

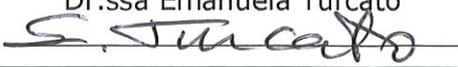
	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempreboni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 1 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

STANDARD DI PRODOTTO

Unità Operativa Complessa di GERIATRIA

Edizione: 5/2023

Data emissione: 28/09/2023

Redatto da:	Approvato da:
Direttore Team RQ	Direttore Dr.ssa Emanuela Turcato 

Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato

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

Ubicazione:

Degenze e segreteria: 4° piano dell'edificio Don Calabria

Day Hospital: in reparto

Ambulatorio Divisionale Geriatrico: Poliambulatori Casa Nogarè

Studi Medici e Direttore: 1° e 4° piano dell'edificio Don Calabria

Recapiti utili:

Coordinatore - Daniele Brunelli - daniele.brunelli@sacrocuore.it

Segreteria - 4° piano Don Calabria

☎ 045-6013111 int. 4011

☎ 045-6013460

Fax 045-6013529

Ambulatorio Infermieristico

☎ 045-6013461

Poliambulatori - per programmazione visite
(Ambulatori Divisionali / Ambulatori privati intramoenia)

☎ 045-6013257

e-mail: segreteria.geriatria@sacrocuore.it
dimissioniprotette.geriatria@sacrocuore.it

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

Caratteristiche Professionali del Direttore

Dott.ssa Emanuela Turcato

telefono:

+39 045 6013460 - 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

Dal 1° aprile 1998 lavora presso l'IRCCS Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" di Negrar di V.lla (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.

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 1/1/2014 al 31/10/2017 ha svolto l'incarico di responsabile di Struttura Semplice dell'U.O. di Geriatria.

Dal settembre 2014 al settembre 2016 è stata componente della Commis. 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.

Dal 18 aprile 2017 è componente della **Commis. 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 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.

Dal gennaio 2019 fa parte del **Team Nutrizionale Interaziendale** della ULSS 9 Scaligera.

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 3 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

Dal maggio 2023 fa parte del **Team Multidisciplinare Interaziendale NAO** della ULSS 9 Scaligera. 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.C.

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 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.

La nostra U.O. tratta pazienti che abbiano compiuto almeno 65 anni (età media anno 2022: 85,8±6,7), provenienti per la quasi totalità in regime di urgenza dal Pronto Soccorso (ricoveri totali nel 2022: 526 dei quali da PS: 95%; ricoveri da altri reparti per acuti 4,5%). I ricoveri programmati di pazienti ambulatoriali, comunque legati a malattie acute o riacutizzazione di casi noti, sono quindi una minoranza (nel 2022: 0,5%). **La disponibilità del reparto verso il P.S. ne rappresenta un punto di forza**, poiché viene incontro ad esigenze importanti dell'IRCCS e ne determina un elevato "case-mix".

Per l'**emergenza Covid-19** iniziata nel marzo 2020 è stato necessario rispondere alle diverse ondate della pandemia aumentando il personale e i posti-letto dedicati al trattamento di questa patologia. Ciò ha comportato lo spostamento di personale sanitario dell'U.O. di Geriatria nell'U.O. di Malattie Infettive nonché la riduzione dei posti letto dell'U.O. stessa che è stata dislocata in reparti differenti per periodi più o meno lunghi. La raccolta dati del 2020 e 2021 è stata fortemente influenzata da tale situazione rendendo meno attendibile e puntuale il confronto della nostra attività tra i diversi anni. Segnaliamo infine che il **tasso di occupazione dei posti letto** è sempre stato elevato: nel 2022 94,9%.

Le patologie prevalentemente trattate dall'U.O. nel 2022 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)(tab. 1).

Tab. 1: Patologie più frequenti nei pazienti ricoverati in Geriatria negli ultimi 5 anni

DRG	Patologia	Anno (n° totale pazienti ricoverati)				
		2018 (620)	2019 (675)	2020 (547)	2021 (527)	2022 (526)
89,23, 96	Polmonite, pleurite, BPCO	165	161	109	98	100
127, 87	Insufficienza cardiaca, edema polmonare e shock	113	144	116	90	100
576	Setticemia	47	57	67	76	66
316	Insufficienza renale	22	9	23	17	42
82,172,203, 403,404, ...	Neoplasie ed emopatie neoplastiche	56	73	52	49	33
14,16,132, ...	Ictus, TIA, aterosclerosi cerebrale	29	36	26	29	27
296	Disturbi della nutrizione	33	27	21	18	8

Fonte Dir. Sanitaria

Problematica rilevante nei pazienti geriatrici è la presenza di disabilità e di dipendenza funzionale.

La nostra cartella, nella sezione *funzioni*, comprende la sottocartella **valutazione multidimensionale geriatrica** costituita da 8 scale: ADL, IADL, GDS, MMSE, 4AT, CAM, MNA e NRS.

Altro parametro importante per rilevare il grado di **dipendenza assistenziale** in tutti i pazienti ricoverati è 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 (tab. 2) ed inserita nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO). La rilevazione di questo parametro rappresenta un'importante integrazione delle informazioni sulle condizioni di autonomia 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

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 4 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

importante nell'incrementare il rischio di caduta, problematica importante nei nostri pazienti (vedi successivo report di cadute). La tab. 2 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 (ed è andato peggiorando negli anni) 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/grave a conferma che si tratta di pazienti fragili, gravati da più patologie invalidanti ed a elevato rischio di caduta.

Tab 2: Media dei punteggi per la valutazione della disabilità tramite scala di BARTHEL nei pazienti dimessi negli ultimi 5 anni (esclusi i pazienti deceduti)

ANNO	2018	2019	2020	2021	2022
INGRESSO	47	46	40	44	36
DIMISSIONE	56	52	47	51	43

Fonte Dir. Sanitaria

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 "prenderci 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. 3). 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 (tab. 3). Dal 2020 è operativa la modalità online di richiesta di presa in carico da parte dell'ULSS 9 di paz. in dimissione protetta per problematiche assistenziali (tab. 3).

Tab. 3: Continuità Assistenziale

ANNO	2018	2019	2020	2021	2022
	Numero (%*)				
Consulenze eseguite da Assistente Sociale	119 (19)	134 (20)	109 (20)	125 (24)	156 (29,6)
S.Va.M.A. compilate da U.O.	198 (32)	66 (9,8)	89 (16)	81 (15)	96 (18)
Pazienti accolti in RSA Casa Nogarè	23 (3,7)	22 (3,2)	23 (4,2)	23 (4,4)	15 (2,8)
Pazienti accolti in RRF Don Calabria	7 (1,1)	6 (0,9)	7 (1,3)	2 (0,4)	2 (0,4)
Pazienti dimessi in Casa di Riposo	11 (1,8)	7 (1)	12 (2,2)	19 (3,6)	24 (4,5)
Pazienti accolti in altre RSA/Hospice/altro	9 (1,5)	12 (1,8)	7 (1,3)	7 (1,3)	12 (2,2)
Paz. dimessi in Struttura Protetta	50 (8)	47 (7)	49 (9)	51 (9,7)	53 (10)
Paz. dimessi in ADI	n.d.	n.d.	45 (8,2)	54 (10,2)	76 (14,4)

Fonte Dir. Sanitaria

*: % rispetto al numero di pazienti ricoverati

n.d.: dato non disponibile

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. Rilevante ed in continuo aumento anche il numero di paz. che richiedono dimissione protetta.

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 e ad alto rischio di problematiche psico-geriatriche. Fino al febbraio 2020 uno psicologo è stato presente in U.O. alcune mattine a settimana per interagire con medici, infermieri, operatori, familiari e caregiver agevolando in tal modo l'adattamento del paziente al ricovero. Purtroppo la fase emergenziale legata al Covid-19 ci ha costretto ad interrompere tale collaborazione per ora attuabile solo su consulenza.

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 più 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 vengono selezionati dal Pronto Soccorso, oltre che i casi più anziani, quelli maggiormente compromessi sul piano delle patologie concomitanti (comorbidità).

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 negli ultimi 4 anni) 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 del Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)

ambulatorio	tipo di archivio clinico
Ambulatorio Divisionale Geriatrico	informatizzato
Ambulatorio Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)	Informatizzato/cartaceo

Il primo si occupa prevalentemente della gestione di pazienti con problematiche internistiche geriatriche, cardiovascolari, terapia anticoagulante o con iniziale decadimento cognitivo.

