

	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. 7 /2025
	Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		Pagina 1 di 30

STANDARD DI PRODOTTO

Unità Operativa Complessa di

GERIATRIA

Edizione: 7/2025

Data emissione: 21/05/2025

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

	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. 7 / 2025
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		Pagina 2 di 30

Direttore: Dr.ssa Emanuela Turcato

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

Ubicazione:

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

Day Hospital: presso Palazzina Ingresso Principale – zona Donatori Sangue

Ambulatorio Divisionale Geriatrico: Poliambulatori Casa Nogarè

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

Recapiti utili:

Coordinatore – Dott. Beniamino Micheloni
beniamino.micheloni@sacrocuore.it

Segreteria - 4° piano Don Calabria

Ambulatorio Infermieristico

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

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

☎ 045-6013111 int. 3076

☎ 045-6013460

Fax 045-6013529

☎ 045-6013461

☎ 045-6013257

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

Caratteristiche Professionali del Direttore

Dott.ssa Emanuela Turcato

telefono:

e-mail:

+39 045 6013460 - 4637

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 Valpolicella; fino al 31 dicembre 2013 ha avuto il ruolo di Medico Dirigente di 1° livello dell'U.O. di Geriatria.

Dal 1/1/2014 al 31/10/2017 ha svolto l'incarico di responsabile di Struttura Semplice della stessa U.O. di Geriatria.
Dal 1 novembre 2017 è stata nominata **Direttore di Struttura Complessa** sempre della U.O. di Geriatria.

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 cardiaca e cerebrovascolare.
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 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.



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. 7 /2025

Pagina
4 di 30

Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

dimissione 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 importante nell'incrementare il rischio di caduta, problematica importante nei nostri pazienti (vedi successivo report di cadute). Nella tabella sottostante sono mostrate le 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/grave a conferma che si tratta di pazienti fragili, gravati da più patologie invalidanti ed a elevato rischio di caduta.

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

ANNO	2020	2021	2022	2023	2024
INGRESSO	40	44	36	42	41
DIMISSIONE	47	51	43	51	47

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. Tale modalità è stata sostituita dal mese di giugno 2024 dal **sistema informatizzato Advenias Care per la presa in carico del paziente nella rete dei servizi territoriali**. Tale piattaforma è stata creata nell'ambito del "Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta" (decreto n. 31 del 3 aprile 2023)

Continuità Assistenziale

ANNO	2020	2021	2022	2023	2024
	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)
Consulenze eseguite da Assistente Sociale	109 (20)	125 (24)	156 (29,6)	164 (25,3)	194 (28)
S.Va.M.A. compilate da U.O.	89 (16)	81 (15)	96 (18)	125 (19,3)	164 (23,7)
Pazienti accolti in RSA Casa Nogare	23 (4,2)	23 (4,4)	15 (2,8)	12(1,8)	10 (1,4)
Pazienti accolti in RRF Don Calabria	7 (1,3)	2 (0,4)	2 (0,4)	7(1,1)	5 (0,7)
Pazienti dimessi in Casa di Riposo	12 (2,2)	19 (3,6)	24 (4,5)	36(5,5)	48 (7)
Pazienti accolti in altre RSA/O.di Comunità/Hospice/altro	7 (1,3)	7 (1,3)	12 (2,2)	13(2)	29 (4,2)
Totali dimessi in Struttura Protetta	49 (9)	51 (9,7)	53 (10)	68(10,5)	92 (13,3)
Paz. dimessi in ADI	45 (8,2)	54 (10,2)	76 (14,4)	122(18,8)	168 (24,3)

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 con presa in carico da parte dei servizi territoriali.

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 6 anni) in genere pazienti con anemia severa che necessitano di trasfusioni.

L'U.O. svolge attività verso l'esterno mediante l'ambulatorio divisionale geriatrico e l'ambulatorio divisionale geriatrico dedicato ai pazienti della chirurgia colon-retto – E.R.A.S. (Enhanced Recovery After Surgery: miglior recupero dopo un intervento chirurgico).

ambulatorio	
Ambulatorio Divisionale Geriatrico	tipo di archivio clinico
Ambulatorio Divisionale Geriatrico dedicato Chirurgia E.R.A.S.	informatizzato
	informatizzato

L'ambulatorio divisionale geriatrico si occupa prevalentemente della gestione di pazienti con problematiche internistiche geriatriche, cardiovascolari, terapia anticoagulante o con iniziale decadimento cognitivo.

L'ambulatorio divisionale geriatrico dedicato chirurgia E.R.A.S. è un ambulatorio geriatrico che prevede la valutazione multidimensionale del paz. nella fase di presa in carico per intervento chirurgico per patologia oncologica colon-rettale.

L'**organico** della U.O. di Geriatria è composto da 1 Direttore e 5 medici. Un Coordinatore, gli infermieri e gli operatori gestiscono anche l'adiacente Reparto per le Malattie Tropicali. Gli infermieri sono 25 (di cui 6 part-time); sono presenti 20 operatori (di cui 3 part-time). L'attività di segreteria è svolta da 1 segretaria presente in reparto 3 giorni alla settimana.

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 Cerebrolesi e Lesionati Midollari (2° piano), della Riabilitazione Ortopedica (3° piano Casa Nogare); è presente inoltre un servizio di **Reperibilità interdivisionale** condiviso con i colleghi del Dipartimento Internistico.

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.

	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. 7 /2025
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		Pagina 6 di 30

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

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

Commis. Terapeutica Aziendale (C.T.A.)

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

Tutor-valutatore Specializzandi Geriatria

Consulente Nutrizione Clinica per Nutrizione Artificiale Domiciliare e Team Cure Palliative
Ambulatorio Divisionale Geriatrico e dedicato Chirurgia E.R.A.S.

