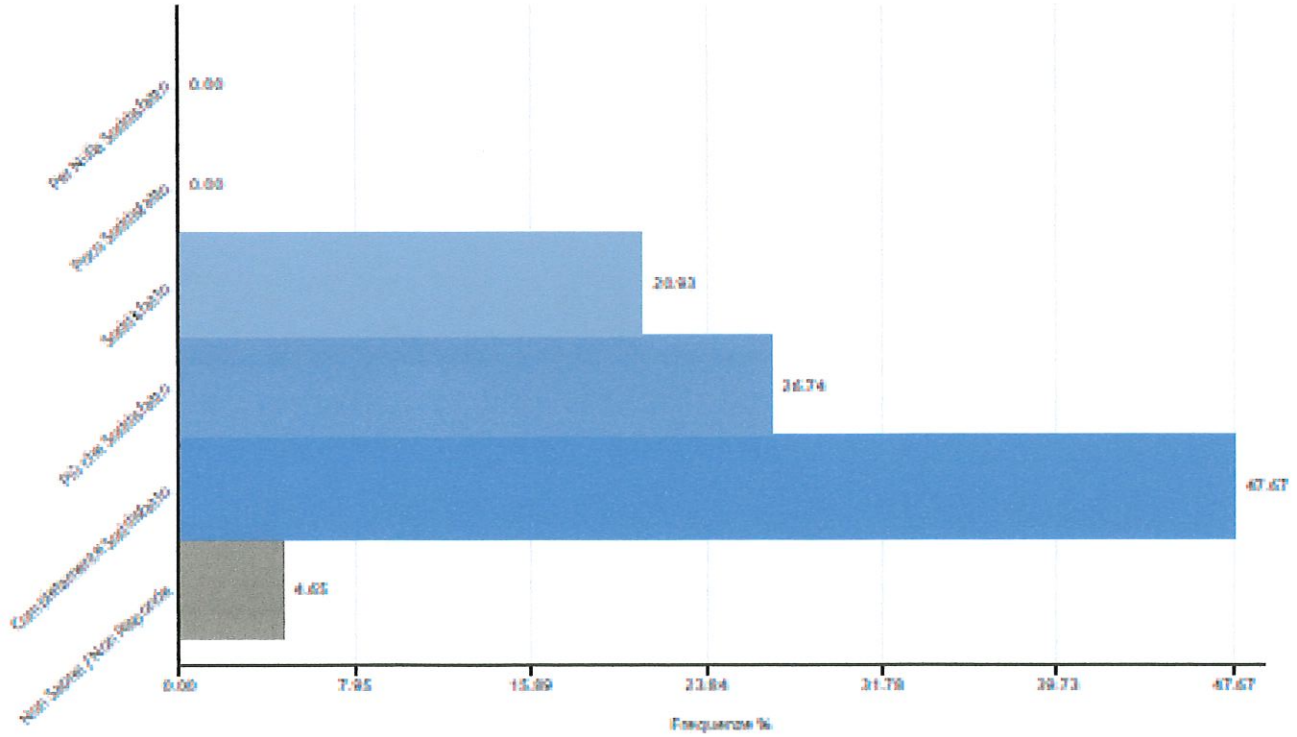
Valutazione di alcuni aspetti del personale infermieristico



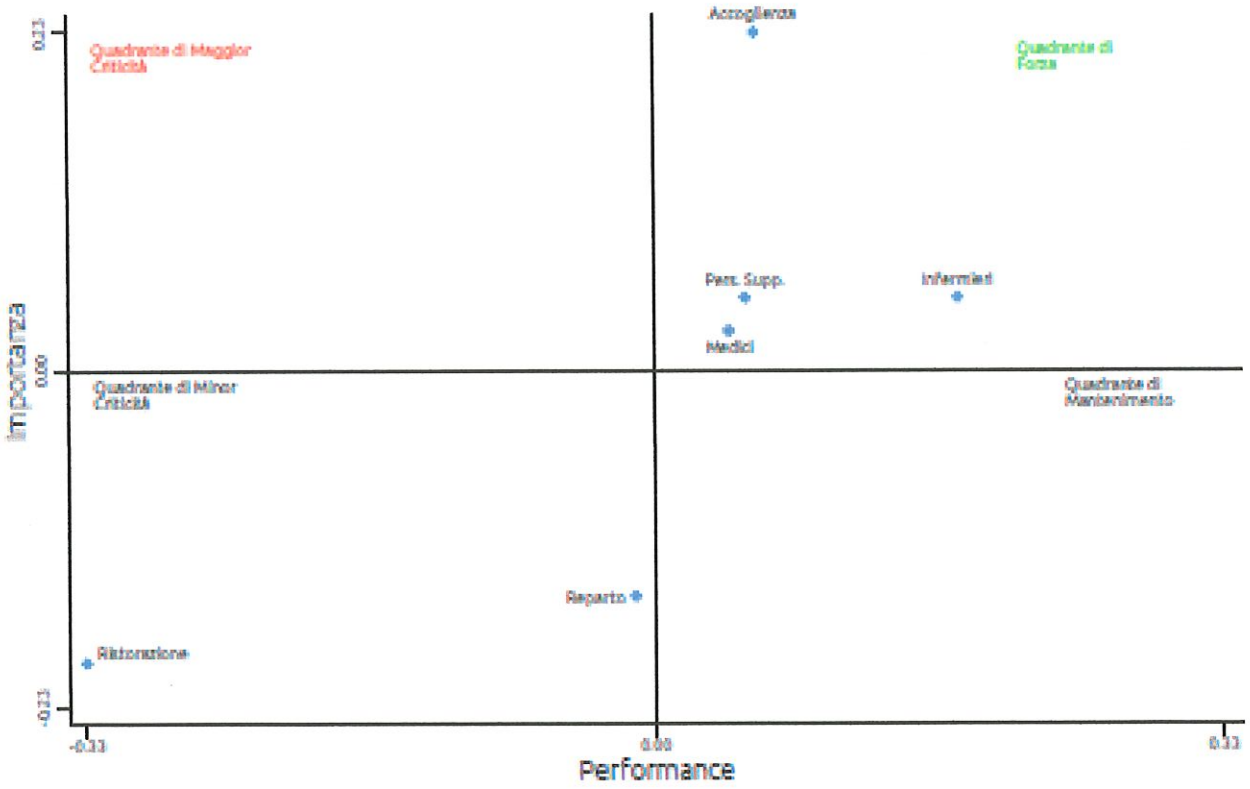
Valutazione di alcuni aspetti inerenti il reparto



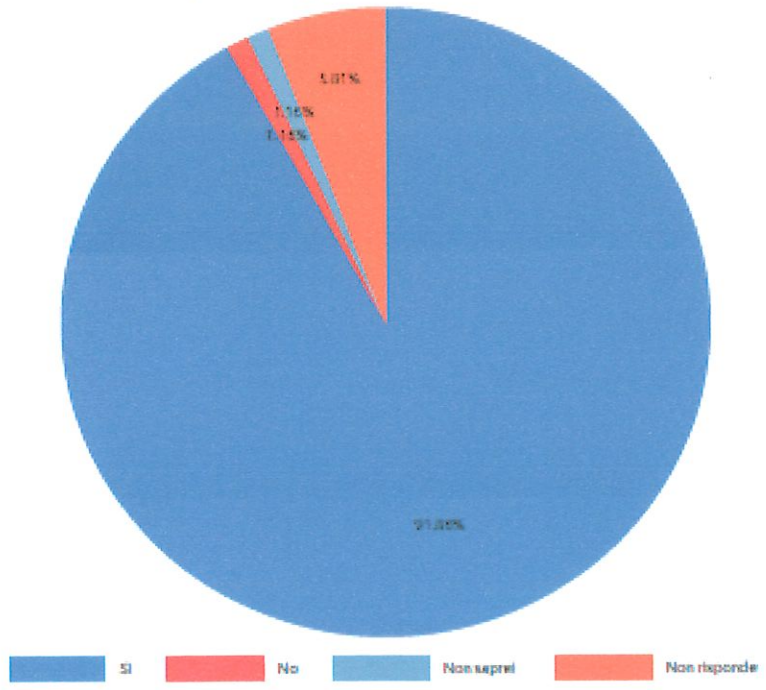
Giudizio complessivo rispetto al ricovero