Il secondo, in collaborazione con l'Unità Operativa di Neurologia, è specializzato nella diagnosi, cura e follow-up dei disturbi cognitivi e comportamentali delle demenze.

L'**organico** della U.O. di Geriatria è composto da 1 Direttore e 6 medici (5 medici dal 1/9 u.s. per un pensionamento). Un Coordinatore, gli infermieri e gli operatori gestiscono anche l'adiacente Reparto per le Malattie Tropicali. Gli infermieri sono 26 (di cui 10 part-time); di questi, 12 sono trasversali tra i 2 reparti, 1 è impiegato per la Geriatria e 13 sono impiegati per l'U.O. di Malattie Tropicali; sono presenti 20 operatori. L'attività di segreteria è svolta da 1 segretaria.

I medici (escluso il Direttore) partecipano alla **Guardia interdivisionale** per la struttura dell'Ospedale Don 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 Cerebrosi e Lesionati Midollari (2° piano), della Riabilitazione Ortopedica (3° piano Casa Nogarè); 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.

Dall'anno accademico 2019-2020 l'U.O. è **"struttura collegata"** nella rete formativa della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università 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.

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 6 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

Attività di Ricerca

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 3 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. ed il terzo pubblicato online su Internal and Emergency Medicine (Impact Factor 5,472) nel marzo 2023 dal titolo "Controlling nutritional status score predicts 2-year outcomes in elderly patients admitted for acute heart failure" - D. Agnoletti et al. Inoltre nell'ambito dell'Italian Study Group on Delirium (ISGoD) la dott.ssa Turcato ha collaborato all'articolo pubblicato su J Am Med Dir Assoc. nell'aprile 2020 "Understanding Factors Associated With Psychomotor Subtypes of Delirium in Older Inpatients With Dementia" (Impact Factor 3,2). Come collaborazione nel gruppo COVID-19 MCDA l'U.O. ha partecipato alla pubblicazione su International J of Infectious Disease nel settembre 2020 del lavoro "Multi-Criteria Decision Analysis to prioritize hospital admission of patients affected by COVID-19 in low-resource settings with hospital-bed shortage" - De Nardo et al (Impact Factor 3,6). Infine nel 2021 la dott.ssa Turcato ha partecipato alla pubblicazione su G Ital Cardiol dell'articolo "Percorso clinico decisionale nel paziente anziano fragile con fibrillazione atriale: la proposta di un gruppo di lavoro multidisciplinare."

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

Team Multidisciplinare Interaziendale NAO

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

Consulente Nutrizione Clinica per Nutrizione Artificiale Domiciliare e Team Cure Palliative

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: emanuela.turcato@sacrocuore.it

Dr. Pietro Arduini (medico dirigente di 1° livello) >>> in pensione dall'1/09/2023

RQ - Sistema Gestione Qualità

Valutatore Interno ISO 9001

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: pietro.arduini@sacrocuore.it

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

RQ - Sistema Gestione Qualità

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: cesare.caliari@sacrocuore.it

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

Ambulatorio Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Attività di Ecografia in reparto

Email: elena.ferrari@sacrocuore.it

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 7 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

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

Ambulatorio Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze
 Ambulatorio Divisionale Geriatrico
 Team Cure Palliative
 Email: elisa.grison@sacrocuore.it

Dr. ssa Nicole Nori (medico dirigente di 1° livello)

Ambulatorio Divisionale Geriatrico
 Referente C.I.O.
 Email: nicole.nori@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) fino ad agosto 2023
- Cesare Caliarì (medico)
- Daniele Brunelli (Coordinatore)
- Sara Brunelli (Infermiera)
- Federica Corsi (Infermiera) fino ad agosto 2023

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	-	<30 giorni o Secondo classe di priorità
Ambulatorio Divisionale CDCD (mercoledì)	-	X	-	< 180 giorni o Secondo classe di priorità
Consulenza geriatrica	X	-	X	Tempistica consulenze
Consulenza nutrizionale	X	-	-	Tempistica consulenze
Contatto con Assistente Sociale Compilazione scheda SVaMA	X	-	-	Non appena evidenziato il problema "sociale"

(Vedi allegato PRESTAZIONI EROGATE DALL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI GERIATRIA)

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 8 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

4. Missione e Politica

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

La **"Mission"** dell'IRCCS "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'90% 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 sui 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.

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempreboni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 9 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

5. Standard di processo

Controllo documentazione sanitaria

	Cartelle cliniche N.C./totale cartelle esaminate (consenso trattamento ati, consenso trasfusioni, schede paz. a rischio di caduta ...)	Numero cartelle controllato (campione calcolato sul totale degenza anno precedente)
Anno	<i>Valore atteso ≤ 10%</i>	
2021	31%	100
2022	13,4%	127

Fonti Dir. Sanitaria/Uff. SQI

Correttezza dell'iter diagnostico-terapeutico condiviso

Anno	Numero Protocolli/PDTA condivisi e applicati (PDTA stroke, scompenso cardiaco, gestione e trattamento sepsi, BPCO, protocollo lesioni da decubito ...)
2021	13
2022	14
2023	15

Fonte Uff. SQI

Tempestività e conformità delle consulenze specialistiche

Anno	Visita ambulatorio divisionale geriatrico	% ritardi su consulenze urgenti (erogate oltre le 24 ore)	% ritardi su consulenze non urgenti (erogate oltre le 48 ore)
	<i>Valore atteso: ≤ 30 gg</i>	<i>Valore atteso: ≤3%</i>	<i>Valore atteso: ≤10%</i>
	Valore attuale:	Valore attuale:	Valore attuale:
2018	20	0%	0%
2019	26	0%	0%
2020	28*	0%	0%
2021	31	0%	0%
2022	33	0%	0%

Fonti Sistemi informativi/Uff. SQI

*Calcolo inficiato da periodo di chiusura per emergenza Covid 19

I dati riguardanti l'ambulatorio CDCD sono disponibili nello standard di prodotto dell'Unità Operativa di Neurologia.

ANALISI INDAGINE DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO

Prosegue da parte dell’Ospedale il progetto di sorveglianza della soddisfazione del paziente ricoverato, sospeso per l’emergenza Covid 19.

Per quanto concerne la nostra U.O. l’ultima indagine iniziata nel settembre 2020 si è appena conclusa proprio per la difficoltà avute nella distribuzione dei questionari e nel raggiungimento del campione minimo previsto per avere una sufficiente rappresentatività.

Qualità 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 <80%; (B ≥0,5)	*Valore atteso: A non <80%; (B≥0,5)
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)
2020	Sospesa per emergenza Covid 19	Sospesa per emergenza Covid 19	Sospesa per emergenza Covid 19
2021-2022	In corso la distribuzione dei questionari	In corso la distribuzione dei questionari	In corso la distribuzione dei questionari
2023 (dal 15/09/2020 al 11/09/2023)	73/81	92,5%; (1,35)	90,7%; (1,32)

*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).

Fonte Uff. SQI

Di seguito alcuni dei grafici con i dati dell’indagine conclusa nel 2023

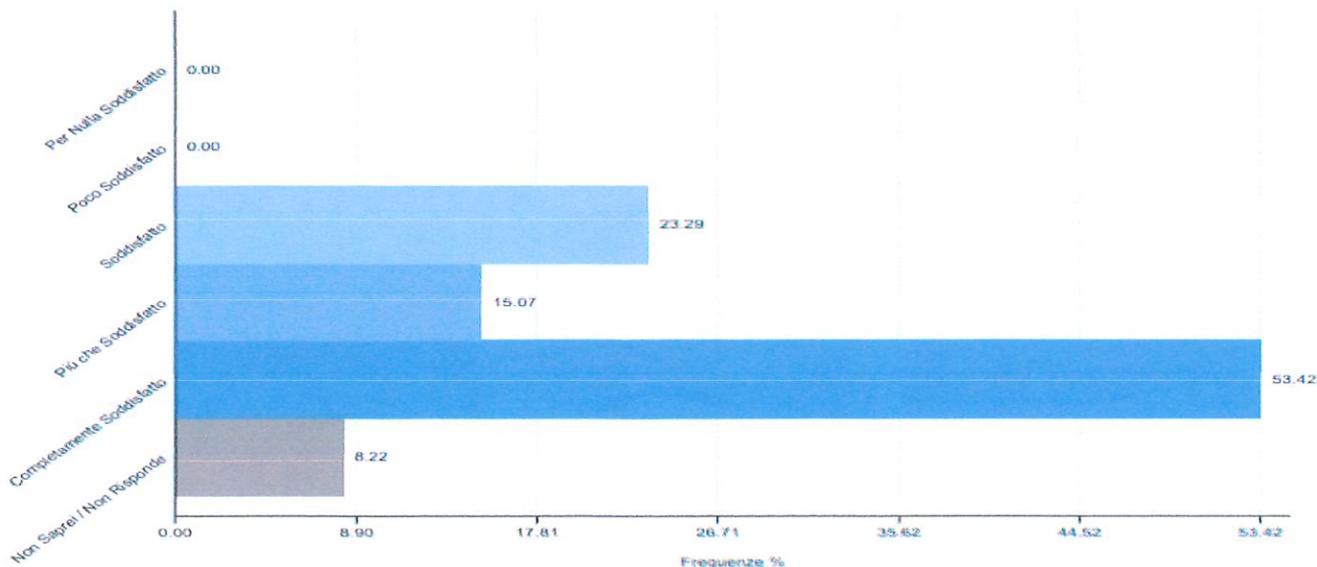
Periodo di Riferimento: 15/09/2020 - 11/09/2023