Email: emanuela.turcato@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. 7 / 2025
	Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001	Pagina 7 di 30

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 Divisionale Geriatrico e dedicato Chirurgia E.R.A.S.
 Attività di Ecografia in reparto
 Email: elena.ferrari@sacrocuore.it

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

Ambulatorio Divisionale Geriatrico e dedicato Chirurgia E.R.A.S.
 Team Cure Palliative
 Email: elisa.grison@sacrocuore.it

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

Ambulatorio Divisionale Geriatrico e dedicato Chirurgia E.R.A.S.
 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:

- Cesare Caliarì (medico)
- Beniamino Micheloni (Coordinatore)
- Sara Brunelli (Infermiera)
- Silvia Antica (infermiera)

	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. 7 / 2025
	Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001		Pagina 8 di 30

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
Amb. Divisionale dedicato Chirurgia E.R.A.S. (infrasettimanali)	-	X	-	< 30 giorni o Secondo necessità segnalate da chirurgia
Consulenza geriatria	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)

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 il 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.



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. 7 /2025

Pagina
9 di 30

Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

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

Controllo documentazione sanitaria

	Cartelle cliniche N.C./totale cartelle esaminate (consenso trattamento dati, consenso trasfusioni, ...)	Numero cartelle controllato (campione calcolato sul totale degenza anno precedente)
Anno	Valore atteso ≤ 10%	
2021	31%	100
2022	13,4%	127
2023	9,7%	133
2024	In corso controlli	In corso controlli

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 pressione ...)
2021	13
2022	14
2023	14
2024	14
2025	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)
	Valore atteso: ≤ 30 gg	Valore atteso: ≤3%	Valore atteso: ≤10%
	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%
2023	30,5	0%	0%
2024	30	0%	0%

Fonti Sistemi informativi/Uff. SQI

*Calcolo inficiato da periodo di chiusura per emergenza Covid 19

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. L’indagine iniziata nel settembre 2020 si è protratta nel tempo e conclusa nel settembre 2023 proprio per le difficoltà avute nella distribuzione dei questionari e nel raggiungimento del campione minimo previsto per avere una sufficiente rappresentatività legate all'emergenza Covid 19 che ha condizionato il numero di posti-letto disponibili ma soprattutto l’accesso dei caregiver. Difficoltosa anche l’ultima raccolta con il campione di questionari raccolti di poco superiore al campione minimo necessario (campione previsto per avere una buona rappresentatività: 133 osservazioni).

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)
2024 (dal 04/03/2024 al 31/10/2024)	86/84	90,5%; (1,52)	93,02%; (1,52)

*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 2024

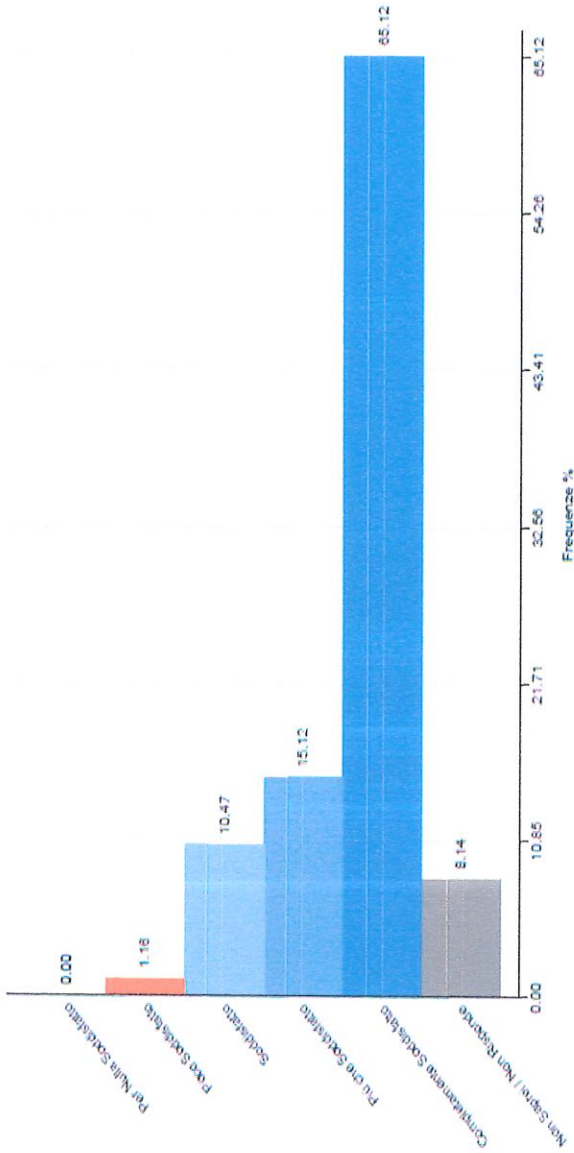
Periodo di Riferimento: 04/03/2024 al 31/10/2024

Questionari analizzati 86; il campione rappresentativo è stato calcolato sui dimessi anno 2023.

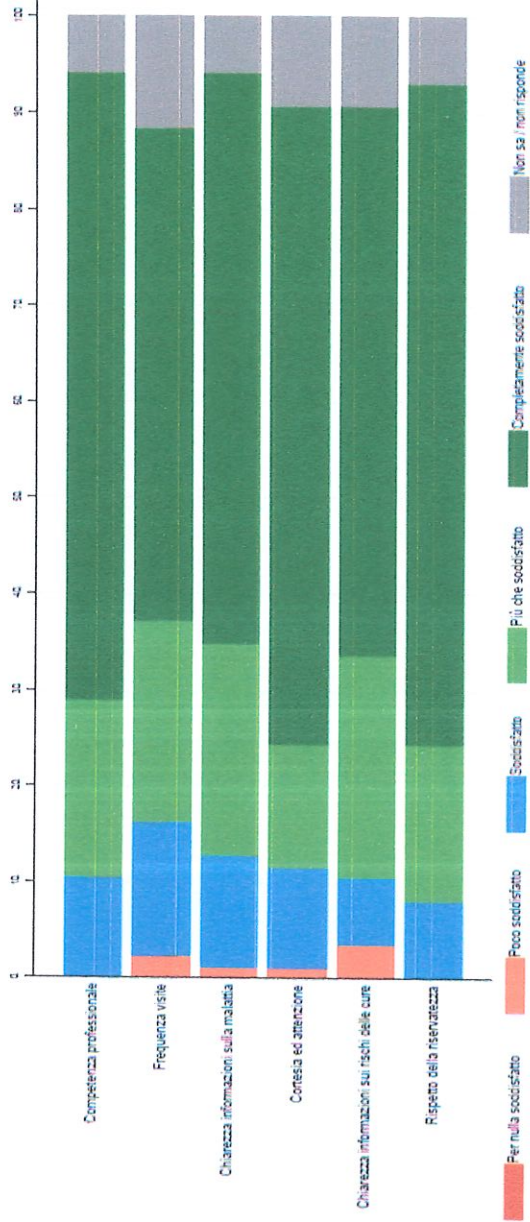
Campione minimo previsto per avere una sufficiente rappresentatività: 84 osservazioni.

