STANDARD DI PRODOTTO

Unità Operativa Complessa di GERIATRIA

Edizione: 8/2026

Data emissione: 25/08/2026

Redatto da:	Approvato da:
Direttore Team RQ	Direttore Dr.ssa Emanuela Turcato E. 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: 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 045-6013111 int. 3076
beniamino.micheloni@sacrocuore.it

Segreteria - 4° piano Don Calabria 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 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..
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.
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.
Dal gennaio 2019 fa parte del **Team Nutrizionale Interaziendale** della ULSS 9 Scaligera.
Dal novembre 2023 fa parte del **Team NAO sovraziendale** della ULSS 9 Scaligera.
Dal giugno 2024 è componente della **Commis. Terapeutica Aziendale (C.T.A.)** di questo IRCCS.
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 dal giugno 2017 i letti di degenza utilizzati dalla geriatria sono 27. 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 2025: 86,7), provenienti per la quasi totalità in regime di urgenza dal Pronto Soccorso (ricoveri totali nel 2025: 633 dei quali da PS: 92,9%; ricoveri da altri reparti per acuti 5,8%, circa il 40% da Terapia Intensiva). I ricoveri programmati di pazienti ambulatoriali, comunque legati a malattie acute o riacutizzazione di casi noti, sono quindi una minoranza (nel 2025: 1,3%). **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, 2021 e 2022 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 2024 101,1% e nel 2025: 100,5%
Le patologie prevalentemente trattate dall'U.O. nel 2025 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).

Patologie più frequenti nei pazienti ricoverati in Geriatria negli ultimi 5 anni

DRG	*Patologia*	Anno *(n° totale pazienti ricoverati)*				
		2021 (527)	2022 (526)	2023 (647)	2024 (691)	2025 (633)
79,88, 89,96	Polmonite, pleurite, BPCO, bronchite	98	100	144	150	138
127, 87	Insufficienza cardiaca, edema polmonare e insufficienza respiratoria	90	100	105	122	132
576	Setticemia	76	66	55	59	54
82,172,203, 403,404, ...	Neoplasie ed emopatie neoplastiche	49	33	30	54	46
14,16,132, ...	Ictus, TIA, aterosclerosi cerebrale	29	27	48	42	31
316	Insufficienza renale	17	42	32	31	29
320	Infezioni del rene e vie urinarie ...con CC	21	22	28	28	16
296	Disturbi della nutrizione	18	8	23	14	18

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 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	2021	2022	2023	2024	2025
INGRESSO	44	36	42	41	36
DIMISSIONE	51	43	51	47	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 "prendersi cura" di ogni aspetto della persona anziana malata e fragile, in caso di **problemi assistenziali/sociali** viene attivato con la massima celerità il supporto dell'assistente sociale e viene eseguita la valutazione multidimensionale geriatrica per garantire la continuità assistenziale (vedi tabella sotto). 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, che consente la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali o l'inserimento dello stesso in strutture protette. 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	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)	Numero (%*)
Consulenze eseguite da Assistente Sociale	125 (24)	156 (29,6)	164 (25,3)	194 (28)	153 (24)**
S.Va.M.A. compilate da U.O.	81 (15)	96 (18)	125 (19,3)	164 (23,7)	109 (17)**
Pazienti accolti in RSA Casa Nogarè	*23 (4,4)*	*15 (2,8)*	*12 (1,8)*	*10 (1,4)*	*12 (1,9)*
Pazienti accolti in RRF Don Calabria	*2 (0,4)*	*2 (0,4)*	*7 (1,1)*	*5 (0,7)*	*4 (0,6)*
Pazienti dimessi in Casa di Riposo	*19 (3,6)*	*24 (4,5)*	*36 (5,5)*	*48 (7)*	*35 (5,5)*
Pazienti accolti in altre RSA/O.di Comunità/Hospice/altro	*7 (1,3)*	*12 (2,2)*	*13 (2)*	*29 (4,2)*	*36 (5,7)*
Totali dimessi in Struttura Protetta	**51 (9,7)**	**53 (10)**	**68 (10,5)**	**92 (13,3)**	**87 (13,7)**
Paz. dimessi in ADI	**54 (10,2)**	**76 (14,4)**	**122 (18,8)**	**168 (24,3)**	**237 (37,4)**

Fonte Dir. Sanitaria
*: % rispetto al numero di pazienti ricoverati; n.d.: dato non disponibile
**: non comprendono S.Va.M.A. compilate in Advenias Care per accesso in O. di Comunità e Hospice

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 (dal 24,3% al 37,4%) anche il numero di paz. che richiedono dimissione protetta con presa in carico da parte dei servizi territoriali sottolineando la crescente disabilità.

Poiché il paziente anziano, "fisiologicamente" sarcopenico, è ad elevato rischio di ulteriore calo della massa e funzione 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.
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 (comorbilità).
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 dopo la pandemia Covid); in genere erano presi in carico pazienti con anemia severa che necessitavano di trasfusioni che ora vengono gestiti ambulatoriamente con infusioni parenterali di carbossimaltosio ferrico.

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	*tipo di archivio clinico*
Ambulatorio Divisionale Geriatrico	informatizzato
Ambulatorio Divisionale Geriatrico dedicato Chirurgia E.R.A.S.	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 6 medici. Un Coordinatore, gli infermieri (che sono 28) e gli operatori (che sono 19) gestiscono anche l'adiacente Reparto per le Malattie Tropicali. 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 Nogarè); 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.

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.
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 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.)

Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)

Team Nutrizionale Aziendale

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

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

RQ - Sistema Gestione Qualità

Ambulatorio Divisionale Geriatrico

Email: cesare.caliari@sacrocuore.it

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

Ambulatorio Divisionale Geriatrico e dedicato Chirurgia E.R.A.S.
Referente C.I.O.

Email: elisa.carrarini@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
Team Nutrizionale Aziendale

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 Sofia Minardi (medico dirigente di 1° livello)
Ambulatorio Divisionale Geriatrico e dedicato Chirurgia E.R.A.S.