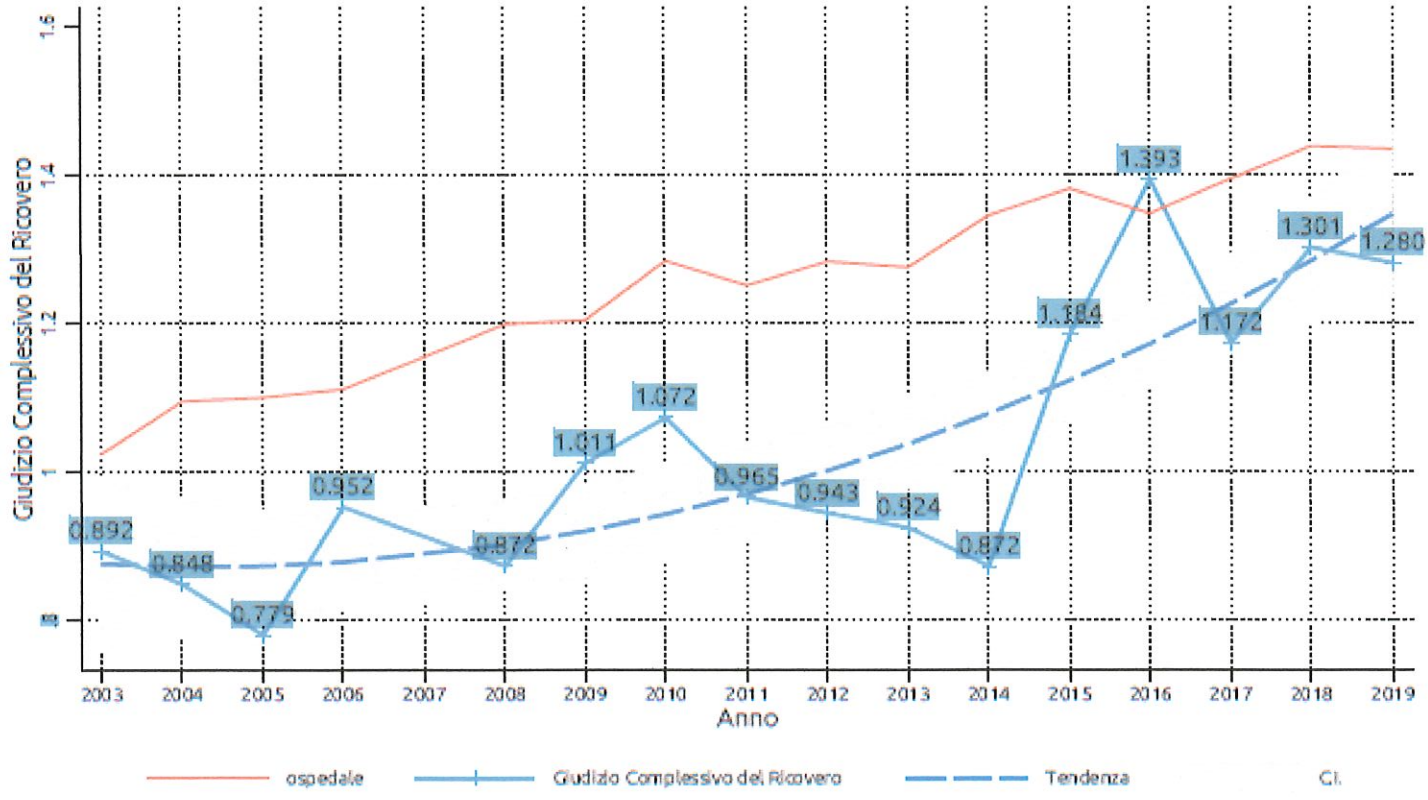
Comparazione 'Performance - Importanza'



Consiglierebbe il ricovero in questo Reparto



GIUDIZIO COMPLESSIVO DEL RICOVERO E CONFRONTO CON GLI ANNI PRECEDENTI E CON IL PUNTEGGIO MEDIO DELL'OSPEDALE



6. Standard, Obiettivi e Indicatori

Le indicazioni per l'Unità operativa seguono una prassi consolidata negli ultimi anni dalla Direzione Amministrativa che indica alcuni obiettivi in relazione alle indicazioni provenienti dall'autorità regionale.

INDICATORI di VOLUME

anno	*n° posti letto*	**n° totale ricoveri ordinari (r.o.)**	**N° di r.o. outliers** (%)	**% in urgenza da P.S.**	**n° totale ricoveri in DH**	**degenza media**	**peso medio ricoveri**
2010	48	1096	n.d.	n.d.	19	15.77	1.20
2011	40[1]	910	n.d.	98	0	13.16	1.18
2012	32.6[2]	730	n.d.	98	8	15.2	1.41
2013	30	692	47 (6.8)	84	1	14.59	1.42
2014	30	687	26 (3.8)	82.6	6	15.13	1.57
2015	24.9[3]	576	23 (4)	84.6	0	15.68	1.65
2016	22.9[4]	519	23 (4.4)	89.4	0	15.9	1.76
2017	25.19[5]	551	27 (4.9)	85.7	0	16.22	1.72
2018	26	620	29 (4.6)	86	4	15.87	1.72
2019	26	675	21 (3.1)	90.6	0	14.4	1.60
benchmark Obiettivo aziendale (Az) o di reparto (R)		Az e R	Az e R	Az e R	Az e R	Az e R	Az
benchmark Riferimento (qualora riscontrabile) e valore atteso		vedi Scheda Obiettivi di Reparto	Dati SDO 2016 Veneto 6,4%	manca dato	Incremento/ mantenimento	riduzione (dati SDO Reg.Veneto)	mantenimento

n.d.: dato non disponibile
[1]: valore medio calcolato su 48 letti dal 1/1 al 30/4/2011, 36 letti dal 1/5 al 31/12/2011
[2]: valore medio calcolato su 36 letti dal 1/1 al 10/6/2012, 30 letti dal 11/6 al 31/12/2012
[3]: valore medio calcolato su 30 letti dal 1/1 al 7/4/15, 24 letti dal 8/4 al 7/9/2015 e 22 letti dal 7/9 al 31/12/2015
[4]: valore medio calcolato su 22 letti dal 1/1 al 15/2/2016, 23 letti dal 16/2 al 31/12/2016
[5]: valore medio calcolato su 23 letti dal 1/1 al 13/6/2017, 27 letti dal 14/6/2017 al 31/12/2017

INDICATORI di QUALITA'

La sottostante tabella mostra il confronto tra la **degenza media effettiva dell'U.O.** (calcolata escludendo i ricoveri di 1 giorno per motivi amministrativi) e la **degenza media regionale di reparti per acuti** per i DRG più frequenti rispettivamente per gli anni 2016, 2017 e 2018.

		2016		2017		2018	
DRG		**D.M. effettiva**	**D.M. regionale**	**D.M. effettiva**	**D.M. regionale**	**D.M. effettiva**	**D.M. regionale**
127	Insufficienza cardiaca e shock	**15,4**	10,6	**14**	10,5	**13**	10,6
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	**16,1**	12,2	**15,8**	12	**14,9**	12,2
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	**18,5**	14,8	**20**	14,4	**18,6**	14,8
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**16,4**	11,5	**15,6**	11,3	**17,1**	11,6

(Fonte: elaborazioni SER su dati SDO Regione Veneto dati 2017-2018)

La tabella sottostante mostra invece il confronto tra **la degenza media effettiva** dell'U.O. negli ultimi 3 anni e la **degenza media nazionale – attività per acuti.** I valori della degenza media nazionale per ciascun DRG sono quelli ottenuti dai Dati SDO 2016, 2017 e 2018 pubblicati rispettivamente nei "Rapporti annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" del maggio 2017, gennaio 2019 e giugno 2019.