I questionari sono stati compilati nel 57% dei casi dal paziente e nel 30% dei casi da un familiare/parente (13% non ha risposto).

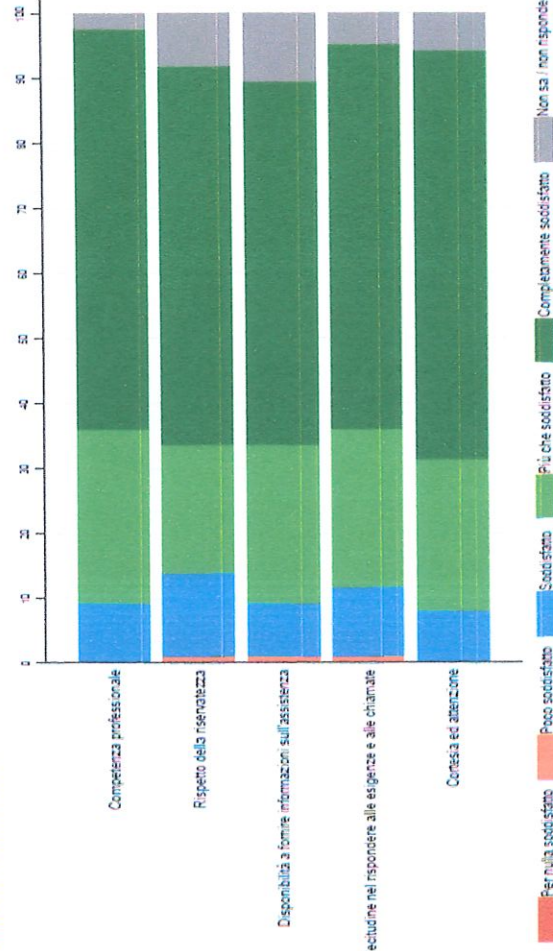
Accoglienza in reparto



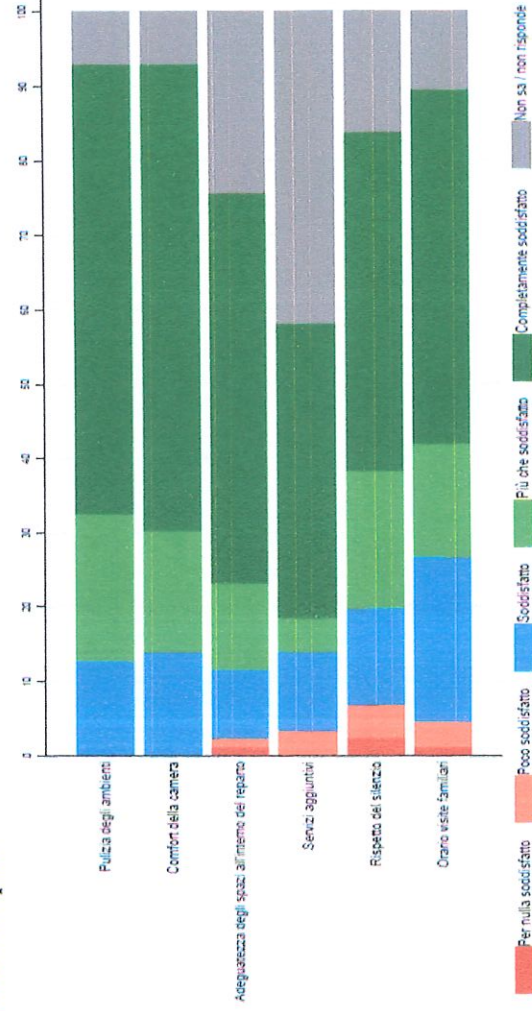
Valutazione di alcuni aspetti del personale medico