Email: sofia.minardi@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 Caliari (medico)
- Beniamino Micheloni (Coordinatore)
- Silvia Antica (infermiera – referente clinico)
- Sara Brunelli (Infermiera)
- Francesca Venturini (Infermiera)

3. Utenti e Servizi / Prodotti offerti

ATTIVITA' 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 geriatrica	X	-	X	Tempistica consulenze
Consulenza nutrizionale	X	-	-	Tempistica consulenze

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

4. Missione e Politica

La "Mission" specifica della U.O. di Geriatria è quella di realizzare, nello spirito di servizio all'ammalato e sulla base delle evidenze cliniche, 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 che spesso determinano uno stato di "fragilità" e/o disabilità.

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

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

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

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

5. Standard di processo

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	6,7%	133
2025	n.d.	n.d.

n.d.: dato non disponibile
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: ≤0,05%*	*Valore atteso: ≤0,95%*
	Valore attuale:	Valore attuale:	Valore attuale:
2021	31	0%	0%
2022	33	0%	0%
2023	30,5	0%	0%
2024	30	0%	0%
2025	30	0%	0,36%

Fonti Sistemi informativi/Uff. SQI

ANALISI INDAGINE DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO

Prosegue da parte dell'Ospedale il progetto di sorveglianza della soddisfazione del paziente ricoverato. L'indagine iniziata nel settembre 2020 si è protratta nel tempo e conclusa nel settembre 2023 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 la raccolta anche negli anni successivi con il campione di questionari raccolti di poco superiore al campione minimo necessario (vedi tabella sottostante).

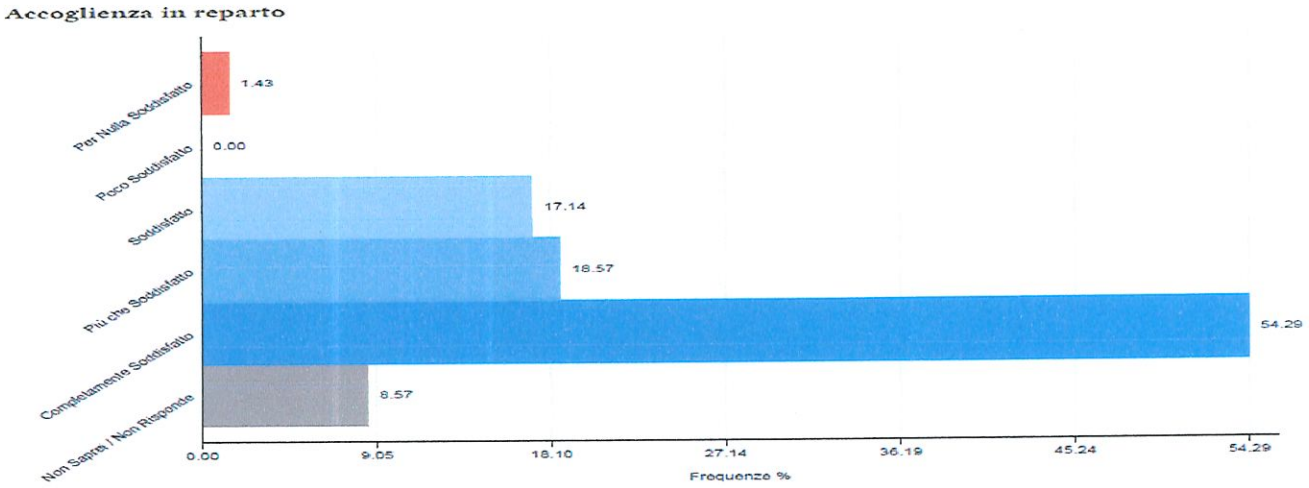
Qualità percepita dal paziente riguardo l'assistenza e confronto con gli anni precedenti

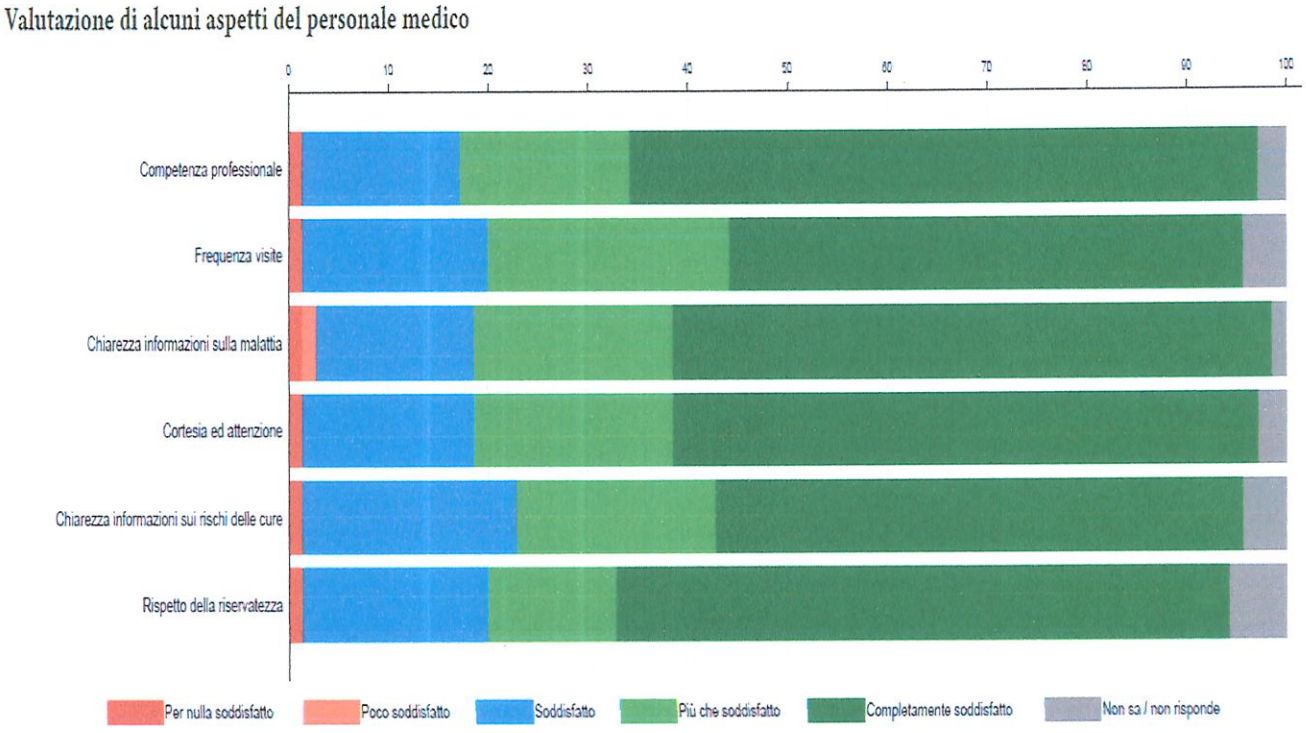
Anno Pubblicazione (periodo di rilevamento)	Numero questionari processati/ campione minimo previsto per avere sufficiente rappresentatività	soddisfazione del paziente e/o parente sulla assistenza da parte del personale medico (punteggio medio di gradimento di chi risponde)	soddisfazione del paziente 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)
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)
2025 (dal 03/02/2025 al 04/03/2026)	70/85	94,8%; (1,36)	94,3%; (1,37)