		2017		2018		2019	
DRG		**D.M. effettiva**	**D.M. nazionale**	**D.M. effettiva**	**D.M. nazionale**	**D.M. effettiva**	**D.M. nazionale**
127	Insufficienza cardiaca e shock	**14±6**	9,2±7,1	**13±6,2**	9,3±7,2	**13,8±5,9**	n.d.
089	Polmonite semplice e pleurite, età>17 anni con CC	**15,8±7**	11,1±7,7	**14,9±6,2**	11,1 ± 7,9	**13,6±6**	n.d.
576	Setticemia senza ventilazione meccan. =96 ore, età>17 anni	**20±11**	12,9±11,6	**18,6±10,6**	13,3±11,8	**17,9±10,7**	n.d.
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**15,6±8**	9,9±8,0	**17,1±9,2**	10,1±8,2	**17,4±8,5**	n.d.
079	Infezioni e infiammazioni respirat., età>17 anni con CC	**19±10**	15,1±13,5	**20,0±10,8**	14,9±12,7	**15,3±9,5**	n.d.
296	Disturbi della nutrizione e ....., età > 17	**11±4**	8,7±6,9	**9,9±6,2**	8,7±7,1	**12,8±7,2**	n.d.

n.d.: dato non disponibile

Commento: Il dato della **degenza media** dei principali DRG dell'U.O. è superiore al valore della degenza media regionale e nazionale che viene però calcolato nell'ambito delle dimissioni da reparti per acuti e quindi non è rappresentativo dei soli ricoveri in Geriatria; altro fattore da tenere in considerazione è la presenza di valori elevati di deviazione standard. Come già osservato l'indicatore degenza media risente della **elevata complessità dei pazienti ricoverati** (peso medio elevato ed elevato grado di disabilità) e delle **problematiche legate alla continuità assistenziale** caratteristiche tipiche dei pazienti ricoverati in reparti geriatrici.

Per tale motivo diventa importante la valutazione degli indicatori di efficienza ed in particolare il confronto tra gli stessi.

INDICATORI di EFFICIENZA

L'Indice Comparativo di Performance (**ICP**) e l'Indice di CaseMix (**ICM**) sono i due indicatori tipicamente utilizzati per la valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se letti congiuntamente. L'**ICP** è il rapporto tra la degenza media standardizzata per casi di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione (valore nazionale). Pertanto, poiché il procedimento di standardizzazione riporta tutti gli erogatori in condizioni di omogeneità di casistica, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza e l'efficacia dei diversi erogatori rispetto allo standard: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento (poiché la degenza è più breve). **L'ICM,** invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.

Per quanto concerne la nostra U.O. nella tabella sottostante sono mostrati i valori di ciascun indicatore negli ultimi 4 anni.

INDICATORI	**Anno 2015**	**Anno 2016**	**Anno 2017**	**Anno 2018**	**Anno 2019**
ICM = Indice di Case Mix*	1,034	1,100	1,021	1,019	1,021
ICP = Indice Comparativo di Performance**	1,290	1,191	1,336	1,242	1,163
Tasso di occupazione dei posti letto (%)	99,6	98,9	96,7	99,28	98,66

*: è il rapporto tra il peso medio dell'U.O. di riferimento rispetto al peso medio regionale; valore ottimale >1.
**: è il rapporto tra giornate di degenza impiegate raffrontate alla media regionale per U.O. di riferimento; valore ottimale < 1.

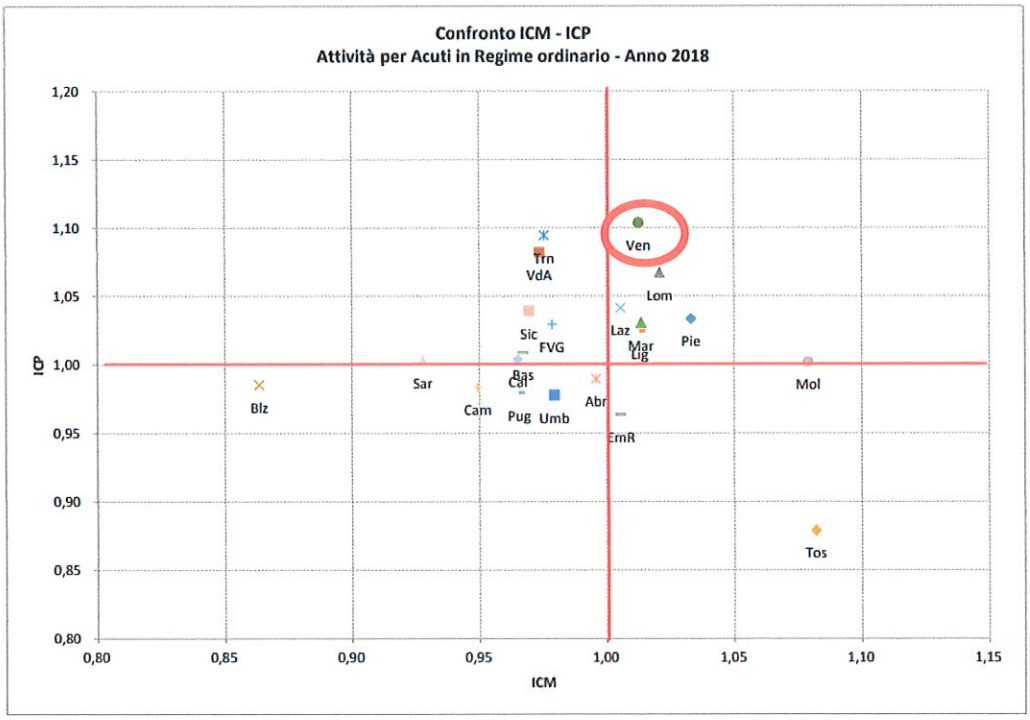
Come già sottolineato nelle caratteristiche dell'U.O. analizzando tra gli indicatori di efficienza l'indice di Case Mix (ICM) si rileva un valore ottimale in quanto maggiore all'1: quindi l'U.O. tratta pazienti con complessità più elevata rispetto allo standard. Risulta sempre al di sopra dell'1 ma in miglioramento l'Indice Comparativo di Performance (ICP) che risente della degenza media superiore a quella regionale per U.O. di riferimento.

Tuttavia **la lettura congiunta di ICM e ICP tramite un grafico a quattro quadranti** risulta particolarmente significativa. Nel grafico sottostante, i valori dell'ICM sono riportati sull'asse delle ascisse, mentre l'ICP su quello delle ordinate. I due quadranti superiori (ICP>1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento, mentre i due quadranti a destra (ICM>1) individuano una maggiore complessità della casistica.

ICM e ICP – Attività per acuti in Regime ordinario – anno 2018

(Tavola estratta da "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" Dati SDO 2018 pubblicato nel giugno 2019 dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria)

REGIONE	ICM	ICP
Piemonte	1,03	1,03
Valle d'Aosta	0,97	1,08
Lombardia	1,02	1,07
P.A. Bolzano	0,86	0,99
P.A. Trento	0,98	1,09
Veneto	1,01	1,10
Friuli V.G.	0,98	1,03
Liguria	1,01	1,02
Emilia Romagna	1,01	0,96
Toscana	1,08	0,88
Umbria	0,98	0,98
Marche	1,01	1,03
Lazio	1,01	1,04
Abruzzo	1,00	0,99
Molise	1,08	1,00
Campania	0,95	0,98
Puglia	0,97	0,98
Basilicata	0,97	1,01
Calabria	0,97	1,00
Sicilia	0,97	1,04
Sardegna	0,93	1,00
ITALIA	**1,00**	**1,00**



Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici, privati accreditati e non accreditati.

L'indice di case-mix (ICM) è calcolato come rapporto fra il peso medio della casistica per Acuti in Regime ordinario dell'erogatore (regione) e del riferimento (Italia).

Per il calcolo del peso medio sono stati impiegati i pesi DRG (versione 24) ex d.m.18/12/2008.

L'indice comparativo di performance (ICP) è calcolato come rapporto fra la degenza media per Acuti in Regime ordinario standardizzata per case-mix dell'erogatore (regione) e del riferimento (Italia).

Per il calcolo del case-mix è stata utilizzata la classificazione DRG versione 24.