Valutazione di alcuni aspetti del personale infermieristico

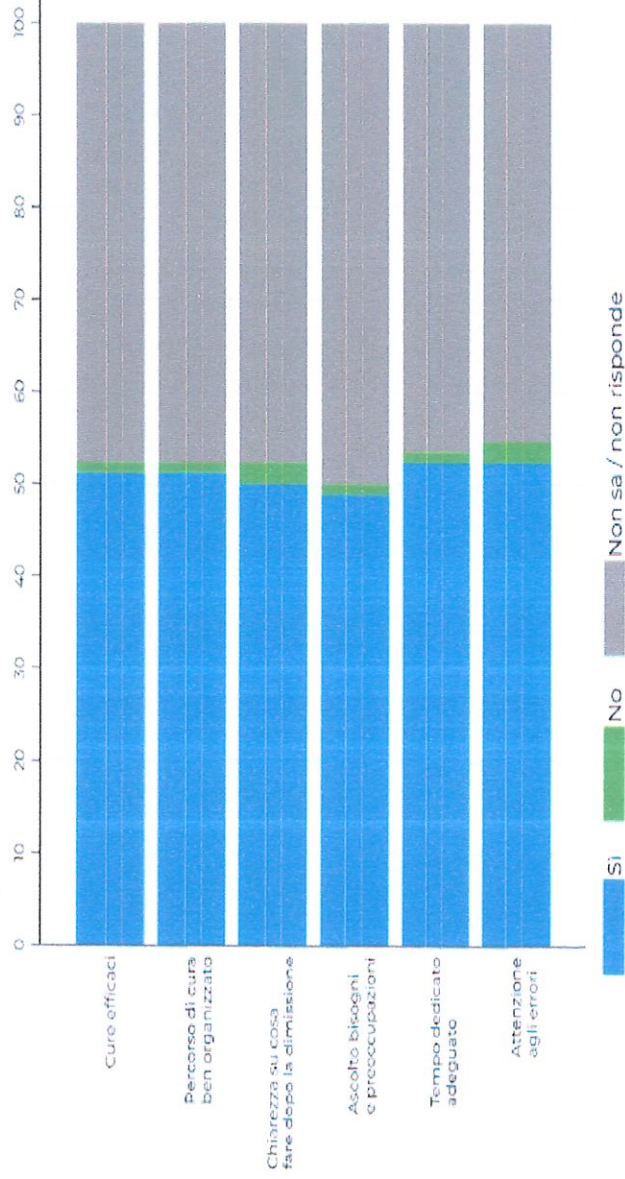


Valutazione di alcuni aspetti inerenti il reparto

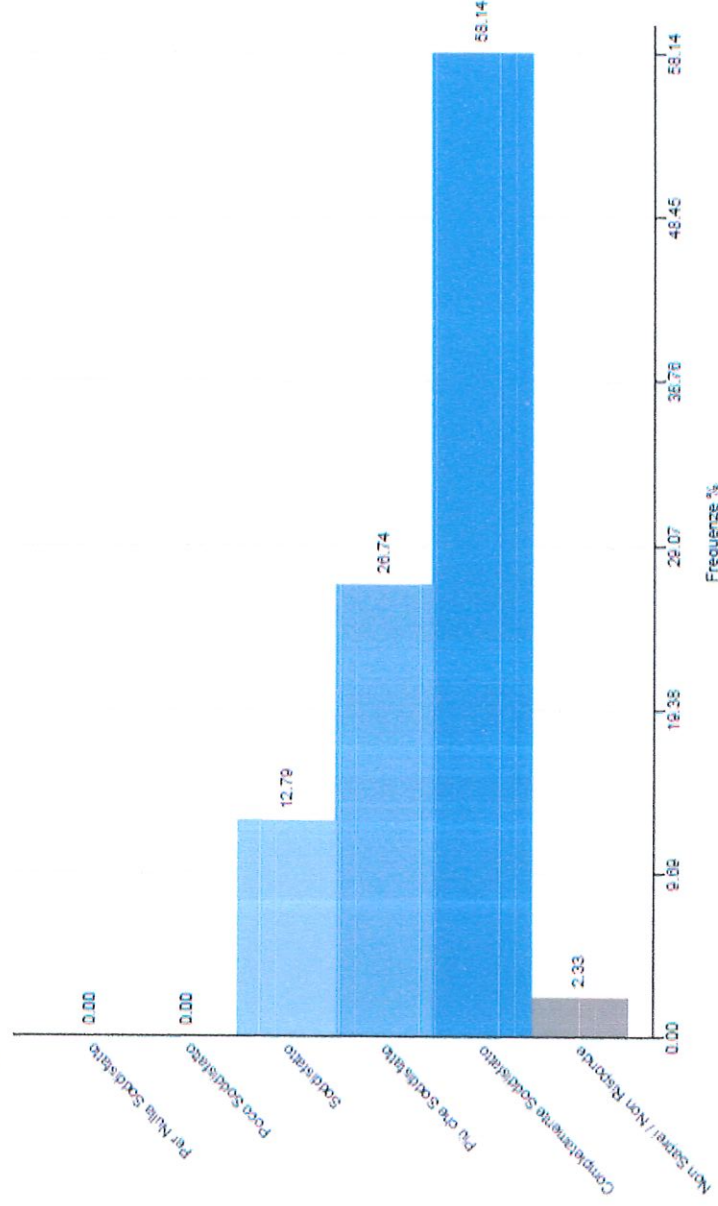


Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

Valutazione di alcuni aspetti delle cure ricevute



Giudizio complessivo rispetto al ricovero





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. 7 / 2025

Pagina
14 di 30

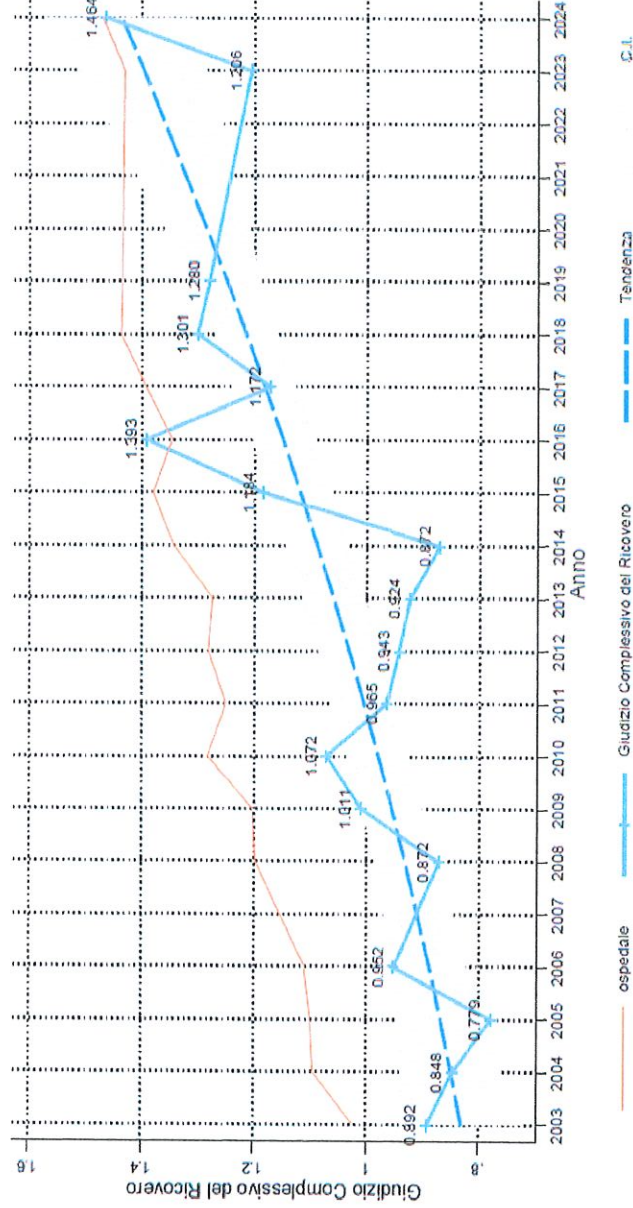
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

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



6. Standard, Obiettivi e Indicatori

Il monitoraggio per l’Unità operativa segue una prassi consolidata per cui dalla Direzione vengono definiti degli obiettivi in relazione alle indicazioni provenienti dall’autorità regionale.