*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

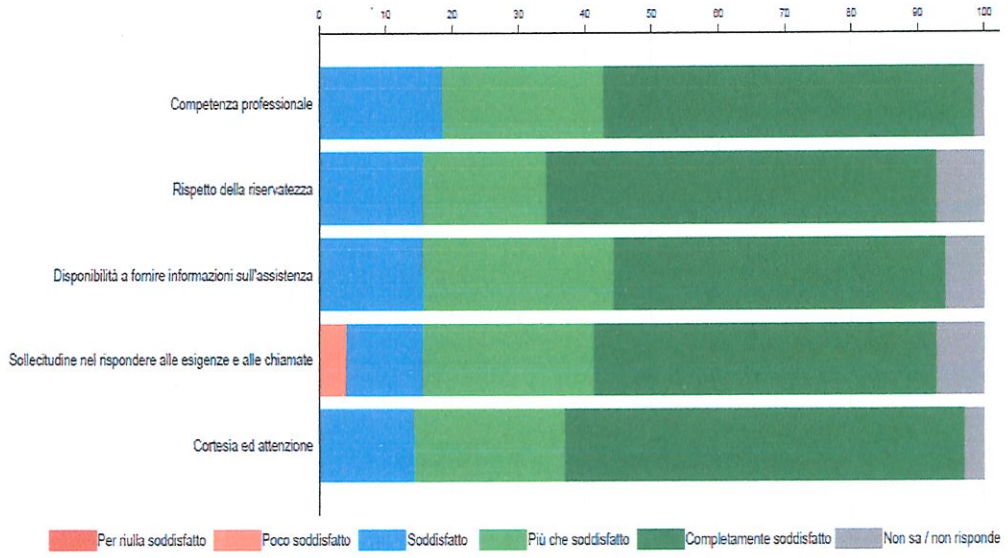
Di seguito alcuni grafici dell'ultima indagine con periodo di riferimento dal 03/02/2025 al 04/03/2026

Questionari analizzati 70; il campione rappresentativo è stato calcolato sui dimessi anno 2024.
Campione minimo previsto per avere una sufficiente rappresentatività: 85 osservazioni.
Campione previsto per avere una buona rappresentatività: 135 osservazioni.
Età media del campione in esame: 79,86 anni; tipologia di ricovero: 84,3% urgente.
I questionari sono stati compilati nel 51% dei casi dal paziente e nel 31% dei casi da un familiare/parente (17% non ha risposto).
La durata del ricovero è stata per il 36 % dei pazienti dai 4 ai 10 giorni e per il 57% dei pazienti più di 10 giorni.

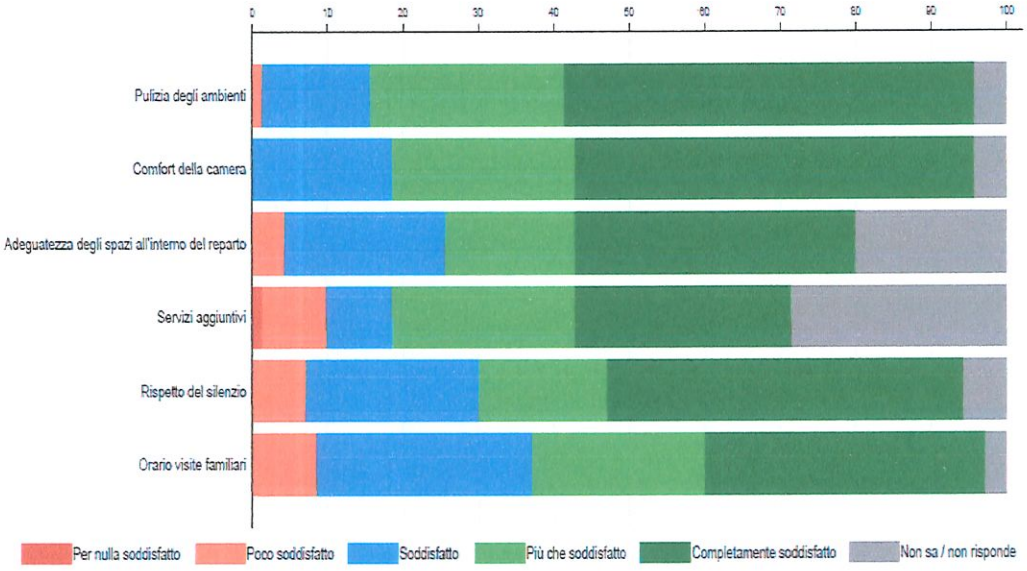

Accoglienza in reparto
Per Nulla Soddisfatto
Poco Soddisfatto
Soddisfatto
Più che Soddisfatto
Completamente Soddisfatto
Non Sanno / Non Risponde
1.43
0.00
17.14
18.57
54.29
8.57
0.00
9.05
18.10
27.14
36.19
45.24
54.29
Frequenze %


Valutazione di alcuni aspetti del personale medico
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Competenza professionale
Frequenza visite
Chiarezza informazioni sulla malattia
Cortesia ed attenzione
Chiarezza informazioni sui rischi delle cure
Rispetto della riservatezza
Per nulla soddisfatto
Poco soddisfatto
Soddisfatto
Più che soddisfatto
Completamente soddisfatto
Non sa / non risponde