Questionari analizzati 73; il campione rappresentativo è stato calcolato sui dimessi anno 2022.

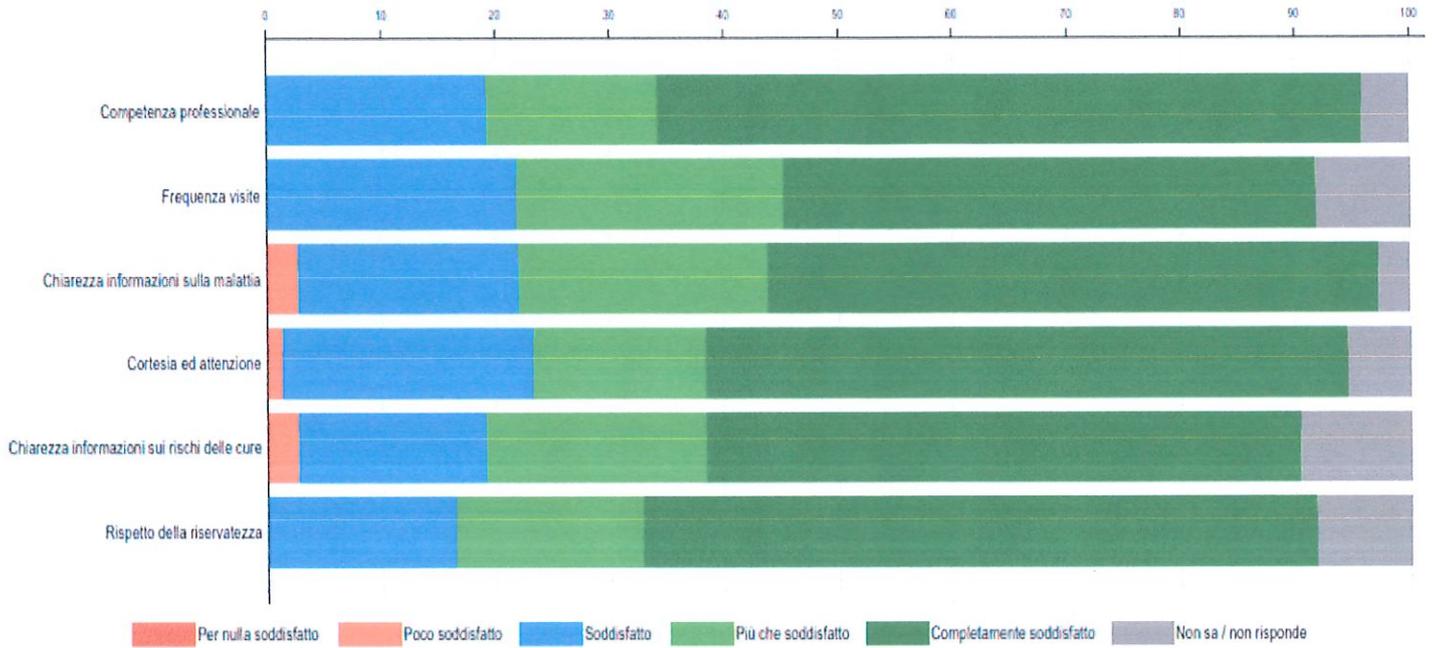
Campione minimo previsto per avere una sufficiente rappresentatività: 81 osservazioni.

I questionari sono stati compilati nel 45% dei casi dal paziente e nel 46% dei casi da un familiare/parente (8% non ha risposto)

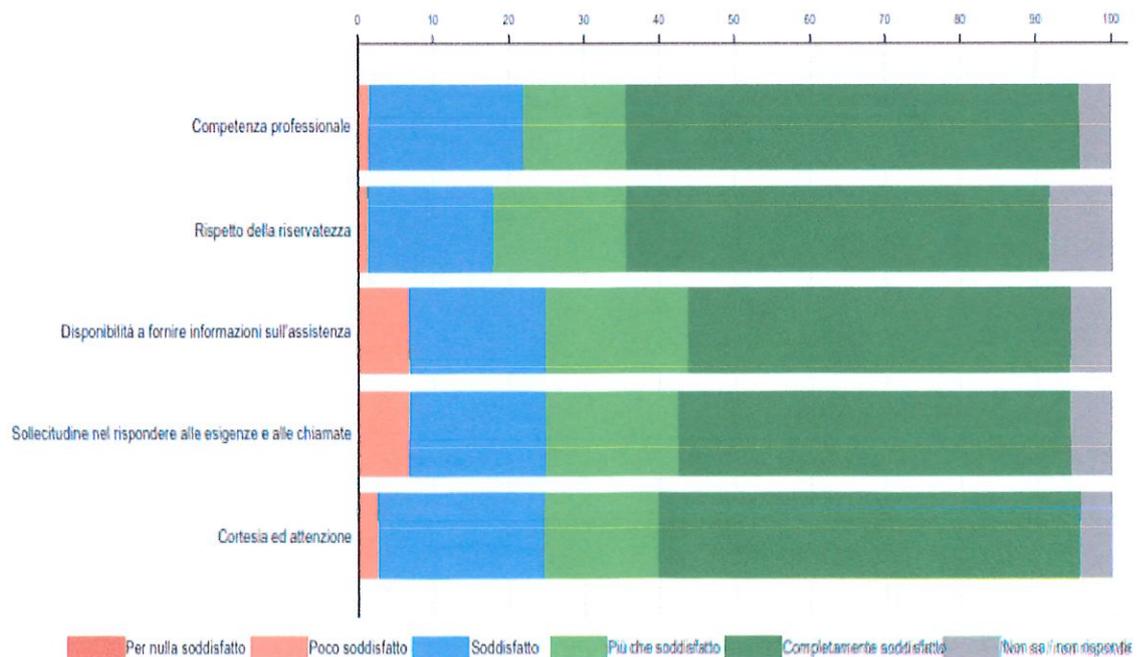
Accoglienza in reparto



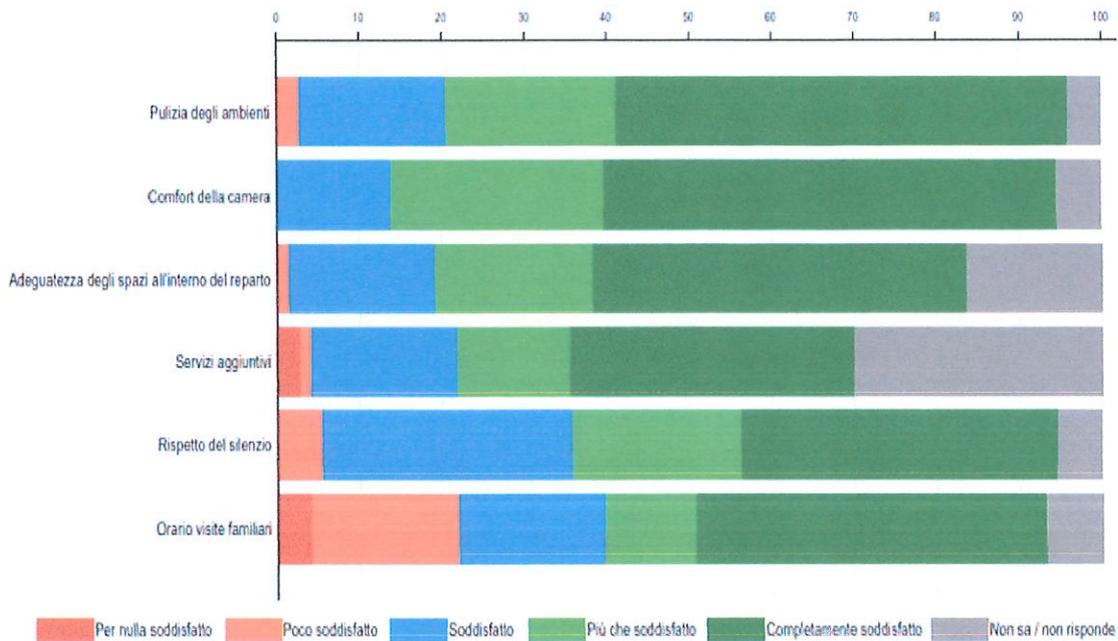
Valutazione di alcuni aspetti del personale medico