Pertanto, **il quadrante superiore destro (ICM>1, ICP>1) individua quegli erogatori in cui la maggiore durata della degenza è ragionevolmente imputabile alla maggiore complessità e non ad inefficienza organizzativa**; la nostra U.O. si colloca in questo quadrante e tale posizione è condivisa con le altre strutture ospedaliere per acuti del Veneto.

Dati estratti da "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" Dati SDO 2018 pubblicati nel giugno 2019 dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Assistenza,%20ospedale%20e%20territorio&area= ricoveriOspedalieri

Outcome clinico

MONITORAGGIO RICOVERI PER SCOMPENSO CARDIACO

Lo **scompenso cardiaco** è una patologia molto frequente tra la popolazione geriatrica: dati epidemiologici americani rilevano un'incidenza pari a 40 per 1000 tra gli ultra-settantacinquenni[1]; nella Regione Veneto i ricoveri annui per tale patologia sono circa 22.000 ed oltre 200.000 in Italia[2,3]. Tale patologia è gravata da importante disabilità e mortalità con costi elevati per i sistemi sanitari nazionali (1-2% della spesa sanitaria dei Paesi industrializzati[4]). Il rilevante costo sanitario è legato anche dalla notevole frequenza di re-ospedalizzazioni che riguarda in particolare i soggetti più anziani, portatori di importanti co-morbidità (fino al 50% a 3 mesi, in una casistica degli anni '90[5]). Le previsioni indicano un trend in aumento per questa condizione morbosa. Il motivo di tale incremento è dovuto a più fattori: l'aumento della vita media che comporta aumento dell'incidenza di tale patologia; la miglior diagnosi e cura dello scompenso cardiaco all'esordio con un aumento della sopravvivenza di tali pazienti che comporterà un futuro aumento della prevalenza di tale condizione morbosa; il progresso nel trattamento di numerose forme di cardiopatia (soprattutto la cardiopatia ischemica) con miglioramento della prognosi "quoad vitam" di soggetti che però, nelle età più avanzate, saranno più a rischio di sviluppare uno scompenso cardiaco[6].

Per uniformare la gestione di tale patologia nei reparti per acuti dell'ospedale (Cardiologia, Geriatria e Medicina), dal 2015 è stato condiviso il **percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) dello Scompenso Cardiaco** che ha coinvolto le suddette tre U.O., Pronto Soccorso e Terapia Intensiva. Tale PDTA è disponibile nella documentazione Intraweb.

Dal **1 gennaio al 31 dicembre 2019** è proseguita la raccolta dati dei pazienti dimessi dalla nostra U.O. con diagnosi di scompenso cardiaco (**DRG 127**) iniziata nel 2014. Nella tabella sottostante sono elencate le **caratteristiche socio-demografiche** suddivise per anno.

Anno di riferimento (n° medio posti-letto)	**2014** (30)	**2015** (25)	**2016** (23)	**2017** (25)	**2018** (26)	**2019** (26)
N° totale ricoveri in U.O. GERIATRIA	702	576	519	551	620	675
N° ricoveri per scompenso cardiaco DRG 127	122	76	58	65	74	92
Eta' media (anni)	85,5	85	86,4	85,7	86,3	86,4
Degenza media (giorni)	15	15	15,4	14	13	14
Mortalità Intraospedaliera % (N°pz deceduti)	9,8 (12)	10,5 (8)	8,6 (5)	7,7 (5)	12 (9)	6,5 (6)

Nel 2019 i ricoveri per scompenso cardiaco (DRG 127) sono stati 92, l'13,6% su un totale di 675 ricoveri. Di questi 92 pazienti, 42 erano maschi (46%) e 50 femmine (54%). Per quanto concerne l'età media suddivisa per sesso essa è risultata maggiore nelle femmine (88,5 vs 83,9 anni); la durata della degenza media è risultata simile nei due gruppi (rispettivamente 14,2 nelle femmine e 14,1 nei maschi). Per quanto concerne il numero di decessi è stato più elevato tra i soggetti di sesso femminile (4 vs 2) di età più avanzata.
Come si evidenzia nella successiva tabella l'**ospedalizzazione** in U.O. di Geriatria ha riguardato soprattutto le classi di età più avanzate; infatti il 67% dei pazienti presentava un'età uguale/superiore a 85 anni. Dal confronto con i dati di ospedalizzazione delle U.O. di Cardiologia e Medicina del nostro Ospedale e con i dati raccolti dal Progetto Regionale dedicato all'Epidemiologia dello scompenso cardiaco in Veneto pubblicato nel febbraio 2010[2], si evince che le classi di età maggiormente rappresentate nei reparti per acuti sono sempre quelle più anziane, anche in setting di degenza "meno geriatrici"; tuttavia in ambiente geriatrico è preponderante la presenza delle fasce di età più alte (oltre i 75 anni: oltre il 96% in U.O. Geriatria vs 79% in U.O. di Medicina e 65% in U.O. di Cardiologia – dati stratificati per età disponibili solo per il 2012).

Distribuzione per fasce di età: confronto tra le U.O. del nostro Ospedale					
	U.O. Geriatria	**U.O. Geriatria**	**U.O. Medicina**	**U.O. Cardiologia**	**Reparti per acuti Dati SER Veneto[2]**
Periodo in esame	da 01/01/18 a 31/12/18	da 01/01/19 a 31/12/19	da 01/07/18 a 30/06/19	da 01/01/12 a 31/12/12	2008
Numero Ricoveri per scompenso cardiaco	74	92	84	71	22.712
<65 anni	0%	0%	9,5%	17%	9,1%
65-74 anni	4,1% (3 paz)	2,2% (2 paz)	10,8%	18%	17,5%
75-84 anni	28,3% (21 paz)	30,4% (28 paz)	32,1%	44%	40,3%
85 e oltre	67,6% (50 paz)	67,4% (62 paz)	47,6%	21%	33,2%

Le **COMORBIDITA'** di cui erano affetti i pazienti ricoverati nella nostra U.O. espresse in % e suddivise per anno sono mostrate di seguito in formato tabellare.

Anno di riferimento	***2016***	***2017***	***2018***	***2019***
Comorbidità	(%)	(%)	(%)	(%)
Cardiopatia ischemica	24,5	26,1	25,6	25
Frazione di eiezione all'ecocardiog. < 35%	22,8	21,5	18,9	17,4
Fibrillazione Atriale (FA)	63	61,5	75,7	74
PM a dimora / ICD	15,7	20	28,4	30,4
Insuff. Renale cronica (IRC)	64,9	69,2	71,6	69,6
Diabete mellito tipo 2	31,6	33,8	21,6	28,3
Anemia	21	21,5	17,6	27,2
Bronco pneumopatia cronica ostruttiva	17,5	24,6	18,9	27,2
Arteriopatia obliterante arti inferiori	7	3	2,7	2,2
Ipotiroidismo	5,2	15,4	6,7	10,9
Ipertiroidismo	5,2	7,7	8,1	5,4
Stroke	3,5	4,6	6,7	4,3

Va sottolineato il grado elevato di comorbidità presente nella popolazione in esame ed il rilievo di una percentuale elevata di pazienti con FA ed IRC. Dell'intera popolazione in esame il 17,4% risultava avere una funzione contrattile del ventricolo sinistro medio-severamente scaduta (FE stimata <35%) alla valutazione ecocardiografica.

Parametri clinici e laboratoristici

I valori medi di pressione arteriosa sistolica, diastolica, frequenza cardiaca, BNP e peso corporeo all'ingresso ed alla dimissione degli **86 pazienti sopravvissuti** (età media 86,2 e degenza media 14,5) sono riportati di seguito con la variazione percentuale degli stessi.
La tabella mostra anche la variazione percentuale ottenuta nel 2018.