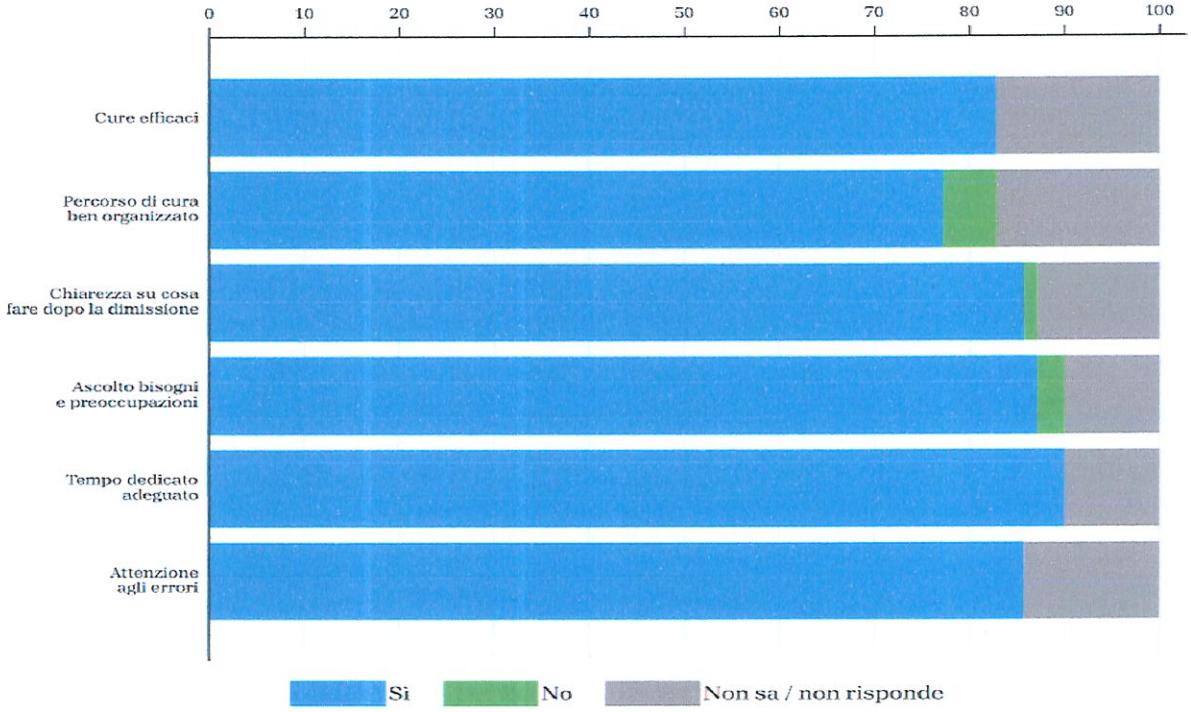
Valutazione di alcuni aspetti del personale infermieristico



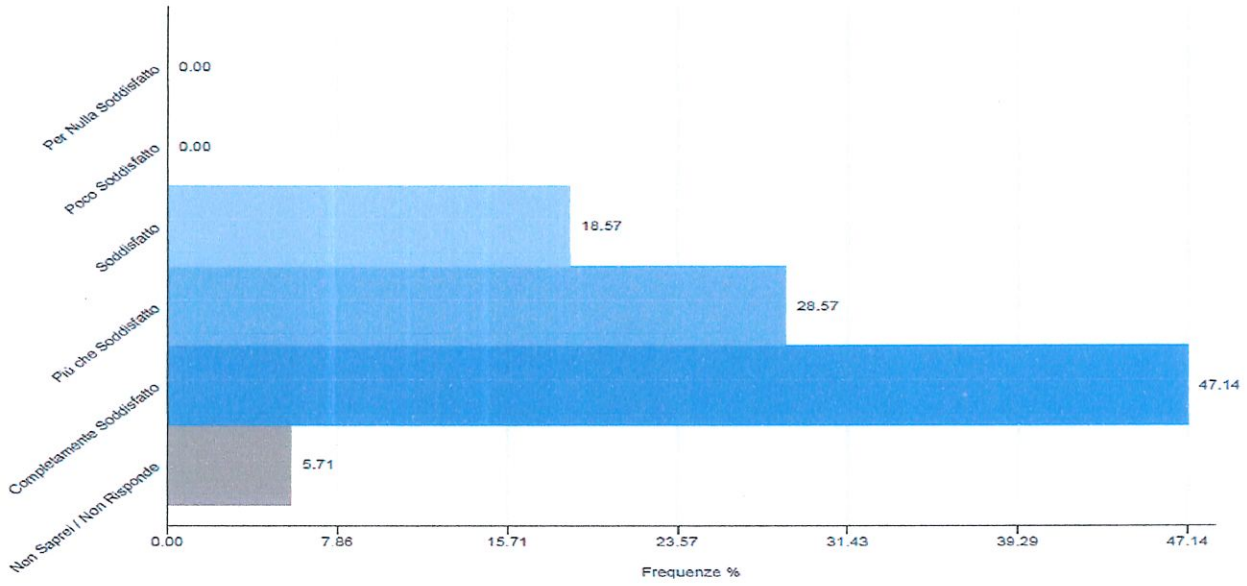
Valutazione di alcuni aspetti inerenti il reparto