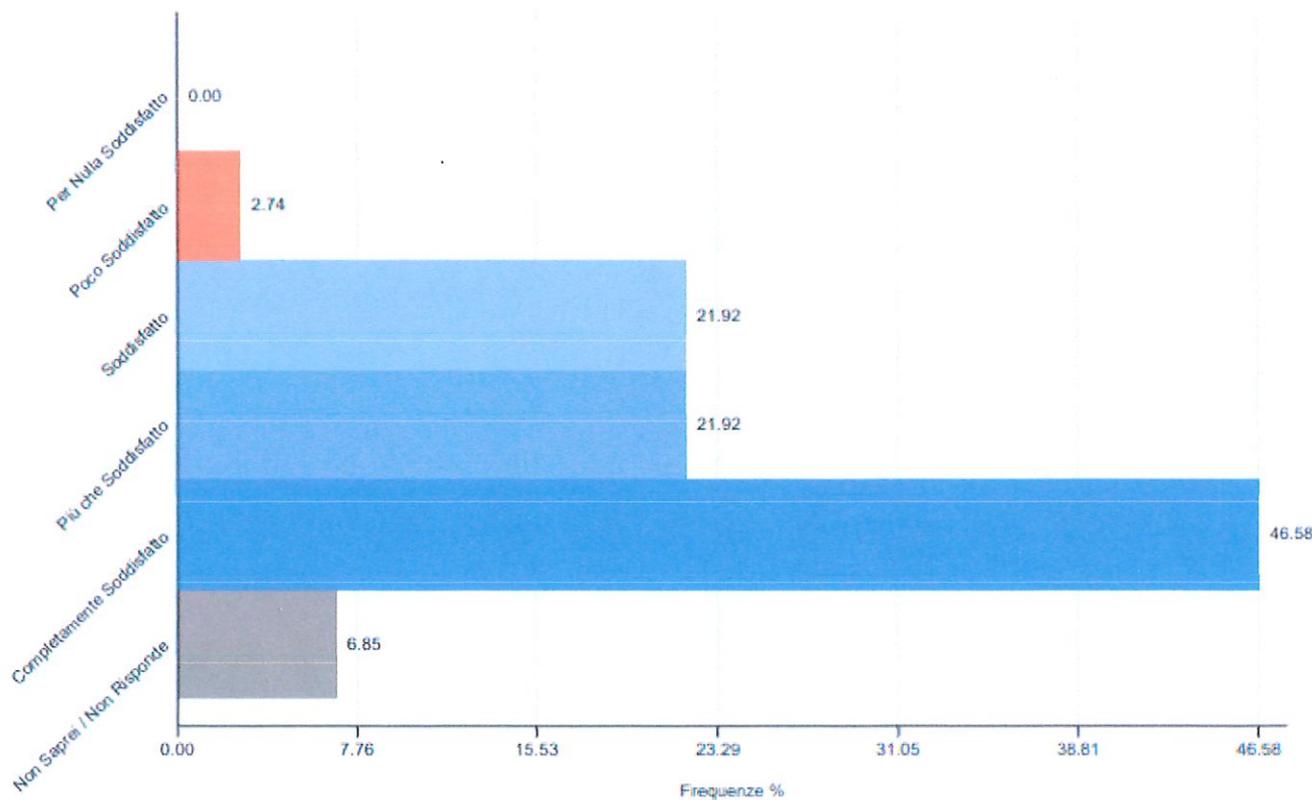
Valutazione di alcuni aspetti del personale infermieristico



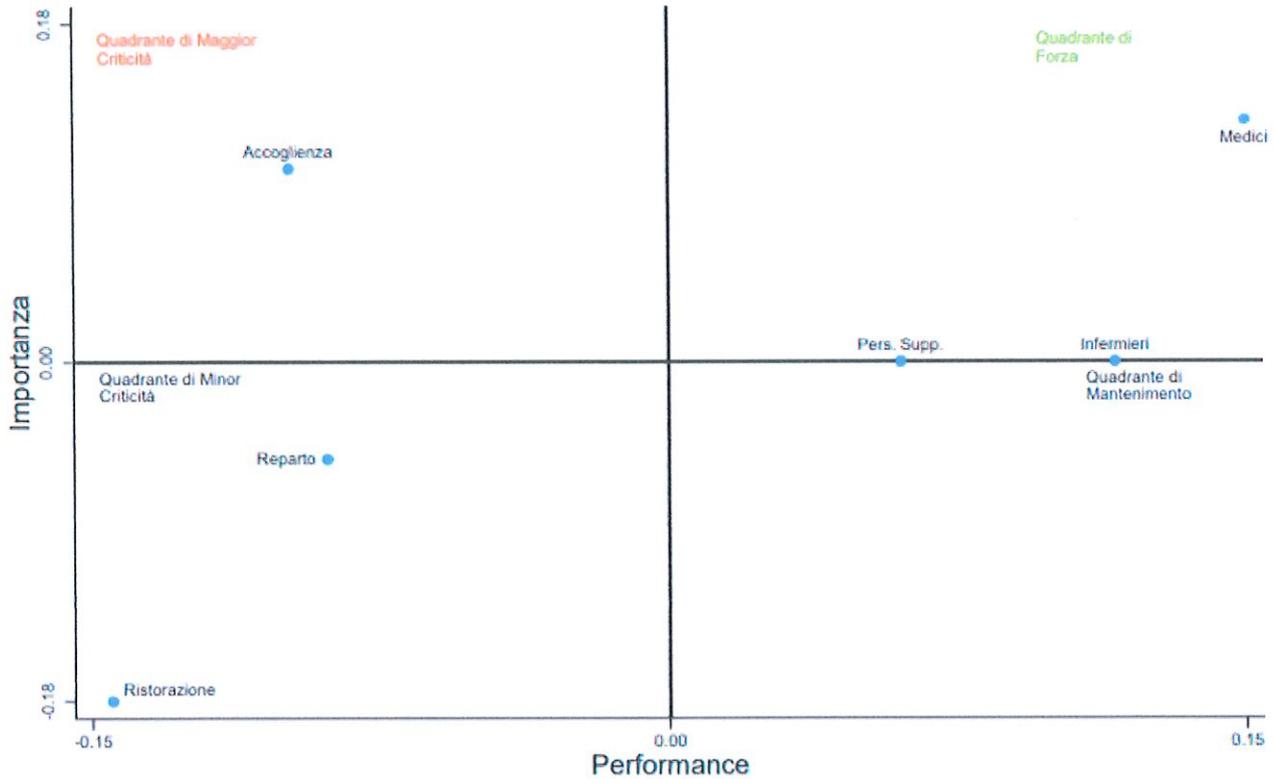
Valutazione di alcuni aspetti inerenti il reparto