	Ingresso	**Dimissione**	**Delta %**	Delta % 2018*
PAS (mmHg)	139	119	-14,4	- 16,2
PAD (mmHg)	79	67	-15,2	- 18,5
FC (bpm)	92	75	-18,4	- 19,6
BPN (pg/mL)	1042	703	-32,5	- 45,5
Peso (kg)	85,6	71,9	-16	- 4,6

PAS: pressione arteriosa sistolica, PAD: pressione arteriosa diastolica, FC: frequenza cardiaca, BNP: peptide natriuretico atriale.
**Delta riferito alla variazione degli stessi parametri nel 2018*

La riduzione dei valori di BNP oltre il 30% è un indicatore di efficacia della terapia[7].

Terapia prescritta alla dimissione

I dati riguardanti la terapia prescritta alla dimissione sono mostrati di seguito; anche in questo caso sono espressi in percentuale e confrontati con quelli degli anni precedenti.
Si sottolinea che, stante un riscontro di fibrillazione atriale nel 74% di soggetti, a fronte di un gruppo di anziani con elevata età media (86,2 anni) e con oltre il 67% dei soggetti over 85, i pazienti trattati con anticoagulanti sono in una discreta percentuale (50%).

Durante la degenza il 97% dei pazienti è stato trattato con **terapia diuretica endovenosa.**

Anno di riferimento	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Pazienti dimessi (n°)	53	60	65	86
terapia farmacologica alla dimissione (%):				
furosemide	100	93,3	93,8	98,8
beta-bloccanti	67,9	76,7	67,7	69,7
ACE-I o ARB	28,3	20	23,1	19,7
terapia anticoagulante (AVK+DOAC)	49	46,7	69,2	50
terapia antiaggregante	30	31,7	26,1	26,7
antialdosteronici	37,7	30	40	46,5
digitale	20,7	18,3	21,5	20,9
amiodarone	1,9	3,3	0	1,2
ivabradina	1,9	6,7	1,5	0
ranolazina	3,8	3,3	4,6	1,2

Indicatori di qualità dei processi assistenziali e di esito nei pazienti con scompenso cardiaco.

Come indicatori di qualità dei processi assistenziali e di esito per questa patologia abbiamo scelto quelli utilizzati nel Rapporto "Lo Scompenso Cardiaco nel Veneto" redatti dal SER Veneto nel 2010[2].

- Proporzione di soggetti con valutazione della funzione sistolica
- Proporzione di soggetti con prescrizione di ACE-inibitore o di bloccante il recettore dell'angiotensina
- Proporzione di soggetti con prescrizione di beta-bloccante in assenza di controindicazioni
- Prescrizione di anticoagulanti nei soggetti con fibrillazione atriale
- Mortalità intra-ospedaliera
- Ospedalizzazione per scompenso cardiaco entro 3 mesi dalla dimissione

Proporzione di soggetti con valutazione della funzione sistolica.

Nella nostra casistica abbiamo riscontrato una valutazione ecocardiografica con misura della funzione sistolica in 41 su 92 soggetti (45%). Tale valore si colloca sopra la media registrata nelle U.O. di Geriatria (22%) e Medicina (31%) della nostra regione e si colloca anche sopra la media riferita al totale delle strutture ospedaliere del Veneto (38.5%)[2]. Nei reparti di Cardiologia del Veneto tale valutazione si riscontra nel 75% dei casi[2].

Proporzione di soggetti con prescrizione di ACE-inibitore o di bloccante il recettore dell'angiotensina in assenza di controindicazioni.

I soggetti con prescrizione di tali farmaci alla dimissione sono stati 17, cioè il 19,7%; nei restanti pazienti il farmaco non è stato somministrato per la presenza di controindicazioni (prevalentemente per presenza di ipotensione, elevato grado di IRC o iperkaliemia).

Proporzione di soggetti con prescrizione di beta-bloccante in assenza di controindicazioni.

I soggetti con prescrizione di beta-bloccante alla dimissione sono stati 60 (69,7%); nella maggior parte dei restanti pazienti tali farmaci erano controindicati prevalentemente per la presenza di ipotensione. Tale proporzione di prescrizione alla dimissione risulta comunque essere superiore alla proporzione media riscontrata nelle strutture ospedaliere del Veneto che è risultata del 31% (20.3% e 24.6% rispettivamente per le U.O. di Geriatria e Medicina)[2].

Prescrizione di anticoagulanti orali nei soggetti con fibrillazione atriale.

I soggetti dimessi con una diagnosi concomitante di fibrillazione atriale (già nota o di nuova identificazione) sono stati 63 (73%), di questi 43 avevano una prescrizione di anticoagulanti orali (50%). Tale rilievo risulta superiore a quello medio regionale che è stato del 38.4%; ancora più evidente risulta la differenza se si confronta con le UO di Geriatria (26%) e Medicina (41%) della nostra regione[2].

Mortalità intra-ospedaliera.

La mortalità intra-ospedaliera (6,5%; 6 soggetti su 92) è in riduzione rispetto agli anni precedenti. Tale dato di mortalità è inferiore rispetto a quello regionale dello studio SER del 2010 (17%)[2], ma il ridotto numero di eventi che riguarda una piccola popolazione rispetto alla popolazione presa in esame nel rapporto regionale non consente un reale confronto. Va ricordato inoltre che la casistica comprende solo soggetti con DRG 127 in diagnosi principale ed esclude gli altri DRG che potrebbero includere l'insuff. cardiaca quale il DRG 87.

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco entro 3 mesi dalla dimissione.

Le ri-ammissioni entro 3 mesi nella nostra U.O. hanno riguardato 6 soggetti; vi sono state inoltre altre 5 ri-ammissioni in Medicina Generale e 2 in Cardiologia. Quindi Il tasso di ri-ospedalizzazione entro 3 mesi per scompenso cardiaco nei pazienti dimessi dalla nostra U.O. con la stessa diagnosi (DRG 127) all'interno del nostro ospedale è risultato del 15% (13/86). Tale dato risulta essere in linea con il dato medio regionale che è del 16%[2] ma va sempre tenuto conto che ci troviamo di fronte ad una popolazione piccola.

Per quanto concerne **l'applicazione del PDTA dello Scompenso Cardiaco** la nostra U.O. è stata coinvolta il 10 dicembre u.s. in un audit clinico con le altre U.O. interessate dal percorso. Da tale elaborato disponibile nella documentazione Intraweb è emerso: "... Sostanziale adeguatezza, rispetto al PDTA, in termine di appropriatezza di ricovero e follow up; ottima aderenza agli standard clinico-assistenziali, durante la degenza (monitoraggi dei parametri clinici ed esecuzione di diagnostica strumentale) , rispetto delle attese in confronto ai benchmarking. ...".

BIBLIOGRAFIA:

1. The epidemiology of heart failure. Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, et Al., Eur Heart J 1997; 18:208-225.
2. Sistema Epidemiologico Regionale (SER) Veneto, 2010: "Lo Scompenso Cardiaco in Veneto". www.ser-veneto.it
3. Sistema Epidemiologico Regionale (SER) Veneto gennaio 2017: "L'ospedalizzazione in Veneto dal 2006 al 2015". www.ser-veneto.it
4. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. Mc Murray JJ, Stewart S. Heart 2000; 83:596-602
5. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. Rich MW, Beckham V., Wittenberg C, et Al. N Engl J Med 1995; 333: 1190 – 95.

6. La pandemia di Insufficienza Cardiaca. Randall C. Starling; Eric J. Topol, Testbook of Cardiovascular Medicine, cap. 73, Ed. Lippincott Williams & Wilkins (3° edizione).

7. Optimizing fluid management in patients with acute decompensated heart failure (ADHF): the emerging role of combined measurement of body hydration status and brain natriuretic peptide (BNP) levels. Valle R, Aspromonte N, Milani L, et al. Heart Fail Rev 2011;16: 519-29.