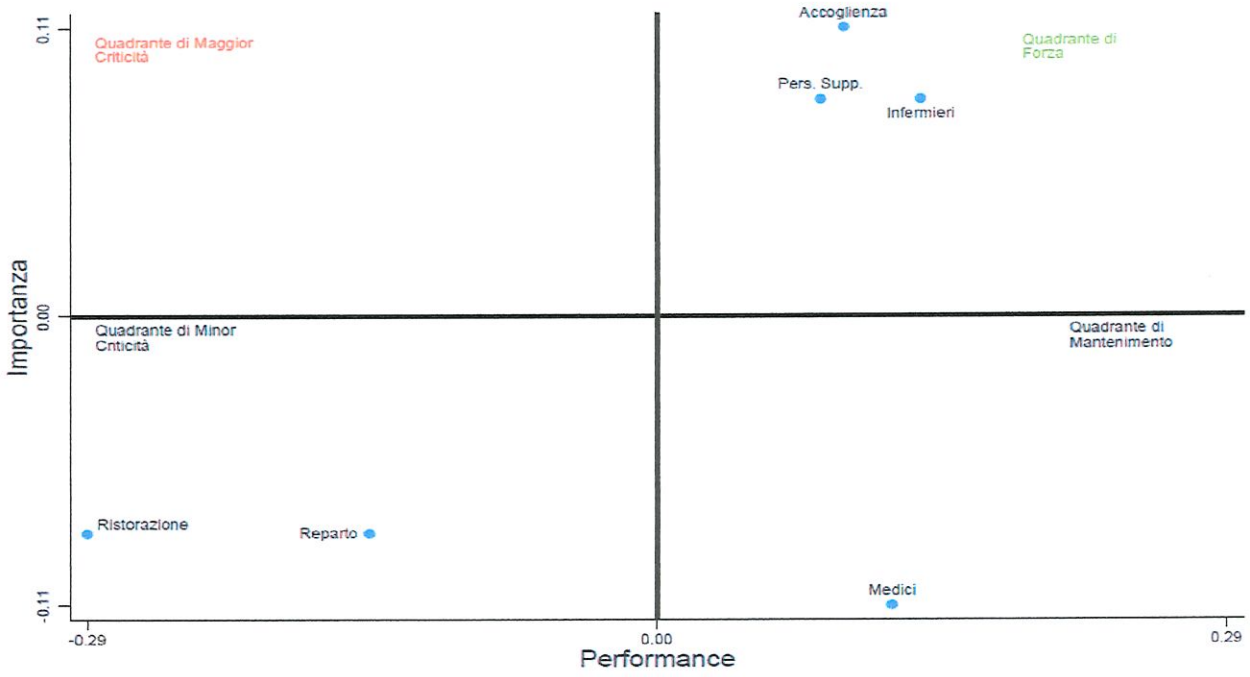
Valutazione di alcuni aspetti delle cure ricevute



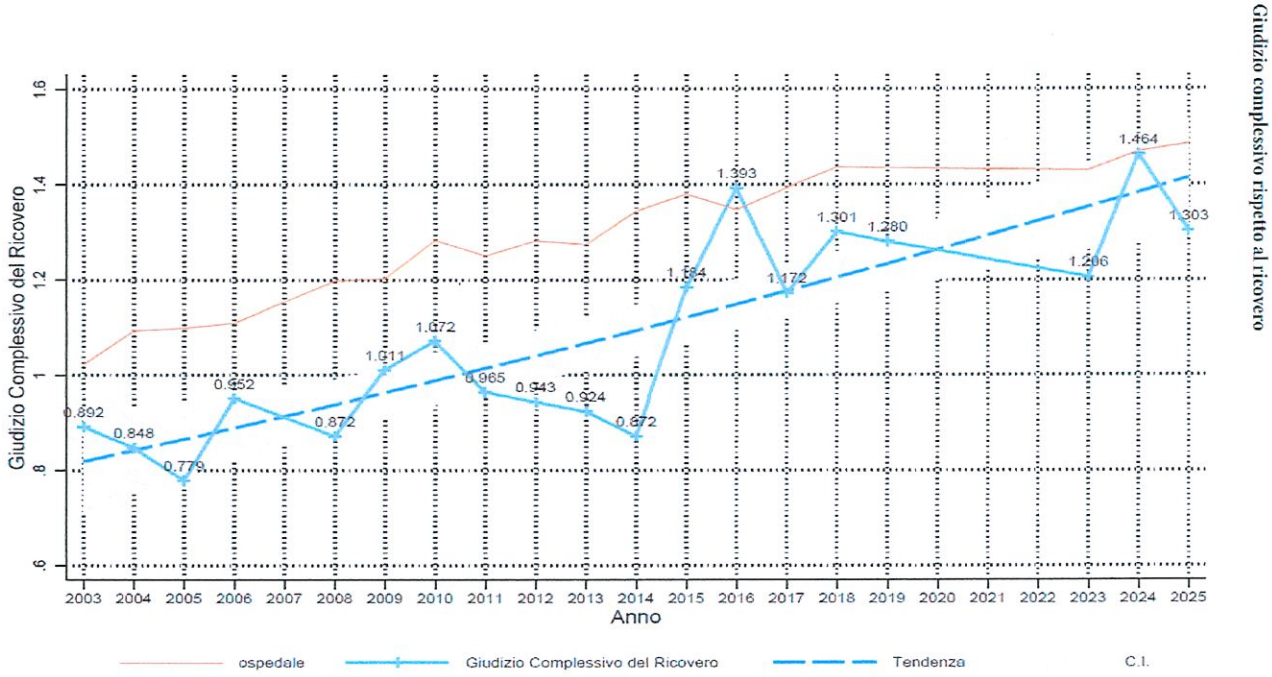
Giudizio complessivo rispetto al ricovero



Comparazione 'Performance - Importanza'



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



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.

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	ICM [1]	ICP [2]	T. O. posti letto [3] (%)
2019		27	675	21 (3,1)	90,6	2	14,4	1,60	1,02	1,16	98,7
2020		23,2 [4]	547	21 (3,8)	92,7	0	14,5	1,69	1,02	1,17	93,7
2021		22,7 [4]	527	27 (5,1)	94	0	15,7	1,69	1,06	1,3	96,2
2022		23,6 [4]	526	30 (5,7)	95,4	0	15,5	1,69	0,99	1,3	94,9
2023		27	647	28 (4,3)	93,2	0	15,2	1,66	0,97	1,4	99,9
2024		27	691	21 (3)	92,6	0	14,4	1,71	1,00	1,2	101,1
2025		27	633	21 (3,3)	92,9	0	15,6	1,68	1,00	1,3	100,5
2026 *		27	293	n.d.	n.d.	0	16,4	1,77	1,00	1,19	98,4
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	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) [5]	Mantenimento Dati SDO 2023 Veneto 1,46 Nazionale 1,49 (Attività per acuti>65 anni) [5]	Incremento/ mantenimento	Riduzione/ mantenimento	Mantenimento

Fonte Dir. Sanitaria
n.d.: dato non disponibile
[1]: Indice di Case Mix (rapporto tra il peso medio dell'U.O. di riferimento rispetto al peso medio regionale; valore ottimale >1)
[2]: Indice Comparativo di Performance (rapporto tra giornate di degenza impiegate raffrontate alla media regionale per U.O. di riferimento; valore ottimale < 1)
[3]: T.O. : tasso di occupazione posti letto effettivi
[4]: valore medio calcolato sul numero di letti attivo per mese in base alle necessità di letti dedicati ai paz. Covid 19
[5]: *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*
*primo semestre