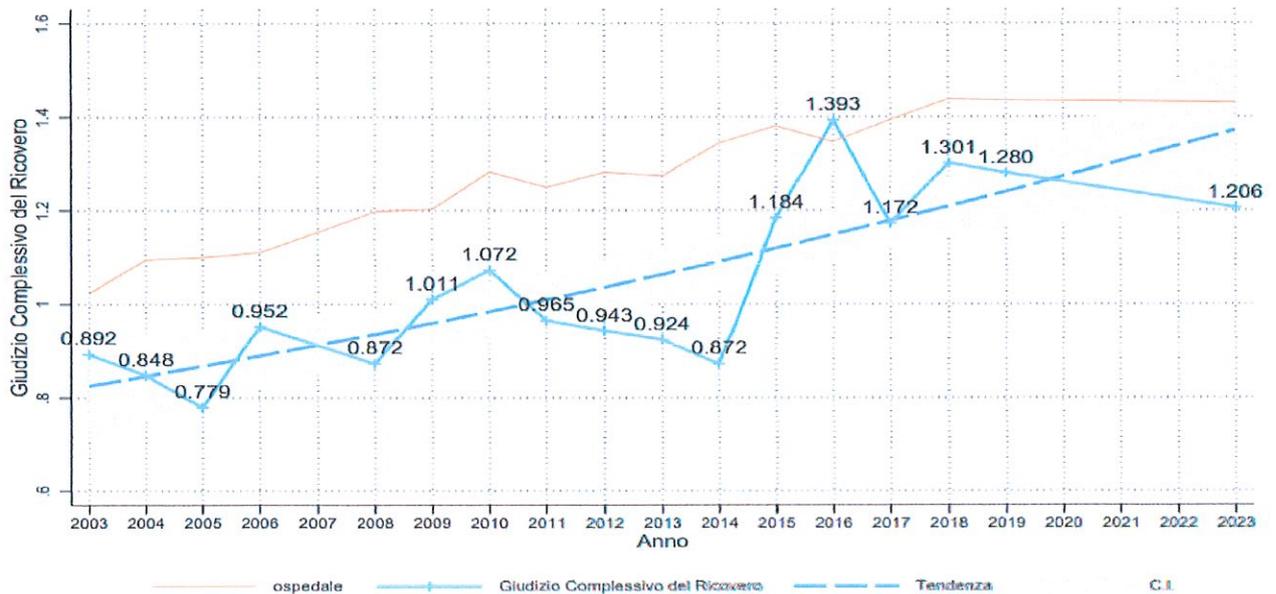
Giudizio complessivo rispetto al ricovero



Comparazione 'Performance - Importanza'



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



Giudizio complessivo rispetto al ricovero

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempreboni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 14 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

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
2015	24,9 ¹	576	23 (4)	84,6	0	15,6	1,65
2016	22,9 ²	519	23 (4,4)	89,4	0	15,9	1,76
2017	25,2 ³	551	27 (4,9)	85,7	0	16,2	1,72
2018	26	620	29 (4,6)	86	4	15,8	1,72
2019	26	675	21 (3,1)	90,6	0	14,4	1,60
2020	23,2 ⁴	547	21 (3,8)	92,7	0	14,5	1,69
2021	23,2 ⁴	527	27 (5,1)	94	0	15,7	1,69
2022	23,6 ⁴	526	30 (5,7)	95,4	0	15,5	1,70
benchmark	Obiettivo aziendale (Az) o di reparto (R)	Az e R	Az e R	Az e R	Az e R	Az e R	Az e R
	Riferimento (qualora riscontrabile) e valore atteso	vedi Scheda Obiettivi di Reparto	*Dati SDO 2020 Veneto 4,7% (Attività per acuti)	n.d.	Incremento/ mantenimento	riduzione *Dati SDO 2020 Veneto 10,3 (Attività per acuti > 75 anni)	Mantenimento *Dati SDO 2020 Veneto 1,47 Nazionale 1,48 (Attività per acuti > 65 anni)

Fonte Dir. Sanitaria

n.d.: dato non disponibile

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

⁴: valore medio calcolato sul numero di letti attivo per mese in base alle necessità di letti dedicati ai paz. Covid 19

*Valori estratti da "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" Dati SDO 2020 pubblicato nel luglio 2022 dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Semprebondi, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 15 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

Indicatori di efficienza

La tabella sottostante mostra il confronto tra la **degenza media effettiva** dell'U.O. negli ultimi 4 anni (calcolata escludendo i ricoveri di 1 giorno per motivi amministrativi) e la **degenza media nazionale - attività per acuti** per i principali DRG dell'U.O.. I valori della degenza media nazionale per ciascun DRG sono quelli ottenuti dai Dati SDO 2019 e 2020 pubblicati rispettivamente nei "Rapporti annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" dell'ottobre 2020 e luglio 2022; non sono ancora disponibili i dati SDO nazionali per il 2021 e 2022.

DRG		2019		2020		2021		2022	
		D.M. effettiva	D.M. nazionale						
127	Insufficienza cardiaca e shock	13,8±5,9	9,4±7,2	12,7±6,1	9,4±7,4	15,8±7,1	n.d.	14,6±6	n.d.
089	Polmonite semplice e pleurite, età>17 anni con CC	13,1±6	11 ±7,7	11,8±4,8	11,2±8,4	12,9±6	n.d.	13,8±6,5	n.d.
576	Setticemia senza ventilazione meccan. =96 ore, età>17 anni	17,2±10,7	13,3±11,6	14,9±9,3	13,5±12,4	14,3±7,2	n.d.	17,5±12	n.d.
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	16,8±8,5	10±8	15,8±6,4	10,9±9	18,9±7,6	n.d.	17±11,3	n.d.
079	Infezioni e infiammazioni respirat., età>17 anni con CC	14,3±9,5	15,1±13,2	21,7±15,7	14,3±11,7	21±12	n.d.	16,7±9,9	n.d.

Fonte Dir. Sanitaria
n.d.: dato non disponibile

Commento: l'andamento della **degenza media** dei principali DRG dell'U.O. negli anni è altalenante; tale parametro risente della complessità dei pazienti (come rilevato dal peso medio sempre elevato ed in aumento dal 2021 al 2022), dall'elevato numero di ricoveri in urgenza (95,4% dei ricoveri da PS) e dalla fragilità/disabilità dei paz. (vedi tabella indice di Barthel) con aumentata necessità di dimissione protetta in A.D.I. (assistenza domiciliare integrata) e aumentata richiesta di struttura protetta. Per tutti gli anni presi in esame i valori di degenza media effettiva sono superiori a quelli della degenza media nazionale ma va tenuto conto che tale parametro è 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. Quindi, 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.

La tabella sottostante mostra l'**indice comparativo di performance (ICP)** e l'**indice di casemix (ICM)** che sono i due indicatori tipicamente utilizzati per la valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se letti congiuntamente.

Indicatori	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
ICM = Indice di Case Mix*	1,02	1,02	1,02	1,02	1,06	1
ICP = Indice Comparativo di Performance**	1,34	1,24	1,16	1,17	1,3	1,3
Tasso di occupazione dei posti letto (%)	96,7	99,3	98,6	93,7	96,4	94,9

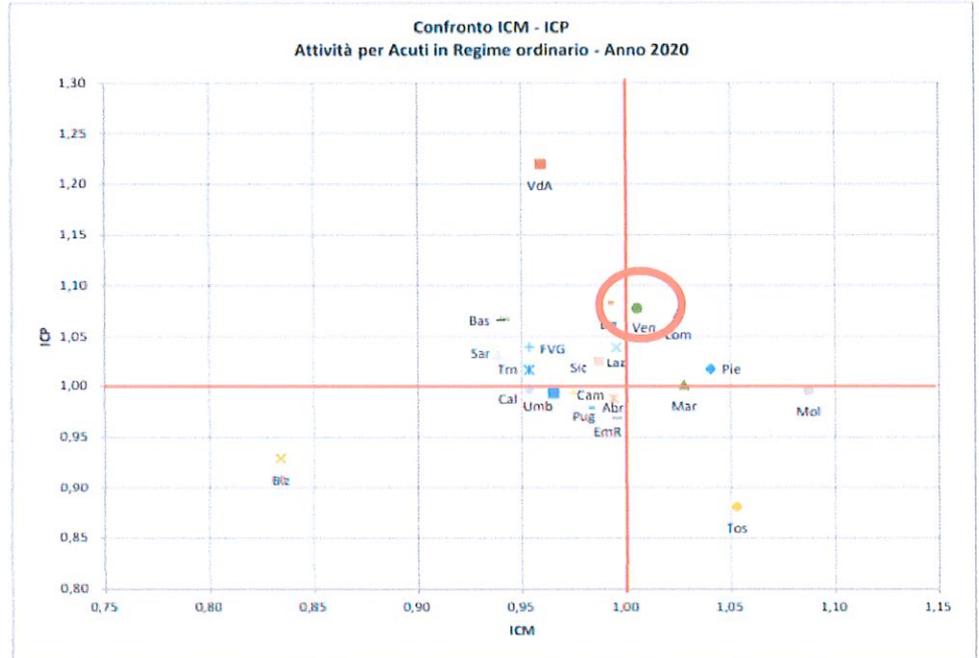
Fonte Dir. Sanitaria

*: 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 rifer.; valore ottimale < 1