Indicatori di volume, efficienza e complessità

La tabella sottostante mostra l’andamento degli indicatori di volume, appropriatezza, efficienza e complessità dell’U.O. dal 2019 al 2024.

INDICATORI							
anno	n° posti letto	n° totale ricoveri ordinari	N° di r.o. outliers (%)	% in urgenza da P.S.	n° totale ricoveri in DH	degenza media	peso medio ricoveri
2019	26	675	21 (3.1)	90.6	0	14.4	1.60
2020	23,2 ¹	547	21 (3.8)	92.7	0	14,5	1,69
2021	22,7 ¹	527	27 (5,1)	94	0	15,7	1,69
2022	23,6 ¹	526	30 (5,7)	95,4	0	15,5	1,69
2023	27	647	28 (4,3)	93,2	0	15,2	1,66
2024	27	691	21 (3)	92,6	0	14,4	1,71
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	Incremento/ mantenimento	Dati SDO 2023 Veneto 7% (Attività per acuti>65 anni) ²	n.d.	Incremento/ mantenimento	Riduzione Dati SDO 2023 Veneto 10,5 (Attività per acuti>75 anni) ²	Mantenimento Dati SDO 2023 Veneto 1,46 Nazionale 1,49 (Attività per acuti>65 anni) ²

Fonte Dir. Sanitaria

n.d.: dato non disponibile

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

2: Valori estratti da "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" Dati SDO 2023 pubblicati nel gennaio 2025 Ministero della Salute ex Direzione Generale della Programmazione sanitaria

La tabella sottostante mostra il confronto tra la degenza media effettiva dell'U.O. negli ultimi 4 anni e la degenza media nazionale – attività per acuti per i principali DRG. I valori della degenza media nazionale per ciascun DRG sono quelli ottenuti dai Dati SDO 2021, 2022 e 2023 pubblicati rispettivamente nei “Rapporti annuale sull’attività di ricovero ospedaliero” dell’ottobre 2023, aprile 2024 e gennaio 2025

INDICATORI										
			2021		2022		2023		2024	
DRG			D.M. effettiva	D.M. nazionale	D.M. effettiva	D.M. nazionale	D.M. effettiva	D.M. nazionale	D.M. effettiva	D.M. nazionale
127	Insufficienza cardiaca e shock		15,8±7,1	9,6	14,6±6	9,8	12,7±5,6	9,8	12,5±5	n.d.
089	Polmonite semplice e pleurite, età>17 anni con CC		12,9±6	11,5	13,8±6,5	11,5	13,8±5,8	11,2	12,4±5,5	n.d.
576	Setticemia senza ventilazione meccan. =96 ore, età> 17 anni		14,3±7,2	13,6	17,5±12	14,1	13,2±7,2	14,1	15,4±9,6	n.d.
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria		18,9±7,6	12,1	17±11,3	11,1	12,3±8,7	10,7	15,1±8,6	n.d.
079	Infezioni e infiammazioni respirat., età>17 anni con CC		21±12	14,9	16,7±9,9	14,5	15,9±9,5	14,6	17,1±14	n.d.

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

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), dall’elevato numero di ricoveri in urgenza (ricoveri da PS 92,6%; ricoveri da altri reparti per acuti per acuti 6%, quasi la metà da Terapia Intensiva) 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 comprendendo quindi pazienti in età non geriatrica; 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.

Reperto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

Indicatori di esito
OUTCOME CLINICO: 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; tra gli strumenti che utilizza vi è il **"TREEMAP"**. Tale strumento di valutazione consente un'analisi sintetica dei risultati dell'Ospedale per area clinica.
Nell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio rientra l'indicatore mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco; nel 2022 e 2023 sono stati rispettivamente il 33 e 35 % i pazienti ricoverati con scompenso cardiaco – DRG 127- nel nostro reparto; il livello complessivo di aderenza a standard di qualità per tale indicatore è risultato **"alto"** (vedi figure sottostanti).

Dettaglio treemap della nostra struttura:



Anno 2022

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMAr: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	119	6,09	7,69	.	.	.
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PICA entro 90 minuti	70	48,51	51,29	.	.	.
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	189	7,05	10,73	.	.	.
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	74	1,39	1,64	.	.	.

Anno 2023

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMAr: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	134	5,80	7,13	.	.	.
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PICA entro 90 minuti	70	49,08	56,14	.	.	.
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	94	1,05	1,49	.	.	.
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	237	6,34	9,63	.	.	.

Mortalità a 30 giorni: confronto indicatore nella nostra struttura negli ultimi 6 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	0,04
2022	189 (62)	7,9	10,7	7,05	0,66	0,1
2023	237 (83)	7,6	9,64	6,3	0,66	0,07

*numero paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127; n.d. dato non disponibile

Mortalità a 30 giorni; anno 2023: 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		95801	9,64				
A.O.U.U. Osp. Civile Maggiore - Verona	VR	258	6,59	6,79	0,70	0,15	
Osp. C. Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (Paz. ricoverati UO Geriatria DRG 127)	VR	237 (83)	7,6	6,3	0,66	0,07	
Osp. per Acuti-Legnago	VR	185	11,3	11,4	1,18	0,43	
Pres. Casa di Cura Dott. Pederzoli-Peschiera Del Garda	VR	184	9,78	10,1	1,05	0,8	
A.O.U.U. Policlinico-Verona	VR	167	6,59	5,2	0,54	0,04	
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	167	11,3	11,7	1,22	0,37	
Osp. Magalini - Villafranca	VR	127	14,2	12,6	1,3	0,2	
Osp. Civile Orlandi-Bussolengo	VR	19	5,2	n.v.	n.v.	n.v.	