SCOMPENSO CARDIACO
Dati Programma Nazionale Esiti (PNE), Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Indicatori di esito: confronto tra le Strutture Ospedaliere dell'ULSS 9 Scaligera con volume maggiore di 50 pazienti/anno; anni 2016, 2017 e 2018

2016 Mortalità a 30 giorni - confronto con la media nazionale

STRUTTURA	*PROV*	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
In Italia		137541	10,37	-	-	-
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	640	8,91	8,94	0,86	0,257
Osp. per Acuti-Legnago	VR	380	10,53	11,25	1,08	0,604
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	236	11,02	9,66	0,93	0,715
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	192	5,73	5,41	0,52	0,030
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	182	15,93	13,83	1,33	0,119
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	143	11,89	11,38	1,10	0,701
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar* (Paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127)	VR	128 (58)	4,69	4,42	0,43	0.037
Osp. Magalini – Villafranca	VR	59	6,78	4,95	0,48	0,140

*Struttura che ha eseguito un audit sulla qualità dei dati nel 2016

2017 Mortalità a 30 giorni - confronto con la media nazionale

STRUTTURA	*PROV*	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
In Italia		132862	10,98	-	-	-
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	630	9,21	9,24	0,84	0,187
Osp. per Acuti-Legnago	VR	340	11,47	11,31	1,03	0,853

Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	237	13,5	12,18	1,11	0,558
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	177	7,91	7,52	0,68	0,154
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	167	10,18	8,97	0,82	0,402
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (Paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127)	VR	144 (65)	4,86	4,18	0,38	0,011
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	142	9,86	10,45	0,95	0,851
Osp. Magalini - Villafranca	VR	79	12,66	9,8	0,89	0,722

2018 Mortalità a 30 giorni - confronto con la media nazionale

STRUTTURA	*PROV*	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
In Italia		124502	10,3			
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	549	8,38	8,13	0,79	0,13
Osp. per Acuti-Legnago	VR	316	11,39	11,24	1,09	0,63
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	208	9,62	7,36	0,71	0,16
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	167	7,78	7,16	0,70	0,21
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (Paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127)	VR	149 (74)	8,72	7,26	0,71	0,23
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	122	13,8	11,89	1,15	0,59
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	93	10,7	9,92	0,96	0,91
Osp. Magalini – Villafranca	VR	91	8,79	7,62	0,74	0,42

2016 Riammissioni ospedaliere a 30 giorni confronto con la media nazionale

STRUTTURA	*PROV.*	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
In Italia		100498	14,72	//		
A.O.U.U. Ospedale Civile Maggiore-Verona	VR	467	15,85	15,85	1,08	0,492
Osp. per Acuti-Legnago	VR	291	15,81	15,2	1,03	0,816
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	181	11,05	11,12	0,76	0,187
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	146	12,3	11,94	0,81	0,35
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	134	18,66	20,78	1,41	0,052
Osp. Class. Sacro Cuore -Negrar	VR	108	15,74	14,87	1,01	0,965

Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	108	23,15	23,61	1,6	0,008
Osp. Magalini – Villafranca	VR	50	20	21,48	1,46	0,178

2017 Riammissioni ospedaliere a 30 giorni confronto con la media nazionale

STRUTTURA	*PROV*	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
In Italia		97927	14,68			
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	476	15,34	15,47	1,05	0,629
Osp. per Acuti-Legnago	VR	281	13,52	13,40	0,91	0,552
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	184	13,04	12,69	0,86	0,451
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	132	16,67	16,64	1,13	0,523
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	126	14,29	16,00	1,09	0,689
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar	VR	117	16,24	15,51	1,06	0,797
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	99	25,25	25,88	1,76	0,001
Osp. Magalini - Villafranca	VR	59	18,64	20,09	1,37	0,244

2018 Riammissioni ospedaliere a 30 giorni confronto con la media nazionale

STRUTTURA	*PROV*	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
In Italia		92793	14,37			
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	420	12,38	12,18	0,85	0,26
Osp. per Acuti-Legnago	VR	253	14,23	13,95	0,97	0,87
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	159	10,06	9,95	0,69	0,165
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	134	11,9	11,28	0,78	0,36
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar	VR	114	14,9	14,65	1,02	0,94
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	92	17,39	18,49	1,29	0,36
Osp. Magalini - Villafranca	VR	74	10,8	10,29	0,72	0,37
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	67	10,45	10,4	0,72	0,42

Indicatori di esito: confronto della nostra struttura con anno precedente e con Benchmark

2016 Mortalità a 30 giorni						
	PROV	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
Confronto con anno precedente	VR	128	4,69	4,42	0,97	0,959
Confronto con Benchmark	VR	128	n.d.	n.d.		

n.d.: dato non disponibile

2017 Mortalità a 30 giorni						
	PROV	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
Confronto con anno precedente	VR	144	4,86	4,18	1,07	0,904
Confronto con Benchmark	VR	144	4,86	4,18		

2018 Mortalità a 30 giorni						
	PROV	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
Confronto con anno precedente	VR	149	8,72	7,26	0,38	0,011
Confronto con Benchmark	VR	149	8,72	7,26		

2016 Riammissioni ospedaliere a 30 giorni						
	PROV	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
Confronto con anno precedente	VR	108	15,74	14,87	0,98	0,934
Confronto con benchmark	VR	108	n.d.	n.d.		

n.d.: dato non disponibile

2017 Riammissioni ospedaliere a 30 giorni						
	PROV	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
Confronto con anno precedente	VR	117	16,24	15,51	0,86	0,590
Confronto con benchmark	VR	117	16,24	15,51		

2018 Riammissioni ospedaliere a 30 giorni						
	PROV	*n°*	*% GREZZA*	*% ADJ*	***RR***	*P*
Confronto con anno precedente	VR	114	14,9	14,6	1,06	0,79
Confronto con benchmark	VR	114	14,9	14,6		

Guida alla lettura:
- **RISCHIO GREZZO X 100 (% grezza):** è il rischio percentuale calcolato *non tenendo conto dei fattori di confondimento*; è dato dal rapporto tra numero di soggetti considerati per quel particolare indicatore e numero di soggetti esposti al rischio;
- **RISCHIO AGGIUSTATO X 100 (% ADJ):** è il rischio percentuale *corretto per i fattori di confondimento: età, genere, comorbidità, altri fattori di rischio*;
- **RISCHIO RELATIVO (RR ADJ):** è il rapporto tra i 2 precedenti rischi e consente il confronto rispettivamente con la MEDIA NAZIONALE, l'ANNO PRECEDENTE e il BENCHMARK; nel caso del nostro indicatore un valore >1 indica un aumento del rischio;
- **PROBABILITA' (P):** è espressione della significatività del dato: se uguale o inferiore a 0,05 il dato è considerato statisticamente significativo.

COMMENTO:

I risultati dell'edizione 2019 di PNE sui dati aggiornati al 2018 riguardo la gestione dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco alla dimissione dai reparti di Cardiologia**, Geriatria** e Medicina del nostro Ospedale confermano i risultati positivi già evidenziati negli anni passati.
Per quanto concerne **l'indicatore mortalità a 30 giorni** nel 2018 come negli anni precedenti, il rischio relativo è significativamente inferiore a 1 denotando un andamento positivo tuttavia il dato per la ridotta numerosità non è statisticamente significativo.
Per quanto riguarda l'indicatore **riammissioni ospedaliere a 30 giorni** il rischio relativo permane di poco superiore a 1 e quindi ulteriormente migliorabile.

I **confronti con gli anni precedenti** per il 2018 denotano un miglioramento del rischio relativo per l'indicatore mortalità a 30 giorni (dato statisticamente significativo) mentre l'indicatore riammissioni ospedaliere a 30 giorni mostra un RR fluttuante intorno all'1 e quindi anch'esso migliorabile.

Outcome clinico

MONITORAGGIO LESIONI DA DECUBITO 2019

La prevalenza di lesioni da decubito (LDD) nei pazienti ospedalizzati varia dal 4,7 al 32,1%[1]. La gestione delle lesioni da decubito si basa sul protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito alla cui redazione nel 2018 ha partecipato anche l'U.O. di Geriatria [2-5].

Dal 1 gennaio 2018 è cambiata la modalità di registrazione delle medicazioni delle lesioni da decubito. I dati relativi alle medicazioni non vengono più registrati su supporto cartaceo ma vengono registrati sulla cartella clinica informatizzata.

Le sottostanti tabelle permettono di valutare l'andamento della gestione delle LDD negli ultimi anni.