Confronto ICM e ICP – Attività ospedaliera per acuti in Regime ordinario – anno 2020

REGIONE	ICM	ICP
Piemonte	1,04	1,02
Valle d'Aosta	0,96	1,22
Lombardia	1,03	1,07
P.A. Bolzano	0,83	0,93
P.A. Trento	0,95	1,02
Veneto	1,01	1,08
Friuli V.G.	0,95	1,04
Liguria	0,99	1,08
Emilia Romagna	1,00	0,97
Toscana	1,05	0,88
Umbria	0,97	0,99
Marche	1,03	1,00
Lazio	1,00	1,04
Abruzzo	0,99	0,99
Molise	1,09	1,00
Campania	0,97	0,99
Puglia	0,98	0,98
Basilicata	0,94	1,07
Calabria	0,95	1,00
Sicilia	0,99	1,02
Sardegna	0,94	1,03
ITALIA	1,00	1,00



Dati estratti da "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" Dati SDO 2020 pubblicati nel luglio 2022 dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria.

<http://www.salute.gov.it>

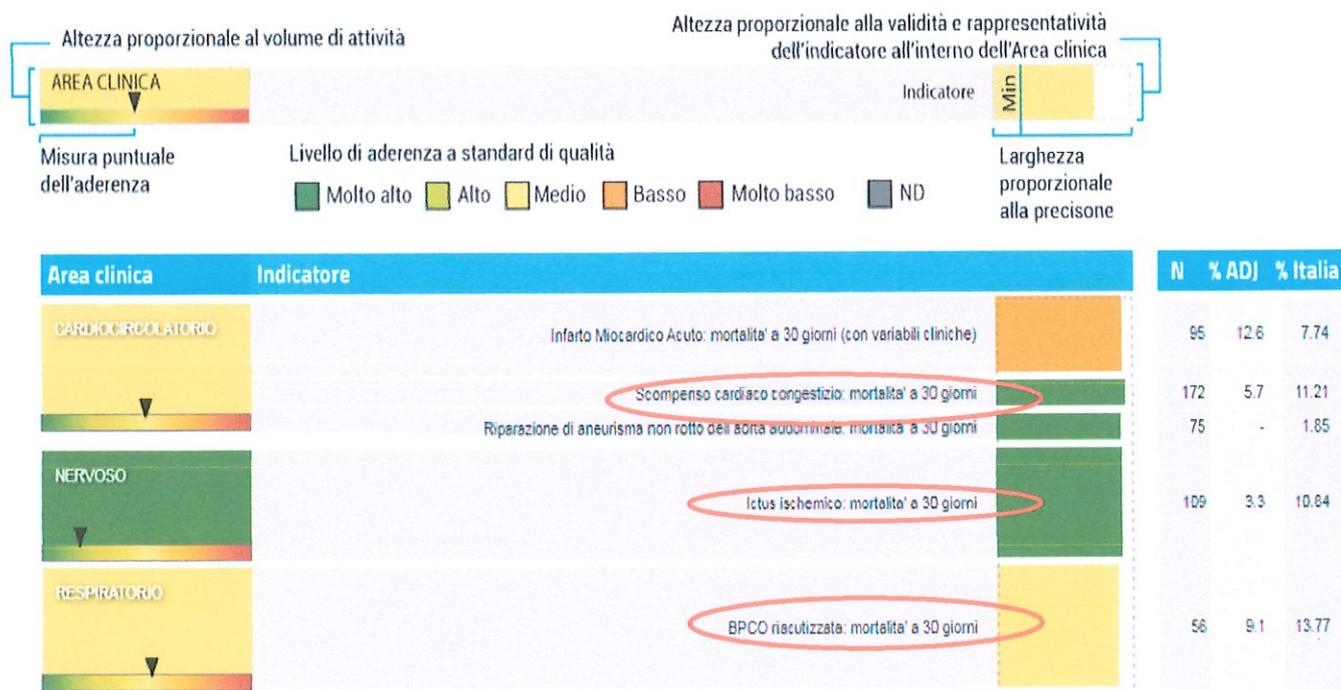
Indicatori di esito

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; tra gli strumenti che utilizza vi è il "TREEMAP". Tale strumento di valutazione consente un'analisi sintetica dei risultati dell'Ospedale per area clinica; le 3 aree cliniche che riguardano patologie in ambito cardiocircolatorio, nervoso e respiratorio (utilizzando come indicatore la mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco, BPCO riacutizzata e ictus) sono quelle di maggior interesse in ambito geriatrico in quanto tali patologie sono quelle prevalenti nel nostro reparto (vedi Tab. 1).

Per l'attività di ricovero nel nostro IRCCS nell'anno 2021 il livello complessivo di aderenza a standard di qualità per gli indicatori delle aree cliniche che comprendono le patologie prevalenti nel nostro reparto è risultato molto alto e medio (vedi figura sottostante).

Dettaglio treemap della nostra struttura anno 2021:



OUTCOME CLINICO del Nostro reparto: SCOMPENSO CARDIACO

Mortalità a 30 giorni: confronto indicatore nella nostra struttura negli ultimi 4 anni e rispetto alla media nazionale						
Anno	n° totale pazienti ricoverati (*)	% GREZZA	%ITALIA	% ADJ	RR	P
2018	149 (74)	8,72	10,3	7,26	0,71	0,23
2019	200 (92)	6	10,15	5,3	n.d.	n.d.
2020	181 (66)	9,3	11,39	9,2	0,8	0,38
2021	172 (52)	5,8	11,21	5,7	0,52	0,036
2022	n.d. (62)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

*paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127

n.d. dato non disponibile

Mortalità a 30 giorni; anno 2021: confronto tra la nostra struttura, le altre strutture ospedaliere dell'ULSS 9 e la media nazionale						
STRUTTURA	PROV	n°	% GREZZA	% ADJ	RR	P
In Italia		91904	11,2			
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	494	8,7	7,9	0,7	0,02
Osp. per Acuti-Legnago	VR	236	7,6	6,8	0,6	0,04
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	204	10,3	8,9	0,8	0,3
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	194	14,4	14,4	1,29	0,17
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (Paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127)	VR	172 (52)	5,8	5,7	0,52	0,03
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	150	8	6,2	0,56	0,04
Osp. Magalini - Villafranca	VR	26	7,7	n.v.	n.v.	n.v.
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	8	25	n.v.	n.v.	n.v.

n.v. non valutabile per numerosità inferiore ai requisiti minimi di potenza statistica

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; **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.**

Fonte dati: <https://pne.agenas.it/index.php>

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-settantacinquenni¹; 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 industrializzati⁴). 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 '90⁵). 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 cardiaco⁶. Per uniformare la gestione di tale patologia nei reparti per acuti del nostro IRCCS (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.

Nella tabella sottostante sono elencate le **caratteristiche socio-demografiche dei paz. ricoverati in Geriatria e dimessi con DRG 127** suddivise per anno dal 2018 al 2022.

Anno di riferimento (n° medio posti-letto)	2018 (26)	2019 (26)	2020 (23,2)*	2021 (22,7)*	2022 (23,6)*
N° totale ricoveri in U.O. GERIATRIA	620	675	547	527	526
N° ricoveri per scompenso cardiaco DRG 127	74	92	66	52	62
Eta' media (anni)	86,3	86,4	85	86,6	86,7
Degenza media (giorni)	13	14	13	16	15
Mortalità Intraospedaliera % (N°paz deceduti)	12 (9)	6,5 (6)	12 (8)	11,5 (6)	14,5 (9)

* : valore medio calcolato sul numero di letti attivo per mese in base alle necessità di letti dedicati ai paz. Covid 19

Nel 2022 i ricoveri per scompenso cardiaco (DRG 127) sono stati 62, l'11,8% su un totale di 526 ricoveri. Di questi 62 pazienti, 24 erano maschi (39%) e 38 femmine (61%). Per quanto concerne l'età media suddivisa per sesso essa è risultata maggiore nelle femmine (87,5 vs 85,4 anni); anche la durata della degenza media è risultata maggiore nelle femmine (15,3 giorni vs 14). Per quanto concerne il numero di decessi è stato più elevato tra i soggetti di sesso femminile (7 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 69% 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 IRCCS e con i dati raccolti dal Progetto Regionale dedicato all'Epidemiologia dello scompenso cardiaco in Veneto pubblicato nel febbraio 2010², 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: il 100% in U.O. Geriatria nel 2022).