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

- **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 importanti 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 comporrà 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 (PDIA) 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 2019 al 2024.

Anno di riferimento (n° medio post letto)	2019 (26)	2020 (23,2)*	2021 (22,7)*	2022 (23,6)*	2023 (27)*	2024 (27)*
N° totale ricoveri in U.O. GERIATRIA	675	547	527	526	647	691
N° ricoveri per scompenso cardiaco DRG 127	92	66	52	62	83	81
Eta' media (anni)	86,4	85	86,6	86,7	87,6	87
Degenza media (giorni)	14	13	16	15	13	12,8
Mortalità Intraospedaliere % (N°pz deceduti)	6,5 (6)	12 (8)	11,5 (6)	14,5 (9)	13,2 (11)	18,5 (15)
Eta' media paz. deceduti (anni)	89	88	84,6	88,2	88,6	88,7

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

Nel 2024 i ricoveri per scompenso cardiaco (DRG 127) sono stati 81, 11,7% su un totale di 691 ricoveri. Di questi 81 pazienti, 40 erano maschi (49,4%) e 41 femmine (50,6%). Per quanto concerne l'età media suddivisa per sesso essa è risultata maggiore nelle femmine (88,2 vs 85,5 anni); la durata della degenza media è risultata lievemente superiore nei maschi (12,9 giorni vs 12,7). Per quanto concerne il numero di decessi è stato più elevato tra i soggetti di sesso maschile (8 vs 7); l'età media dei paz. deceduti è risultata elevata: sempre maggiore agli 88 anni tranne nel 2021 verosimilmente per le conseguenze della pandemia Covid19 (conseguenze dell'infezione, ridotto numero di visite di controllo ...).

Come si evidenzia nella successiva tabella l'**ospedalizzazione** in U.O. di Geriatria ha riguardato soprattutto le classi di età più avanzate; infatti nel 2024 il 68% 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: oltre il 95% in U.O. Geriatria nel 2023 e 2024).

Distribuzione per fasce di età: confronto tra le U.O. del nostro IRCCS					
	Geriatria	Geriatria	Medicina	Cardiologia	Reperti per acuti Dati SER Veneto 2010 ²
Periodo in esame	2023	2024	2023	2022	2004
Numero Ricoveri per scompenso cardiaco	83	81	92	70	2006
<65 anni	0%	0%	6,5%	11%	8,4%
65-74 anni	0%	5% (4 paz)	14,1%	20%	19,1%
75-84 anni	28% (23 paz)	27% (22 paz)	28,3%	39%	41,8%
85 e oltre	72% (60 paz)	68% (55 paz)	51.1%	30%	30,7%



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
Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

Ed. 7 / 2025

Pagina
21 di 30

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	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)
Comorbidità					
Cardiopatia ischemica	29	35	19	24	22
Frazione di eiezione all'ecocardiog. < 35%	21	19	13	14	14
Fibrillazione Atriale (FA)	83	73	76	78	83
PM a dimora / ICD	30	27	29	25	30
Insuff. Renale cronica (IRC)	76	73	81	93	94
Diabete mellito tipo 2	30	19	29	38	23
Anemia	39	59	35	49	51
BPCO	27	19	19	20	33
Distiroidismo	25	10	34	19	18
Stroke	3	2	5	7	14

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 14% risultava avere una funzione contrattile del ventricolo sinistro medio-severamente scaduta (FE stimata <35%) alla valutazione ecocardiografica, quindi nelle classi di età più avanzate si conferma al prevalenza di scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata o mediamente ridotta.

Le **CARATTERISTICHE** dei pazienti ricoverati nella nostra UO nel 2024 suddivise per sesso sono mostrate nella tabella sottostante.

	MASCHI	FEMMINE
Numero (%)		
Età media (anni)	40 (49,4)	41 (50,6)
	85,5	88,2
Degenza media (giorni)	12,9	12,7
Numero paz. Deceduti (%)	8 (20)	7 (17)
Età media deceduti (anni)	86,5	91,3
Peso corporeo (Kg)	81	69,5
BNP (ng/L)	1273	891
% paz con Cardiopatia ischemica	32,5	12,2
% paz con Frazione di eiezione all'ecocardiog. < 35%	20	7,3
% paz con Fibrillazione Atriale	77,5	87,8
% paz con PM a dimora / ICD	37,5	22
% paz con Insuff. Renale cronica (IRC)	92,5	95
% paz con Diabete mellito tipo 2	35	12
% paz con Anemia	52,5	48,7
% paz con BPCO	40	27
% paz con Distiroidismo	7,5	29
% paz con Stroke	5	22
% paz. con più di 3 patologie tra quelle in elenco	40	44
% paz in terapia con anticoagulanti	70	61
% paz in terapia con beta-bloccanti	75	75,6
% paz in terapia con ACE-I o ARB	37,5	19,5

Osservando la casistica si rileva che le femmine ricoverate sono in media più anziane e sono molto più anziane degli uomini le donne decedute (91,3 anni vs 86,5); la cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione sono prevalenti nei maschi così come il diabete e la BPCO; nelle femmine c'è una maggior prevalenza di FA, patologia tiroidea e stroke.



Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

Parametri clinici e laboratoristici

Per quanto concerne il 2024 i valori medi di pressione arteriosa sistolica, diastolica, frequenza cardiaca, BNP e peso corporeo all'ingresso ed alla dimissione dei 66 **pazienti sopravvissuti** (età media 86,4 e degenza media 13,5) sono riportati nella tabella sottostante con la variazione percentuale degli stessi. La riduzione dei valori di BNP oltre il 30% è un indicatore di efficacia della terapia⁷.

	Ingresso	Dimissione	Delta %
PAS (mmHg)	134	119	- 11
PAD (mmHg)	76	70	-7,9
FC (bpm)	84	76	-9,5
BNP (pg/mL)	1020	686	-32,7
Peso (kg)	76,5	72,9	-4,7

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

Terapia prescritta alla dimissione

Durante la degenza il 98,5% dei pazienti dimessi 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 83,3% di soggetti dimessi, a fronte di un gruppo di anziani con elevata età media (86,4 anni) e con oltre il 64% dei soggetti over 85, i pazienti trattati con anticoagulanti sono una percentuale elevata (77%) dei quali 40 in DOAC (78%) e 11 in AVK (22%).