La tabella sottostante mostra il **confronto tra la degenza media effettiva dell'U.O e la degenza media nazionale – attività per acuti** per i principali DRG dell'U.O. negli ultimi 4 anni.
I valori della degenza media nazionale per ciascun DRG sono quelli ottenuti dai Dati SDO 2022, 2023 e 2024 pubblicati rispettivamente nei "Rapporti annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" dell'aprile *2024, gennaio 2025 e giugno 2026.*

		INDICATORI							
		2022		2023		2024		2025	
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	14,6±6	9,8	12,7±5,6	9,8	12,5±5	9,7.	13,7±7,2	n.d.
089	Polmonite semplice e pleurite, età>17 anni con CC	13,8±6,5	11,5	13,8±5,8	11,2	12,4±5,5	10,9	12,3±5,2	n.d.
576	Setticemia senza ventilazione meccan. =96 ore, età>17 anni	17,5±12	14,1	13,2±7,2	14,1	15,4±9,6	13,8	15,9±9,3	n.d.
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	17±11,3	11,1	12,3±8,7	10,7	15,1±8,6	10,4	14,5±11,2	n.d.
079	Infezioni e infiammazioni respirat., età>17 anni con CC	16,7±9,9	14,5	15,9±9,5	14,6	17,1±14	14,3	19,3±13,5	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), dall'elevato numero di ricoveri in urgenza (ricoveri da PS 92,9%; ricoveri da altri reparti per acuti 5,8%, circa il 40% da Terapia Intensiva) e dalla fragilità/disabilità dei paz. 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 pazienti in età non geriatrica.

Indicatori di esito
OUTCOME CLINICO - 1:
MONITORAGGIO RICOVERI PER SCOMPENSO CARDIACO

In Veneto, nel 2024, la prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione residente si attesta all'1,6% (corrispondente a 75.504 assistiti) [1]. Questa condizione è particolarmente frequente in età avanzata, interessando oltre il 5% dei soggetti tra i 75 e gli 84 anni, ed arrivando al 15% della popolazione dagli 85 anni in su. La prevalenza è 3 volte più elevata nei maschi che nelle femmine tra i 45 ed i 64 anni, più che doppia tra i 65 ed i 74 anni, ma poi tende ad avvicinarsi nelle classi d'età più avanzate[1]. Gli assistiti con scompenso cardiaco presentano spesso un elevato numero di comorbidità (quasi il 60% è affetto da 4 o più condizioni croniche) [1]. Tra le condizioni croniche più comuni tra gli assistiti con scompenso cardiaco vi è l'ipertensione arteriosa (63,8%), la cardiopatia aritmica (60,7%), le dislipidemie (50,0%), il diabete (40,0%), la cardiopatia ischemica, incluso l'infarto miocardico acuto (35,2%), altre cardiopatie, comprese le patologie cardiache valvolari (32,0%), l'insufficienza renale cronica (17,5%) e le malattie cerebrovascolari (15,9%) [1].
I ricoveri annui per tale patologia sono circa 22.000 nel Veneto ed oltre 200.000 in Italia[2,3]. Tale patologia è gravata da importante disabilità e mortalità con costi elevati per i sistemi sanitari nazionali (1-2% della spesa sanitaria dei Paesi industrializzati[4]). Il rilevante costo sanitario è legato anche dalla notevole frequenza di re-ospedalizzazioni che riguarda in particolare i soggetti più anziani, portatori di importanti co-morbidità (fino al 50% a 3 mesi, in una casistica degli anni '90[5]).
Le previsioni indicano un trend in aumento per questa condizione morbosa. Il motivo di tale incremento è dovuto a più fattori: l'aumento della vita media che comporta aumento dell'incidenza di tale patologia; la miglior diagnosi e cura dello scompenso cardiaco all'esordio con un aumento della sopravvivenza di tali pazienti che comporterà un futuro aumento della prevalenza di tale condizione morbosa; il progresso nel trattamento di numerose forme di cardiopatia (soprattutto la cardiopatia ischemica) con miglioramento della prognosi "quoad vitam" di soggetti che però, nelle età più avanzate, saranno più a rischio di sviluppare uno scompenso cardiaco[6].
Per uniformare la gestione di tale patologia nei reparti per acuti 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 2021 al 2025.

Anno di riferimento (n° medio posti-letto)	**2021** (22,7)*	**2022** (23,6)*	**2023** (27)	**2024** (27)	**2025** (27)
N° totale ricoveri in U.O. GERIATRIA	527	526	647	691	633
N° ricoveri per scompenso cardiaco DRG 127	52	62	83	81	88
Eta' media (anni)	86,6	86,7	87,6	87	89
Degenza media (giorni)	16	15	13	12.8	14
Mortalità Intraospedaliera % (N°pz deceduti)	11,5 (6)	14,5 (9)	13,2 (11)	18,5 (15)	12,5 (11)
Eta' media paz. deceduti (anni)	84,6	88,2	88,6	88,7	91

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

Nel 2025 i pazienti dimessi con prima diagnosi scompenso cardiaco - DRG 127 sono stati 88; 13,9% su un totale di 633 dimessi. Di questi 88 pazienti, 40 erano maschi (45,4%) e 48 femmine (54,5%). Per quanto concerne l'età media suddivisa per sesso essa è risultata maggiore nelle femmine (90 vs 87 anni); la durata della degenza media è risultata superiore nelle femmine (15 giorni vs 14). Per quanto concerne il numero di decessi è stato più elevato tra i soggetti di sesso maschile (6 vs 5); l'età media dei paz. deceduti è risultata elevata (91 anni).
Come si evidenzia nella successiva tabella l'**ospedalizzazione** in U.O. di Geriatria ha riguardato soprattutto le classi di età più avanzate; infatti nel 2025 il 77% 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 2010[2], si evince che le classi di età maggiormente rappresentate nei reparti per acuti sono sempre quelle più anziane, anche in setting di degenza "meno geriatrici"; tuttavia in ambiente geriatrico è preponderante la presenza delle fasce di età più alte (oltre i 75 anni: oltre il 95% in U.O. Geriatria nel 2024 e 2025).