Distribuzione per fasce di età: confronto tra le U.O. del nostro IRCCS					
	U.O. Geriatria	U.O. Geriatria	U.O. Medicina	U.O. Cardiologia	Reparti per acuti Dati SER Veneto 2010 ²
Periodo in esame	da 01/01/21 a 31/12/21	da 01/01/22 a 31/12/22	da 01/07/20 a 30/06/21	da 01/01/22 a 31/12/22	2008
Numero Ricoveri per scompenso cardiaco	52	62	79	70	22.712
<65 anni	0%	0%	7,7%	11%	9,1%
65-74 anni	6% (3 paz)	0%	14,1%	20%	17,5%
75-84 anni	40% (21 paz)	31% (19 paz)	41%	39%	40,3%
85 e oltre	54% (28 paz)	69% (43 paz)	37,2%	30%	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	2018	2019	2020	2021	2022
Comorbidità	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Cardiopatía ischemica	25,6	25	29	35	19
Frazione di eiezione all'ecocardiog. < 35%	18,9	17	21	19	13
Fibrillazione Atriale (FA)	75,7	74	83	73	76
PM a dimora / ICD	28,4	30	30	27	29
Insuff. Renale cronica (IRC)	71,6	69	76	73	81
Diabete mellito tipo 2	21,6	28	30	19	29
Anemia	17,6	27	39	59	35
Bronco pneumopatía cronica ostruttiva	18,9	27	27	19	19
Distiroidismo	14,8	16	25	10	34
Stroke	6,7	4	3	2	5

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 13% risultava avere una funzione contrattile del ventricolo sinistro medio-severamente scaduta (FE stimata <35%) alla valutazione ecocardiografica.

Parametri clinici e laboratoristici

Per quanto concerne il 2022 i valori medi di pressione arteriosa sistolica, diastolica, frequenza cardiaca, BNP e peso corporeo all'ingresso ed alla dimissione degli **53 pazienti sopravvissuti** (età media 86,4 e degenza media 15,4) sono riportati nella tabella sottostante con la variazione percentuale degli stessi.

	Ingresso	Dimissione	Delta %
PAS (mmHg)	142	122	- 14
PAD (mmHg)	78	72	-7,6
FC (bpm)	87	72	- 17
BNP (pg/mL)	657	397	-39,6
Peso (kg)	73	69	-5,5

PAS: pressione arteriosa sistolica, PAD: pressione arteriosa diastolica, FC: frequenza cardiaca, BNP: peptide natriuretico atriale.

La riduzione dei valori di BNP oltre il 30% è un indicatore di efficacia della terapia⁷.

Terapia prescritta alla dimissione

Durante la degenza il 100% dei pazienti è stato trattato con terapia diuretica endovenosa.

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 76% di soggetti, a fronte di un gruppo di anziani con elevata età media (86,7 anni) e con oltre il 69% dei soggetti over 85, i pazienti trattati con anticoagulanti sono una percentuale elevata (79%).

Anno di riferimento	2018	2019	2020	2021	2022
Pazienti dimessi (n°)	65	86	58	46	53
terapia farmacologica alla dimissione (%):					
furosemide	94	99	98	91	98
beta-bloccanti	68	69	81	76	77
ACE-I o ARB	23	20	26	28	36
terapia anticoagulante (AVK+DOAC)	69	50	64	63	79
terapia antiaggregante	26	27	12	26	28
antialdosteronici	40	46	52	30	40
digitale	21	21	19	17	13

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 2010².

- 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

Confronto indicatori di qualità ed esito tra le U.O. del nostro IRCCS

	U.O. Geriatria	U.O. Medicina	U.O. Cardiologia
Periodo in esame	da 01/01/22 a 31/12/22	da 01/07/20 a 30/06/21	da 01/01/22 a 31/12/22
Numero Ricoveri per scompenso cardiaco	62	79	70
Età media	86,7	81	76,6
Degenza media (giorni)	15	n.d.	12,5
% di soggetti con valutazione della funz. sistolica	87	91	100
% di soggetti con prescrizione ACE-I o ARB	36	87	n.d.
% di soggetti con prescrizione di beta-bloccante	77	91	97
% di prescrizione di anticoagulanti nei soggetti con FA	79	98	73
% Mortalità intra-ospedaliera	14,5	2,5	4,3
Ri-ospedalizzazione entro 3 mesi dalla dimissione	16	14,3	4,3

n.d. dato non disponibile

Proporzione di soggetti con valutazione della funzione sistolica.

Nella nostra casistica abbiamo riscontrato una valutazione ecocardiografica con misura della funzione sistolica in 54 su 62 soggetti (87%). 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 del nostro IRCCS la valutazione è presente nella maggior parte dei pazienti.

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

I soggetti con prescrizione di tali farmaci alla dimissione sono stati 19, cioè il 36%; nei restanti pazienti il farmaco non è stato somministrato per la presenza di controindicazioni (prevalentemente per presenza di ipotensione, iperkaliemia e elevato grado di IRC).

Proporzione di soggetti con prescrizione di beta-bloccante.

I soggetti con prescrizione di beta-bloccante alla dimissione sono stati 41 (77%); nella maggior parte dei restanti pazienti tali farmaci erano controindicati prevalentemente per la presenza di ipotensione. Tale proporzione di prescrizione alla dimissione risulta essere buona.

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 47 (76%), di questi 42 avevano una prescrizione di anticoagulanti orali (79%).

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 Regione²; va ricordato però che tale casistica è datata e la prescrizione di anticoagulanti (soprattutto DOAC) è andata aumentando negli anni come è accaduto nel nostro reparto dal 2018 ad oggi; a conferma di ciò l'elevata prescrizione di anticoagulanti nel nostro IRCCS. Per quanto concerne la tipologia di anticoagulante prescritta il 76% dei pazienti trattati nella nostra casistica è in terapia con DOAC.

Mortalità intra-ospedaliera.

La mortalità intra-ospedaliera (14,5%; 9 soggetti su 62) è in aumento rispetto agli anni precedenti ma rimane sempre inferiore rispetto al dato regionale dello studio SER del 2010 (17%)². L'aumento della mortalità negli anni è verosimilmente correlata alla presenza di paz. sempre più anziani (69% ≥85 anni) e fragili.

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco entro 3 mesi dalla dimissione.

Le ri-ammissioni entro 3 mesi nella nostra U.O. hanno riguardato 2 soggetti; vi sono state inoltre altre 6 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 IRCCS è risultato del 16% (10/62). 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 molto piccola.

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.

Outcome clinico MONITORAGGIO LESIONI DA DECUBITO

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 è sempre basata su un protocollo interno per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito alla cui redazione nel 2018 ha partecipato anche l'U.O. di Geriatria²⁻⁵. 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.

Per quanto riguarda il trattamento delle **lesioni da decubito** l'UO ha continuato secondo i protocolli consolidati previsti; dal gennaio di quest'anno è stata emessa una nuova procedura aziendale che stiamo applicando per il monitoraggio della quale è stato prodotto un foglio excell interno.