Anno di riferimento	2020	2021	2022	2023	2024
Pazienti dimessi (n°)	58	46	53	72	66
terapia farmacologica alla dimissione (%):					
furoseme	98	91	98	98	95
beta-bloccanti	81	76	77	82	91
ACE-I o ARB	26	28	36	37	33
terapia anticoagulante (AVK+DOAC)	64	63	79	68	77
terapia antiaggregante	12	26	28	21	21
antidosteronici	52	30	40	33	57
digitale	19	17	13	11	15

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. Per alcuni indicatori (soggetti con valutazione ecardiografica, soggetti con prescrizione di ACE-inibitore o di bloccante il recettore dell'angiotensina, soggetti con prescrizione di beta-bloccante) è stato possibile avere dati di confronto più recenti (2015) sia su scala regionale che nazionale⁸.

- 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



Ospedalizzazione per scompenso cardiaco entro 3 mesi dalla dimissione.

Nel 2024 le ri-ammissioni entro 3 mesi dei pazienti dimessi dalla nostra U.O. negli altri reparti dell'IRCCS hanno riguardato 5 soggetti (7,5%); i dati completi del 2024 non sono ancora disponibili.
Nel 2023 il tasso di ri-ospedalizzazione entro 3 mesi per scompenso cardiaco nei pazienti dimessi dal nostro IRCCS è risultato del 12% (28/237). Tale dato risulta positivo rispetto al dato medio regionale che è del 16%².

Indicatori monitoraggio applicazione PDTA scompenso cardiaco

Nella tabella sottostante sono elencati gli indicatori che abbiamo monitorato presso la nostra U.O. per verificare l'applicazione del PDTA con standard di riferimento e rilevazione effettuata.

Indicatore	Tempi di verifica	Standard	Rilevazione
% di soggetti ricoverati con valutazione della funz. sistolica	annuale	≥75%*	59,2
% di soggetti dimessi con prescrizione ACE-I o ARB	annuale	≥85%*	33
% di soggetti dimessi con prescrizione di beta-bloccante	annuale	≥50%*	91
% Mortalità intra-ospedaliera	annuale	PNE**	18,5

*Tratti da: Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G. Ital Cardiol 2006; 7: 387-432

**Standard PNE (Programma Nazionale Esti): non disponibili i dati del 2024

Con l'esclusione dell'indicatore "% di soggetti dimessi con prescrizione di beta-bloccante" che è molto soddisfacente, tutti gli altri indicatori sono migliorabili anche se occorre tenere sempre presente le peculiarità della nostra casistica che comprende soggetti molto complessi non sempre "standardizzabili".

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.
8. Ministero della Salute, Nuovo Sistema di Garanzia. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali. Risultati sperimentazione Anno di valutazione 2017, Anno di Reclutamento 2015. PDTA Scompenso Cardiaco



Outcome clinico

MONITORAGGIO LESIONI DA PRESSIONE (LDP)

La prevalenza di LDP nei pazienti ospedalizzati varia dal 4,7 al 32,1%¹. La gestione di tali lesioni si è sempre basata su un protocollo interno per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione alla cui redazione dal 2018 ha partecipato anche l'U.O. di Geriatria; l'ultima revisione del protocollo è stata pubblicata nel febbraio di quest'anno. Con l'utilizzo della cartella clinica elettronica la modalità di registrazione delle medicazioni delle LDP da scheda cartacea è passata a scheda informatizzata e ciò ha comportato notevoli difficoltà nella raccolta ed analisi sistematica dei dati. 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 analisi dalle schede informatizzate che hanno richiesto delle revisioni. Dal gennaio del 2023 per garantire un monitoraggio più accurato è stato prodotto un foglio excel interno (vedi tabella sottostante).

Vista l'importanza della gestione di tali lesioni sono stata puntualizzati i protocolli di cura e monitoraggio durante la riunione di reparto con il personale infermieristico del 1/6/23.

Monitoraggio negli anni del numero di pazienti gestiti con LDP:

anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
n° pazienti ricoverati	620	675	547 ¹	527 ¹	526 ¹	647	691
peso medio dei ricoveri	1.71	1.6	1.69	1.69	1,7	1,66	1,71
n° pazienti con lesioni ²	107	149	n.d.	n.d.	n.d.	142	138
% paz. con lesioni ² /n° paz. ricoverati	17,2	22	n.d.	n.d.	n.d.	21,9	19,9
n° pazienti con nuove lesioni ³	40	57	n.d.	n.d.	n.d.	78	50
% paz. con nuove lesioni ³ /n° paz. ricoverati	6,4	8,4	n.d.	n.d.	n.d.	12	7,2
% paz. con nuove lesioni ³ /n° paz. con lesioni ²	37	38,3	n.d.	n.d.	n.d.	54,9	36,2
% paz. deceduti nei paz. con lesioni ²	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	21	15,2
% paz. deceduti nei paz. con nuove lesioni ³	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,5	7,2

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

²: rilevate all'ingresso

³: rilevate durante la degenza

n.d.: dato non disponibile

Nel 2024 sono stati segnalati 138 pazienti con LDP rilevate all'ingresso cioè il 19,9%; parametro in lieve calo rispetto agli anni precedenti. I pazienti con lesioni di nuova insorgenza durante la degenza sono stati 50 cioè il 7.2% del totale dei ricoveri: tale parametro è in netto calo rispetto all'anno precedente nonostante le caratteristiche dei paz. ricoverati con rilevante complessità e disabilità (peso medio in aumento). In questi 50 pazienti con LDP di nuova insorgenza abbiamo rilevato 26 lesioni al sacro (14 di I grado e 12 di II grado), 29 ai talloni (14 di I grado, 6 di II grado, 1 di III grado e 8 non valutabili) e infine 8 in altra sede come dorso, caviglia, trocantere e dita del piede (di I e II grado, con 1 lesione alle dita dei piedi non valutabile). Il numero di pazienti deceduti è di 10 tra le LDP di nuova insorgenza (7.2%) e 21 tra le LDP già presenti all'ingresso (15.2%) confermando che spesso la LDP insorge in paz. molto compromessi e in fase di malattia terminale.