Distribuzione per fasce di età: confronto tra le U.O. del nostro IRCCS					
	Geriatria	**Geriatria**	Medicina	Cardiologia	**Reparti per acuti Dati SER Veneto 2010[2]**
Periodo in esame	**2024**	**2025**	2024	2022	2004
Numero Ricoveri per scompenso cardiaco	**81**	**88**	75	70	2006
<65 anni	**0%**	**0%(0 paz)**	2,8%	11%	8,4%
65-74 anni	**5% (4 paz)**	**1,1% (1 paz)**	15,5%	20%	19,1%
75-84 anni	**27% (22 paz)**	**21,6% (19 paz)**	31,0%	39%	41,8%
85 e oltre	**68% (55 paz)**	**77,3% (68 paz)**	50,7%	30%	30,7%

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	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*
Comorbidità	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Cardiopatia ischemica	35	19	24	22	25
Frazione di eiezione all'ecocardiog. < 35%	19	13	14	14	14
Fibrillazione Atriale (FA)	73	76	78	83	69
PM a dimora / ICD	27	29	25	30	29
Insuff. Renale cronica (IRC)	73	81	93	94	89
Diabete mellito tipo 2	19	29	38	23	25
Anemia	59	35	49	51	52
BPCO	19	19	20	33	32
Distiroidismo	10	34	19	18	15
Stroke	2	5	7	14	11

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 solo 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.

Parametri clinici e laboratoristici

Per quanto concerne il 2025 i valori medi di pressione arteriosa sistolica, diastolica, frequenza cardiaca, BNP e peso corporeo all'ingresso ed alla dimissione dei 77 **pazienti sopravvissuti** (età media 88 anni e degenza media 15 giorni) 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 terapia[7].

	Ingresso	Dimissione	Delta %
PAS (mmHg)	135	120	- 11
PAD (mmHg)	76	68	- 10,5
FC (bpm)	86	73	- 15
BPN (pg/mL)	979	546	- 44,2
Peso (kg)	68,6	65,6	- 4,3

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

Terapia prescritta alla dimissione

Durante la degenza il 100% 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 68,8% di soggetti dimessi, a fronte di un gruppo di anziani con elevata età media (88 anni) e con il 74% dei soggetti over 85 anni, i pazienti fibrillanti (53 paz.) trattati con anticoagulanti orali sono il 100%, dei quali 43 in DOAC (81%) e 10 in AVK (19%).

Anno di riferimento	2021	2022	2023	2024	2025
Pazienti dimessi (n°)	46	53	72	66	77
terapia farmacologica alla dimissione (%):					
furosemide	91	98	98	95	95
beta-bloccanti	76	77	82	91	83
ACE-I o ARB	28	36	37	33	43
glifozine	0	0	3	21	16
antialdosteronici	30	40	33	57	53
terapia anticoagulante (AVK+DOAC)	63	79	68	77	70
terapia antiaggregante	26	28	21	21	23
digitale	17	13	11	15	12

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

Come indicatori di qualità dei processi assistenziali e di esito per questa patologia abbiamo scelto quelli utilizzati nel Rapporto "Lo Scompenso Cardiaco nel Veneto" redatti dal SER Veneto nel 2010[2]. Per alcuni indicatori (soggetti con valutazione ecocardiografica, 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 nazionale[8].

- 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 e i dati regionali[2] e nazionali[8]

	Geriatria	Geriatria	Medicina	Cardiologia	Veneto[2]	Italia[8]
Periodo in esame	2024	2025	2024	2022	2004	2015
Numero Ricoveri per scompenso cardiaco	81	88	75	70	2006	n.d.
Età media	87	89	82,6	76,6	79,3	n.d.
Degenza media (giorni)	12,8	14	n.d.	12,5	n.d.	n.d.
% di soggetti ricoverati con valutazione della funz. sistolica	59,2	61,3	95,7	100	18,6	16,5
% di soggetti dimessi con prescrizione ACE-I o ARB	33	43	81,7	n.d.	62,1	59,9
% di soggetti dimessi con prescrizione di beta-bloccante	91	83	95,8	97	60,3	59,1
% di dimessi con prescrizione di anticoagulanti nei soggetti con FA	77	100	95,7	73	38,4	n.d.
% Mortalità intra-ospedaliera	18,5	12,5	5,3	4,3	17	n.d.
Ri-ospedalizzazione entro 3 mesi dalla dimissione	16,6	16,8	8,4	4,3	16	n.d.

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 88 soggetti (61,3%); la valutazione ecocardiografica sale al 67,5% se si considerano i paz. dimessi. Tale valore si colloca sopra la media registrata nelle U.O. di Geriatria e Medicina (rispettivamente 22 e 31%) della nostra Regione[2] e si colloca anche sopra la media riferita al totale delle strutture ospedaliere del Veneto (38.4%)[2]. Nei reparti del nostro IRCCS Medicina e Cardiologia, la valutazione è presente nella maggior parte dei pazienti (rispettivamente 95,7 e 100%). Nella nostra casistica l'esecuzione di un'ecocardiografia è meno frequente nei soggetti con severo decadimento cognitivo, neoplasie maligne o che decedono durante il ricovero.

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 33, cioè il 43%; nei restanti pazienti il farmaco non è stato somministrato per la presenza di controindicazioni prevalentemente secondarie al riscontro di IRC di grado moderato-severo (l'87% dei dimessi era affetto da tale patologia) cioè rischio di iperkaliemia e ipotensione.

Proporzione di soggetti con prescrizione di beta-bloccante.

I soggetti con prescrizione di beta-bloccante alla dimissione sono stati 64 (83%). Tale proporzione di prescrizione alla dimissione risulta essere soddisfacente; i paz. non trattati erano ipotesi o bradicardici.

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 53 (68,8%), tutti in terapia con anticoagulanti orali dei quali 43 in DOAC (81%) e 10 in AVK (19%).
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 e Medicina della nostra Regione[2](rispettivamente 26 e 41%); va ricordato però che tale casistica è datata e la prescrizione di anticoagulanti (soprattutto DOAC) è andata aumentando negli anni.

Mortalità intra-ospedaliera.