Analisi quantitativa:

anno 2019	Nuove lesioni	Guarite	Migliorate	Peggiorate	Invariate	totale lesioni trattate	n° pazienti trattati
n°	69	33	13	10	175	231	149
% (sul totale delle lesioni)	29.9	14.3	5.6	4.3	75.8		

Andamento negli anni del numero di lesioni:

anno	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*
% nuove lesioni	3,1	5,0	0,3	4,4	4,4	4,2	13,9	3,3	13	18,6	8,7	20	29.9
% guarite	15,6	7,3	17,6	18,1	19,6	16,3	19,0	23,9	16,3	21,6	8,7	n.d.	14.3
% migliorate	17,9	29,8	38,6	33,3	42,6	23,5	21,5	44,6	43,1	39,2	43,5	n.d.	5.6
% peggiorate	3,1	3,4	0,0	0,5	1,0	4,2	3,8	0	3,3	4,9	3,3	n.d.	4.3
% invariate	63,4	59,5	43,5	45,6	36,8	47,0	55,7	31,5	37,4	34,3	44,6	n.d.	75.8
n° lesioni	262	262	306	204	204	166	79	92	123	102	92	190	231

Andamento negli anni del numero di pazienti coinvolti:

anno	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*
n° pazienti ricoverati	960	1062	1142	1096	910	730	692	687	576	519	551	620	675
peso medio dei ricoveri	1,16	1,15	1,16	1,2	1,18	1,41	1,42	1,56	1,65	1,76	1,72	1.71	1.6
n° pazienti con lesioni	131	134	128	103	108	86	48	45	60	56	48	107	149
n° pazienti con nuove lesioni	4	6	1	7	3	4	8	3	13	10	5	40	57
% paz. con nuove lesioni/n° paz. con lesioni	3,1	4,5	0,8	6,8	2,8	4,7	16,7	6,7	21,7	17,9	10,4	37	38.3
% paz. con nuove lesioni/n° paz. ricoverati	0,4	0,6	0,1	0,6	0,3	0,5	1,2	0,4	2,3	1,9	0,9	6,4	8.4

Nel 2019 sono stati rilevati 149 pazienti con LDD (in aumento rispetto ai precedenti 107 del 2019), con aumento dei pazienti con nuove lesioni (57, 8.4% dei pz ricoverati rispetto 40, 6.4% del 2018). In questi 57 pazienti (di cui 16 presentavano già altre LDD all'ingresso) sono state registrate 69 nuove LDD insorte durante la degenza.
Delle LDD di nuova insorgenza, 35 erano lesioni di grado I (7 guarite, 28 rimaste stazionarie), 26 erano di II grado (7 guarite e 19 stazionarie), 7 erano lesioni di III grado e 1 di IV grado.

Gli ultimi 2 gruppi (lesioni di III e IV grado) erano relative a 7 pazienti in condizioni cliniche molto critiche che sono evolute in exitus in 4 casi.
L'analisi della sede di insorgenza delle nuove LDD ha fatto emergere che delle 34 LDD di II, III e IV grado, 15 sono insorte ai talloni, 9 al sacro e 10 in altre sedi.

Commento:
Persiste nel 2019 l'incremento dei pazienti con LDD e soprattutto dei pazienti con nuove lesioni (57, 8.4% dei pz ricoverati) già rilevato nel 2018 quando è cambiata la modalità di registrazione delle medicazioni delle lesioni da decubito con passaggio della raccolta dati da supporto cartaceo a supporto informatizzato.
Nei 57 pazienti con nuove lesioni (16 di questi, cioè il 28%, già con altre LDD all'ingresso e quindi particolarmente defedati) sono state registrate 69 nuove LDD insorte durante la degenza. Di queste 69 lesioni 61 (88,4%) sono lesioni di 1° e 2° grado (rispettivamente 35 e 26). Tale incremento, valutando anche i numeri particolarmente ridotti degli anni precedenti, è verosimilmente secondario all'aumentata "accuratezza" del personale che, dopo anni di formazione e raccomandazioni di non trascurare la rilevazioni delle lesioni da decubito sin dalla prima alterazione cutanea, ha iniziato a registrare e trattare sin dall'ingresso ogni minima lesione (compilazione scala di Braden ed eventuale assegnazione materasso idoneo sin dall'ingresso). La persistenza di peso medio del DRG al dì sopra dell'1,6 con un indice di Case Mix al di sopra dell'1, espressione di una casistica di complessità elevata rispetto allo standard, implica che i pazienti siano soggetti gravati da patologia severa, con più comorbidità e complicanze. I dati della letteratura sottolineano come in tali soggetti particolarmente ad alto rischio, la comparsa e l'aggravamento di una lesione da decubito può essere repentina e richiedere poche ore. Il trattamento delle nuove lesioni di grado 1 e 2 può essere considerato soddisfacente (complessivamente 14 guarite e 47, cioè il 77% stazionarie) soprattutto considerando la degenza media di 14,4 giorni in netta riduzione rispetto agli anni precedenti. Per quanto concerne le 8 lesioni più gravi di III e IV grado sono comparse in 7 pazienti in condizioni cliniche molto critiche che hanno portato all'exitux 4 di questi. Si tratta quindi di lesioni che insorgono prevalentemente in malati in fase terminale, malnutriti e totalmente immobili, quindi lesioni difficilmente evitabili e migliorabili.

La tabella sottostante riassume il numero di pazienti con LDD come diagnosi principale di dimissione sottoposte a debridement (DRG 263) o medicate [1] (DRG 271) dal 2011 al 2018:

	n° posti letto	**n° totale ricoveri ordinari (r.o.)**	**Numero annuo di pazienti con lesioni da decubito trattati**	**DRG 263**	**DRG 271**
2014	30	687	45	4	10
2015	24,9[1]	576	60	11	9
2016	22,9[2]	519	56	7	3
2017	25,19[3]	551	48	1	1
2018	26	620	107	1	7
2019	26	675	149	1	2

[1]: valore medio calcolato su 30 letti dal 1/1 al 7/4/15, 24 letti dal 8/4 al 7/9/2015 e 22 letti dal 7/9 al 31/12/2015
[2]: valore medio calcolato su 22 letti dal 1/1 al 15/2/2016, 23 letti dal 16/2 al 31/12/2016
[3]: valore medio calcolato su 23 letti dal 1/1 al 13/6/2017, 27 letti dal 14/6/2017 al 31/12/2017

BIBLIOGRAFIA:

1- Vanderwee K et al. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract 2007; 13: 227-235.
2- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
3- Saiani L., Brugnolli A. Trattato di Cure Infermieristiche. Edizioni Sorbona. 2011
4- Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenza Territoriale – Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016.
5- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014. Pressure ulcer: prevention and management. Clinical Guideline. Published: 23 aprile 2014

ALTRI INDICATORI:

Cadute

	Numero cadute in reparto e % rispetto ai ricoverati (%)	**Tasso di caduta** x 1000 giorni di ricovero U.O. (MEDIA OSPEDALE)	**N° paz. con fratture**
2014	33 (4.8%)	3,2	1
2015	28 (4,8%)	3,1	0
2016	32 (6,17%)	3,8	2
2017	23 (4,17%)	2,57	0
2018	30 (4,8 %)	3,07 (1,36)	2
2019	14 (2,07 %)	1,44 (1,61)	1
Standard in letteratura (fonte)	Ospedale Careggi (FI) ed Empoli (FI)	Oliver D., Connelly JB et al; BMJ 2007	
Standard in letteratura (Benchmarking di riferimento)	**<4%**	variabile da 3 a 13	n.d.

n.d.: dato non disponibile

Numero di segnalazioni dall'Ufficio Rapporti con il Pubblico (URP)

Anno	**RECLAMI**	**Ringraziamenti /Elogi**
2014	0	0
2015	0	0/7
2016	0	0
2017	1	14/3
2018	2	18/3
2019	1 (Dimissione senza saluto)	11/2

STROKE CENTER
Obiettivi generali di miglioramento
(in collaborazione con Neurologia/Medicina)