BIBLIOGRAFIA:

1- Vandenwee K et al. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract 2007; 13: 227-235.

Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

ALTRI INDICATORI:

Cadute				
	Numero totale 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	9
2023	24 (3,7)	2,2 (1,20)	8,6	11
2024	26 (3,7)	2,37 (1,24)	0	7
Standard in letteratura (fonte)	Ospedale Careggi (FI) ed Empoli (FI)	Oliver D., Connolly JB et al; BMJ 2007		
Standard in letteratura (Benchmarking di riferimento)	<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
2019	1 (Dimissione senza salute)	11/2
2020	3	1
2021	2 (smarrimento orecchini e fede)	6
2022	2 (smarrimento anello ed effetti personali)	2
2023	2	8
2024	2 (paz non accaduto e contenzione eccessiva)	3

Reperto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

STROKE CENTER

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

INDICATORI			
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 (n°)*, Medicina	Tutte	Neurologia, Geriatria, Medicina
2015	4.3 (17)	1.8	82
2016	6.2 (23)	1.8	60
2017	6.7 (14)	2.2	76
2018	9.2 (13)	1.6	80
2019	4 (17)	1.7	85
2020	3.6 (17)	1.6	90
2021	8.6 (21)	1.7	n.d.
2022	10 (14)	1.6	n.d.
2023	4.5 (26)	1.9	90
2024	5.5 (27)	1.7	91
Valore Atteso	<18%	1.8-3	>80%
Benchmark	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° ricoveri in geriatria
n.d.: dato non disponibile

INDICATORI									
Obiettivi generali di miglioramento	Inquadramento diagnostico precoce	Tempo medio di degenza in giorni				Adeguatezza delle cure-assistenza			
		tempo medio in giorni stratificato per UO		tempo medio in giorni stratificato per età < > 75 anni		n° complicanze / Paziente		% Pz con complicanze > 2/ Paziente	
Unità di misura	Pz. con tempo TAC > 60' / totale Pazienti acuti (%)	Neu	Ger	Med					
U.O.	PS, Radiologia	10	12	13	<75	>75	<75	>75	
2015	13	10	12	13	10.3	13.6	0.28	0.89	10
2016	29	10	19	15	10.1	12.3	0.32	0.51	22
2017	18	10	13	11	10.8	12.8	0.59	0.90	17.4
2018	26	9	16	12	9.8	8.9	0.27	0.92	21.5
2019	31	9	13	11	9	10.9	0.49	0.90	19.6
2020	14	9	15	n.d.	11.6	10	0.58	0.79	13
2021	41	10	14	13	11.6	9	0.71	0.76	19
2022	30	10	16	10	11.7	9.7	0.42	0.73	17
2023	45	11	19	15	13	13	0.23	0.73	11
2024	30	11	12	14	10	13	0.25	0.85	17
Valore Atteso	/	<10-12 gg		/		<1.5		<1.5	
Benchmark	Il valore si mantiene soddisfacente. La tendenza all'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% del pz		Ridotto il n° delle complicanze; prosegue monitoraggio.	
						I valori di riferimento saranno raggiunti attraverso costante attenzione all'assistenza			

n.d.: dato non disponibile



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. 7 /2025

Pagina
28 di 30

Reparto con Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001

INDICATORI	
Obiettivi generali di miglioramento	Appropriatezza delle cure-assistenza
Unità di misura	% pazienti che accedono alla Riabilitazione RRF / totale Pz acuti
U.O.	Neurologia, Geriatria, Medicina
2015	9.8
2016	13.2
2017	11.2
2018	10.8
2019	8.4
2020	9.1
2021	9.2
2022	5.9
2023	13
2024	15
Valore Atteso	<16%
Benchmark	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 2024 preparato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.).

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%
2023	3 ¹	53	5.6%	5.7%
2024	3 ¹	53	5.6%	5.2%

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);

anno 2023: Vie Urinarie (=nr2); basse vie respiratorie (=nr1)

anno 2024: Vie Urinarie (=nr1); SEPSI (=nr1)ferita chirurgica (= nr.1).

Valore atteso ≤6.0%; Benchmark dato Europeo range da 2.3% a 10.8% (nell'area per acuti sec. DGR nr. 402,2019: 6.5% dato Italiano; 6% dato Europeo (Range da 2.3% a 10.8%); sec. ECDC PPS 2022-2023: 8.2% dato Italiano; 6.5% dato Europeo.

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

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 Semprebondi, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Verona)							Rev. 2 del 04.11.2024
								Pag. 1 di 1

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, tramite APP dedicata, 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 geriatrica ambulatoriale divisionale dedicato Chirurgia E.R.A.S.	Tramite Segreteria di Reparto su richiesta Segreteria Chirurgia Generale	Zona Prericoveri - Palazzina Ingresso Principale	Da lunedì a venerdì ore 10.00-12.00 ore 14.00-16.00	< 30 giorni o sec. segnalazione Segreteria Chirurgia Generale	refertazione immediata	Ticket (salvo esenzioni)	Secondo modalità comunicate dall'Accettazione dei Poliambulatori	Palazzina Ingresso Principale
Visita geriatrica ambulatoriale (libera professione)	ONLINE su Sito Ospedale, tramite APP dedicata, 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)	Zona Donatori Sangue - Palazzina Ingresso Principale	Comunicati, per ogni medico, al momento della prenotazione	< 15 giorni	Lettera di dimissione alla chiusura della cartella clinica	Esente ticket	//	Palazzina Ingresso Principale
Recapiti telefonici	Segreteria di reparto (4° piano Don Calabria): tel. 045 6013460 (lunedì, mercoledì, venerdì - dalle ore 8.00 alle ore 10.00), fax 045 6013529 Poliambulatori: tel. 045 6013257							

Data di aggiornamento: 21/05/2025

Allegato allo Standard di Prodotto Unità Operativa Complessa di GERIATRIA