La mortalità intra-ospedaliera (12,5%; 11 soggetti su 88), che colpisce sempre paz. molto anziani (età media dei deceduti 91 anni), è ridotta rispetto all'anno precedente e rispetto al dato regionale dello studio SER del 2010 (17%)[2] che però rappresenta soggetti di età media inferiore (79,3 anni vs 91 anni); lo stesso dicasi per la maggior mortalità nella nostra U.O. rispetto agli altri reparti del nostro IRCCS.

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco entro 3 mesi dalla dimissione.
Nel 2025 le ri-ammissioni entro 3 mesi dei pazienti dimessi dalla nostra U.O. negli altri reparti dell'IRCCS hanno riguardato 13 soggetti (16,8 %). Tale dato risulta in linea con il dato medio regionale che è del 16%[2] ma va ricordato che comprende una casistica di soggetti molto anziani e comorbidi.

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%*	61,3
% di soggetti dimessi con prescrizione ACE-I o ARB	annuale	≥85%*	43
% di soggetti dimessi con prescrizione di beta-bloccante	annuale	≥50%*	83
Mortalità a 30 giorni	annuale	PNE**	12,5

Tratti da: Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G.Ital Cardiol 2006; 7: 387-432
***Standard PNE (Programma Nazionale Esiti): non disponibili i dati del 2025*

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 anziani e gravati da numerose comorbidità e quindi non sempre "standardizzabili".

BIBLIOGRAFIA:

1. Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto RSSR 2025 Veneto (Base Dati 2024). www.ser-veneto.it.
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

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.

Mortalità a 30 giorni: confronto indicatore nella nostra struttura negli ultimi 5 anni e rispetto alla media nazionale						
Anno	*n° totale pazienti ricoverati* (*)	*% GREZZA*	*%ITALIA*	*% ADJ*	*RR*	*P*
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
2024	229 (81)	6,5	9,4	6,2	0,66	0,11

*numero paz. ricoverati U.O. Geriatria DRG 127;
n.d. dato non disponibile
- **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 - 2:

MONITORAGGIO PAZIENTI CON 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 2025. 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; problematica anche la raccolta dati nel 2022 per difficoltosa analisi dalle schede informatizzate che hanno richiesto delle revisioni. Dal gennaio del 2023 per garantire un monitoraggio più accurato è stato prodotto un foglio excell 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*	*2025*
n° pazienti ricoverati	620	675	547[1]	527[1]	526[1]	647	691	633
peso medio dei ricoveri	1.71	1.6	1,69	1,69	1,7	1,66	1,71	1,68
n° pazienti con lesioni[2]	107	149	n.d.	n.d.	n.d.	142	138	109
% paz. con lesioni[2]/n° paz. ricoverati	17,2	22	n.d.	n.d.	n.d.	21,9	19,9	17,2
n° pazienti con nuove lesioni[3]	40	57	n.d.	n.d.	n.d.	78	50	27
% paz. con nuove lesioni[3]/n° paz. ricoverati	6,4	8,4	n.d.	n.d.	n.d.	12	7.2	4,3
% paz. con nuove lesioni[3]/n° paz. con lesioni[2]	37	38,3	n.d.	n.d.	n.d.	54,9	36,2	24,7
% paz. deceduti nei paz. con lesioni[2]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	21	15.2	20,2
% paz. deceduti nei paz. con nuove lesioni[3]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,5	7.2	11,1

[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 2025 sono stati segnalati 109 pazienti con LDP rilevate all'ingresso cioè il 17,2%; parametro in netto calo rispetto agli anni precedenti. I pazienti con lesioni di nuova insorgenza durante la degenza sono stati 27 cioè il 4,3% del totale dei ricoveri: anche tale parametro è in netto calo rispetto all'anno precedente nonostante le caratteristiche dei paz. ricoverati con rilevante complessità e disabilità. In questi 27 pazienti con LDP di nuova insorgenza abbiamo rilevato 11 lesioni al sacro (8 di I grado e 3 di II grado), 11 ai talloni (1 di I grado, 1 di II grado, e 9 non stadiabili) e infine 8 in altra sede come dorso, caviglia, trocantere, dita del piede e glande (prevalentemente di I e II grado, con 1 lesione alle dita dei piedi non stadiabile).
Il numero di pazienti deceduti è di 3 tra le LDP di nuova insorgenza (11,1%) e 22 tra le LDP già presenti all'ingresso (20,2%) confermando che spesso la LDP insorge in paz. molto compromessi e in fase di malattia terminale.

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

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
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 (1,26)	0	7
2025	24 (3,8)	2,23 (1,15)	0	6
Standard in letteratura (fonte)	Ospedale Careggi (FI) ed Empoli (FI)	Oliver D., Connelly JB et al; BMJ 2007		
Standard in letteratura (Benchmarking di riferimento)	<4%	variabile da 3 a 13	<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
2020	3	1
2021	2	6
2022	2	2
2023	2	8
2024	2	3
2025	1	8

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
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
2025	7.7 (??)	1.4	89
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 acuto					Adeguatezza delle cure-assistenza		
Unità di misura	Pz. con tempo TAC > 60' / totale Pazienti acuti (%)	tempo medio in giorni stratificato per UO			tempo medio in giorni stratificato per età <o>75 anni		n° complicanze / Paziente		% Pz con complicanze > 2 / Paziente
U.O.	PS, Radiologia	Neu	Ger	Med	<75	>75	<75	>75	
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
2025	40	11	12	13	7	17	0.16	1	15
Valore Atteso	/	<10-12 gg			/	/	<1.5	<1.5	<34,5%
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% 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

	INDICATORI	
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	
2019	8.4	4.2
2020	9.1	7.9
2021	9.2	9.8
2022	5.9	5.9
2023	13	6
2024	15	7
2025	15	12
Valore Atteso	<16%	<3.9%
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 2025 preparato dal Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.); nella tabella sottostante l'indagine di Prevalenza Puntiforme effettuata nei giorni 23 maggio e 20 novembre 2025 confrontata con gli anni precedenti.

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%
2025	2	50	4%	4%

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).
anno 2025: Vie Urinarie (=nr1); polmonite (= 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: 8.8% 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	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: 25/08/2026

Allegato allo Standard di Prodotto Unità Operativa Complessa di GERIATRIA