Monitoraggio negli anni del numero di pazienti gestiti con lesioni da decubito:

anno	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
n° pazienti ricoverati	551	620	675	547 ¹	527 ¹	526 ¹	430 ²
peso medio dei ricoveri	1,72	1,71	1,6	1,69	1,69	1,7	1,66
n° pazienti con lesioni	48	107	149	n.d.	n.d.	n.d.	105
n° pazienti con nuove lesioni	5	40	57	n.d.	n.d.	n.d.	59
% paz. con nuove lesioni/n° paz. con lesioni	10,4	37	38,3	n.d.	n.d.	n.d.	56,2
% paz. con nuove lesioni/n° paz. ricoverati	0,9	6,4	8,4	n.d.	n.d.	n.d.	13,7

¹: valore medio calcolato sul numero di letti attivo per mese in base alle necessità di letti dedicati ai paz. Covid 19

²: primi 8 mesi dell'anno

n.d.: dato non disponibile

Nel 2020 e nel 2021 non sono stati eseguiti i monitoraggi previsti a causa all'epidemia da Covid 19 che ha comportato trasferimenti dei letti di degenza ed elevato turnover del personale non medico. Problematica anche la raccolta dati nel 2022 per difficoltà di analisi dalle schede informatizzate che hanno richiesto delle revisioni. Dal 2023 è stato possibile riprendere il monitoraggio sistematico. Ad oggi nella nostra U.O. per il 2023 sono stati trattati 105 pazienti per ulcere da decubito di cui 62 di nuova insorgenza suddivise in 35 al sacro (22 I grado, 12 II grado, e 1 di IV grado), 61 ai talloni (42 I grado, 7 II grado e 12 non stadiabili) e infine 4 in altra sede (polso dx causato da agocanula, 2 al dorso e una al piede). Vista l'importanza della gestione di tali lesioni sono stati puntualizzati i protocolli di cura e monitoraggio delle piaghe durante riunione di reparto con personale infermieristico del 1/6/23.

Analisi nuovo monitoraggio primi 8 mesi 2023 su 105 paz. trattati (totale 178 lesioni)

	Nuove lesioni	Guarite	Migliorate	Peggiorate	Invariate
n°	88	36	22	8	112
% (sul totale delle lesioni)	49,4	20,2	12,4	4,5	62,9

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 degenza U.O. (MEDIA OSPEDALE)	% paz. ricoverati su cui non è stato valutato e gestito il rischio (non compilate schede accertamento e/o interventi)	N° paz. con fratture/esiti gravi
2018	30 (4,8)	3,07 (1,36)	n.d.	2
2019	14 (2,1)	1,44 (1,61)	n.d.	1
2020	16 (2,9)	2,02 (1,37)	n.d.	1
2021*	11 (2,1)	2,22 (1,77)	16,2	2
2022	26 (4,9)	2,8 (1,77)	10	1
<i>Standard in letteratura (fonte)</i>	Ospedale Careggi (FI) ed Empoli (FI)	Oliver D., Connolly JB et al; BMJ 2007		
<i>Standard in letteratura (Benchmarking di riferimento)</i>	<4%	variabile da 3 a 13	<2%	n.d.

Fonte Dir. Sanitaria e Serv. Professioni Sanitarie

* dati riferiti a secondo semestre - inizio segnalazioni informatizzate in VisionDep

n.d.: dato non disponibile

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

Anno	RECLAMI	Ringraziamenti /Elogi
2018	2	18/3
2019	1 (Dimissione senza saluto)	11/2
2020	3	1
2021	2 (smarrimento orecchini e fede)	6
2022	2 (smarrimento anello ed effetti personali)	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
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
2020	n.d.	n.d.	n.d.
2021	8.6	1.7	n.d.
2022	10	1.6	n.d.
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%

n.d.: dato non disponibile

Obiettivi generali di miglioramento	Inquadramento diagnostico precoce	Tempo medio di degenza in acuto					Adeguatezza delle cure-assistenza		
		tempo medio in giorni stratificato per UO			tempo medio in giorni stratificato per età <0>75 anni		n° complicanze / Paziente		% Pz con complicanze > 2 / Paziente
Unità di misura	Pz. con tempo TAC > 60' / totale Pazienti acuti (%)	Neu	Ger	Med	<75	>75	<75	>75	
U.O.	PS, Radiologia								
2015	29	10	19	15	10.1	12.3	0.32	0.51	22
2016	18	9	13	11	10.8	12.8	0.59	0.90	17.4
2017	26	9	16	12	9.8	8.9	0.27	0.92	21.5
2018	31	9	13	11	9	10.9	0.49	0.90	19.6
2019	14	10	15	13	11.6	10	0.58	0.79	13
2020	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2021	41	10	14	13	11.6	9	0.71	0.76	19
2022	30	11	16	10	11.7	9,7	0.42	0.73	17
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		Ridotto il n° delle complicanze; prosegue monitoraggio.

n.d.: dato non disponibile

STANDARD DI PRODOTTO

Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

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	
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
2020	n.d.	n.d.
2021	9.2	9.8
2022	5.9	5.9
Indicatori	Standard di Riferimento Regione Veneto 2011: Dimissione in rep. Riabilitativo: 16% Ricovero in RSA: 3.9 % Dimissione in Lungodegenza 12%	

n.d.: dato non disponibile

7. Infezioni Correlate all'assistenza

Prosegue la sorveglianza attiva delle **Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.)** ed è pervenuto il report del 2022 del monitoraggio preparato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.).

Indagine di Prevalenza Puntiforme delle I.C.A. nel periodo dal 2013 al 2022

Anno	Numero Infezioni Geriatria	Numero totale pazienti Geriatria	Prevalenza Infezioni Geriatria	Prevalenza Infezioni Ospedale
2013	4	65	6.2%	4.6%
2014	5	57	8.8%	5.8%
2015	4	44	9%	5.7%
2016	5	42	11.9%	6.9%
2017	4	51	7.8%	5.8%
2018	5	53	9.4%	5.5%
2019	2	48	4.2%	4.4%
2020	4 ¹	44	9%	4.8%
2021	2 ¹	48	4.2%	5%
2022	2 ¹	50	4%	4.5%

Sede dell'infezione: anno 2020: Cavità Orale (=nr1); vie Urinarie (=nr1); vie respiratorie (=nr1); Infezione dell'Orecchio (=nr1); **anno 2021:** Vie Urinarie (=nr1); vie respiratorie (=nr1); **anno 2022:** Vie Urinarie (=nr1); sepsi (=nr1)

Valore atteso ≤ 6.0% (Benchmark Dato Europeo Range da 2.3% a 10.8%) DGR nr.1402,2019

Per una valutazione e risultati completi si rimanda al relativo documento.

	Processo delle Degenze Mediche Unità Operativa Complessa di Geriatria Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona) STANDARD DI PRODOTTO	Ed. 5 /2023
		Pagina 27 di 27
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		

8. 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 un'esauriente relazione al medico curante e consentire al paziente una tempestiva copia della cartella clinica.
- 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) Promuovere la continuità assistenziale con il coinvolgimento delle risorse presenti sul territorio (rete dei servizi, organizzazioni di volontariato ...)
- 10) 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.

PRESTAZIONI EROGATE DALL'UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI GERIATRIA
Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato
via Don Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona)

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 (☎0456013257) dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18; il sabato dalle 8 alle 13 o DIRETTA: sportello presso il piano terra dell'ingresso unico dell'ospedale dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 19,00, il sabato dalle ore 8.00 alle 13.00	Poliambulatori Casa Nogarè	Martedì ore 11.30-13.00	< 30 giorni o sec. classe di priorità	refertazione immediata	Ticket (salvo esenzioni)	Secondo modalità comunicate dall'Accettazione dei Poliambulatori	Poliambulatori Casa Nogarè
Visita Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCCD)	TELEFONICA (☎0456013527) o DIRETTA alla Segreteria CDCCD del 2° piano Sacro Cuore Ingresso F dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 12.30	2° piano Ospedale Sacro Cuore Ingresso F	Mercoledì ore 9-13.00	< 180 giorni o sec. classe di priorità	refertazione immediata	Ticket (salvo esenzioni)	Secondo modalità comunicate dall'Accettazione	2° piano Ospedale Sacro Cuore Ingresso F
Visita geriatrica ambulatoriale (libera professione)	ONLINE su Sito Ospedale, TELEFONICA (☎0456013257) dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18; il sabato dalle 8 alle 13 o DIRETTA: sportello presso il piano terra dell'ingresso unico dell'ospedale dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 19,00, il sabato dalle ore 8.00 alle 13.00	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) dal lunedì al venerdì - dalle ore 8,30 alle ore 13)	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
Recapiti telefonici	<i>Segreteria di reparto (4° piano Don Calabria): tel. 045 6013460 (lunedì, mercoledì, venerdì - dalle ore 9,30 alle ore 11,30), fax 045 6013529 Poliambulatori: tel. 045 6013257; Segreteria CDCCD (2° piano Sacro Cuore): tel. 045 6013644 (dal lunedì al venerdì - dalle ore 9 alle ore 12,30)</i>							

Data di aggiornamento: 28/09/2023

Allegato allo Standard di Prodotto Unità Operativa Complessa di GERIATRIA