Obiettivi generali di miglioramento	**Mortalità Intra-ospedaliera** (%)	**Pazienti presi in carico per anno** (per mille)	**Indice utilizzo protocollo** (%)
Unità di misura	eventi mortali / totale pz con ictus accertato	Pazienti acuti che entrano in PS entro le 48 ore dall'ictus acuto	n° schede Stroke / n° DRG 14
U.O.	Neurologia, Geriatria, Medicina	Tutte	Neurologia, Geriatria, Medicina
2014	4.3	1.8	82
2015	6.2	1.8	60
2016	6.7	2.2	76
2017	9.2	1.6	80
2018	4	1.7	85
2019	3.6	1.6	90
Indicatori	Regione Veneto dati 2011: - 10-15% ictus ischemico - 30-35% ictus emorragico - 15% globale	Tasso standardizzato: Regione Veneto dati 2011: 182/100.000 = 1,82 X 1.000 141/100.000 (ischemico) 33/100.000 (emorragico) Totali per "ASL 22": 214/100.000 (maschi) 175/100.00 (femmine)	Tasso compilazione: Regione Veneto dati 2011: 58,5%

Obiettivi generali di miglioramento	**Inquadramento diagnostico precoce**	**Tempo medio di degenza in acuto**					**Adeguatezza delle cure-assistenza**		
Unità di misura	Pz. con tempo TAC > 60' / totale Pazienti acuti (%)	tempo medio in giorni stratificato per UO			tempo medio in giorni stratificato per età <o>75 anni		n° complicanze / Paziente		% Pz con complicanze > 2 / Paziente
U.O.	PS, Radiologia	Neu	**Ger**	Med	<75	**>75**	<75	>75	
2014	13	11	**12**	13	10.3	**12.3**	0.32	0.51	10
2015	29	10	**19**	15	10.1	**12.8**	0.59	0.90	22
2016	18	9	**13**	11	10.8	**8.9**	0.27	0.92	17.4
2017	26	9	**16**	12	9.8	**10.9**	0.49	0.90	21.5
2018	31	9	**13**	11	9	**10**	0.58	0.79	19.6
2019	14	10	**15**	13	11.6	**9**	0.71	0.76	13
Indicatori	Il valore si mantiene soddisfacente. Il valore in aumento riflette un maggiore afflusso di pazienti accolti da altri PS ed inviati per competenza La Media della Regione Veneto è di 132 minuti ma il dato non è affidabile (scarso tasso di registrazione; Differenze in base al tipo di Ictus)	Il valore si mantiene soddisfacente. Standard di riferimento Regione Veneto dati 2011: 10-12 gg (mediana - media) (dato limitato alle Neurologie); Dati SDO 2016: 10 ± 7.9 Tenere conto che la geriatria accoglie i casi con prognosi peggiore per età e comorbidità			Valore in linea rispetto alla media nazionale e regionale		Regione Veneto 2011: pazienti in Stoke Unit (S.U.): almeno una complicanza 34.5% dei pz I valori di riferimento saranno raggiunti attraverso costante attenzione all'assistenza		Valore in netto calo rispetto trend in aumento anni precedenti; prosegue monitoraggio.

Obiettivi generali di miglioramento	**Appropriatezza delle cure-assistenza**	
Unità di misura	% pazienti che accedono alla Riabilitazione RRF / totale Pz acuti	% pazienti che accedono alla Riabilitazione RSA / totale Pz acuti
U.O.	Neurologia, Geriatria, Medicina	
2014	9.8	6.1
2015	13.2	5.3
2016	11.2	5.1
2017	10.8	5.4
2018	8.4	4.2
2019	9.1	7.9
Indicatori	Standard di Riferimento Regione Veneto 2011: Dimissione in rep. Riabilitativo: 16% Ricovero in RSA: 3.9 % Dimissione in Lungodegenza 12%	

7. Impegno del Direttore

Il Direttore, mediante il continuo aggiornamento della Politica della Qualità, redatta per l'area medica dal Team dei Primari e per la sua U.O. in collaborazione con gli RQ del Processo Degenze Mediche e del Processo Stroke, si impegna ad analizzare periodicamente i risultati ottenuti e ad introdurre nuovi indicatori di processo e di risultato se necessari. Questi, nell'ottica di un miglioramento costante dello Standard di Prodotto e sulla scorta degli obiettivi generali di miglioramento del Processo Degenze mediche, che sono:

1) Migliorare la qualità dell'assistenza sulla base della centralità del paziente.
2) Fornire un livello diagnostico-terapeutico ottimale basato sulle evidenze disponibili e condivise e sull'uso razionale delle risorse.
3) Tempestività e conformità delle consulenze specialistiche.
4) Alla dimissione compilare una esauriente relazione al medico curante e consentire al paziente una tempestiva copia della cartella clinica (indicatore della Politica Qualità Degenze Mediche).
5) Aumentare la sicurezza del paziente e degli operatori.
6) Migliorare la gestione del rischio clinico
7) Migliorare la comunicazione e l'interazione: con il paziente e i suoi familiari
8) Migliorare la comunicazione e l'interazione: con i fornitori interni ed esterni
9) Ridurre i disservizi.

Si impegna inoltre a perseguire il passaggio alla cultura dell'eccellenza, ivi compresi due aspetti importantissimi, a suo avviso, per mantenere e raggiungere gli obiettivi: l'aggiornamento del Personale ed il mantenimento di un clima interno di lavoro di rispetto e collaborazione tra tutte le componenti.

Il Direttore
E. Turcato

SACRO CUORE DON CALABRIA I R C C S

Rev. 4
18/03/2020

PRESTAZIONI EROGATE DALL' U.O.C. di GERIATRIA Direttore Dott.ssa E. Turcato

Prestazioni	Modalità di Prenotazione	Sede di erogazione della prestazione	Orari di erogazione della prestazione	Tempi di attesa massimi per accedere alla prestazione	Tempi di attesa massimi per la refertazione	Costo	Modalità di pagamento	Modalità di accesso alla struttura
Visita geriatrica ambulatoriale divisionale	ONLINE su Sito Ospedale Telefonica (☎ 045 6013257) o diretta all'Accettazione dei Poliambulatori dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 19.30; il sabato dalle 7.30 alle 13.30; esclusi i festivi	Ambulatorio Divisionale Casa Nogarè	Martedì ore 11.30-13.00	< 30 giorni	refertazione immediata	Ticket (salvo esenzioni)	Secondo modalità comunicate dall'Accettazione dei Poliambulatori	Ambulatorio Divisionale Casa Nogarè
Visita Ambulatorio Internistico Nutrizionale	Telefonica (☎ 045 6013527) o diretta all'Accettazione del 6° piano Ospedale Don Calabria dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi) dalle ore 9.00 alle ore 12.30	6° piano Ospedale Don Calabria	dal lunedì al giovedì ore 11.30-13.00	< 15 giorni	refertazione immediata	Ticket (salvo esenzioni)	Secondo modalità comunicate dall'Accettazione	6° piano Ospedale Don Calabria
Visita geriatrica ambulatoriale (libera professione)	ONLINE su Sito Ospedale Telefonica (☎ 045 6013257) o diretta all'Accettazione dei Poliambulatori dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 19.30; il sabato dalle 7.30 alle 13.30; esclusi i festivi	Poliambulatori Casa Nogarè	Comunicati, per ogni medico, al momento della prenotazione	< 15 giorni	refertazione immediata	Secondo tariffario stabilito per ogni medico e comunicato al momento della prenotazione	Secondo modalità comunicate dall'Accettazione dei Poliambulatori	Poliambulatori Casa Nogarè
Day Hospital	Telefonica (☎ 045 6013461)	4° piano Ospedale Don Calabria	Comunicati, per ogni medico, al momento della prenotazione	< 15 giorni	Lettera di dimissione alla chiusura della cartella clinica	Esente ticket	//	4° piano Ospedale Don Calabria
Libera Professione	*Le visite in libera professione non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale e vanno quindi pagate per intero alla tariffa stabilita per ogni medico. Al momento della prenotazione verrà comunicata la tariffa corrispondente.*							
Recapiti telefonici	*Segreteria di reparto (6°piano Don Calabria): tel. 045 6013527 (dal lunedì al venerdì - dalle ore 9.00 alle ore 12.30), fax 045 6013308 Poliambulatori: tel. 045 6013257*							