

RELAZIONE SANITARIA 2025

Assemblea dei soci

11 maggio 2026



**Policlinico
San Marco** S.p.A.



RELAZIONE SANITARIA

Anno 2025

A cura del Direttore Sanitario – Dr.ssa Marialuisa Migliorino

Presentazione

Il presente documento è stato predisposto a margine della relazione di Bilancio anno 2025. Ha lo scopo di descrivere sinteticamente l'organizzazione sanitaria nelle sue articolazioni e il livello di conseguimento dei principali obiettivi sanitari raggiunti nell'anno oggetto di analisi.

La Casa di Cura privata Policlinico San Marco Spa, dal 2025 è parte integrante del gruppo Policlinico Triestino Spa, si inserisce nel territorio dell'Azienda ULSS3-Serenissima e ai sensi della DGR n. 614/2019 rappresenta una "struttura integrativa della rete ospedaliera regionale" del Veneto. Risponde alla domanda di salute dei cittadini, garantendo prestazioni sanitarie specialistiche nel rispetto dei principi di qualità, sicurezza e dignità di ogni persona. La struttura a monoblocco distribuita su 6 piani fuori terra e una palazzina attigua di 3 piani dedicata a servizi di cura, al servizio obitorio e a vani tecnici, ha una ricettività di 196 posti letto per acuti *autorizzati* e 185 posti letto *accreditati* ovvero riservati all'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, di cui alcuni posti letto riservati a pazienti provenienti da *fuori regione*. È inoltre dotata di 25 posti letto, di setting semiresidenziale, dedicati al *Reparto Hospice Intraospedaliero*.

Nel 2025 è stata oggetto di verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale ex L.R. 22/02 con conferma della piena sussistenza degli stessi in tutti i regimi (DGRV n.132 del 10.02.2025) con nuove autorizzazioni delle funzioni di ricovero lungodegenza, con n.2 posti letto di riabilitazione cod.75 con n.2 posti letto.

Il Policlinico San Marco, eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura per acuti e di riabilitazione, in regime di ricovero (ordinario, week-surgery, day hospital-day surgery), ambulatoriale semplice e complesso, e di diagnostica. Di seguito si riporta la tabella riepilogativa (tab.1) dei posti letto distribuiti nelle rispettive funzioni ospedaliere e delle branche specialistiche ripartite nelle diverse articolazioni ambulatoriali, i servizi accessori autorizzati e i servizi di diagnosi quali la radiologia e il laboratorio analisi. Quest'ultimo opera nell'ambito della "RETE DI LABORATORI" regionale, secondo quanto previsto dal modello organizzativo di tipo "B" della DGRV 4052 del 1. 12.2007 e s.m.i.

Tabella 1

Sede operativa	Area Omogenea	Codice e descrizione disciplina ospedaliera	Note	Posti letto AU	Posti letto AC
PRINCIPALE Mestre (VE) Via Zanotto, 40	Medica	26 Medicina Generale		25	25 +0 Extra Veneto
		21 Geriatria		10	10 +0 Extra Veneto
		60 Lungodegenza		2	
	Riabilitativa	56 Recupero e riabilitazione funzionale	Con attività di Riabilitazione Cardiologica, Day Hospital Riabilitativo	97	90 + 4 Extra Veneto
		75 Recupero e riabilitazione funzionale		2	
	Chirurgica	09 Chirurgia Generale	In regime di ricovero ordinario/ week surgery/diurno ambulatoriale/ multidisciplinare	7	3 + I Extra Veneto
		36 Ortopedia e Traumatologia	In regime di ricovero ordinario/ week surgery/diurno/ambulatoriale multidisciplinare	26	20 + 5 Extra Veneto
	Terapia Intensiva	49		2	2 + 0 Extra Veneto
	Totale posti letto per acuti			171	160
	Hospice Intraospedaliero	99 Cure Palliative		25	25
	Totale posti letto (incluso Hospice)			196	185
PRINCIPALE Mestre (VE) Via Zanotto, 40	SERVIZI		Poliambulatorio, Ambulatorio Chirurgico, Ambulatorio Specialistico con le seguenti branche autorizzate e accreditate: 05 Angiologia, 08 Cardiologia, 09 Chirurgia generale, 12 Chirurgia plastica, 14 Chirurgia vascolare, 15 Medicina dello sport di I e II livello, 32 Neurologia, 34 Oculistica, 36 Ortopedia e traumatologia, 37 Ostetricia e ginecologia, 38 Otorinolaringoiatria, 43 Urologia, 52 Dermosifilopatia, 58 Gastroenterologia con attività di endoscopia, 68 Pneumologia, 56 Medicina fisica e riabilitazione Servizi accessori autorizzati: Gestione farmaci e materiale sanitario, Prevenzione Infezioni Ospedaliere, Servizio Disinfezione, Servizio Sterilizzazione, Servizio Mortuario		

Nell'anno 2025 sono state erogate le seguenti prestazioni relative al regime di **ricovero ospedaliero**, nell'ambito delle Unità Operative appartenenti alle Aree Specialistiche:

- **Area Medica**
- **Area Ortopedica/Chirurgica**
- **Area Riabilitativa**
- **Hospice Intraospedaliero**

riassunte nella tabella di sintesi.

Tabella 2

CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO	RICOVERI E HOSPICE		
<u>TOTALE GENERALE</u>	R.O.	Diurno	Totale
Medicina e Geriatria	373	0	373
Ortopedia	1.408	479	1.887
Chirurgia ORL	168	36	204
MFR Neuroriabilitazione	84	0	84
MFR Cardiologia	243	0	243
MFR Ortopedica	359	0	359
DH Riabilitativo	0	25	25
DS Ortopedico	0	3	3
MFR Respiratoria	2	0	2
Hospice	330	0	330
Totale	2.967	543	3.510

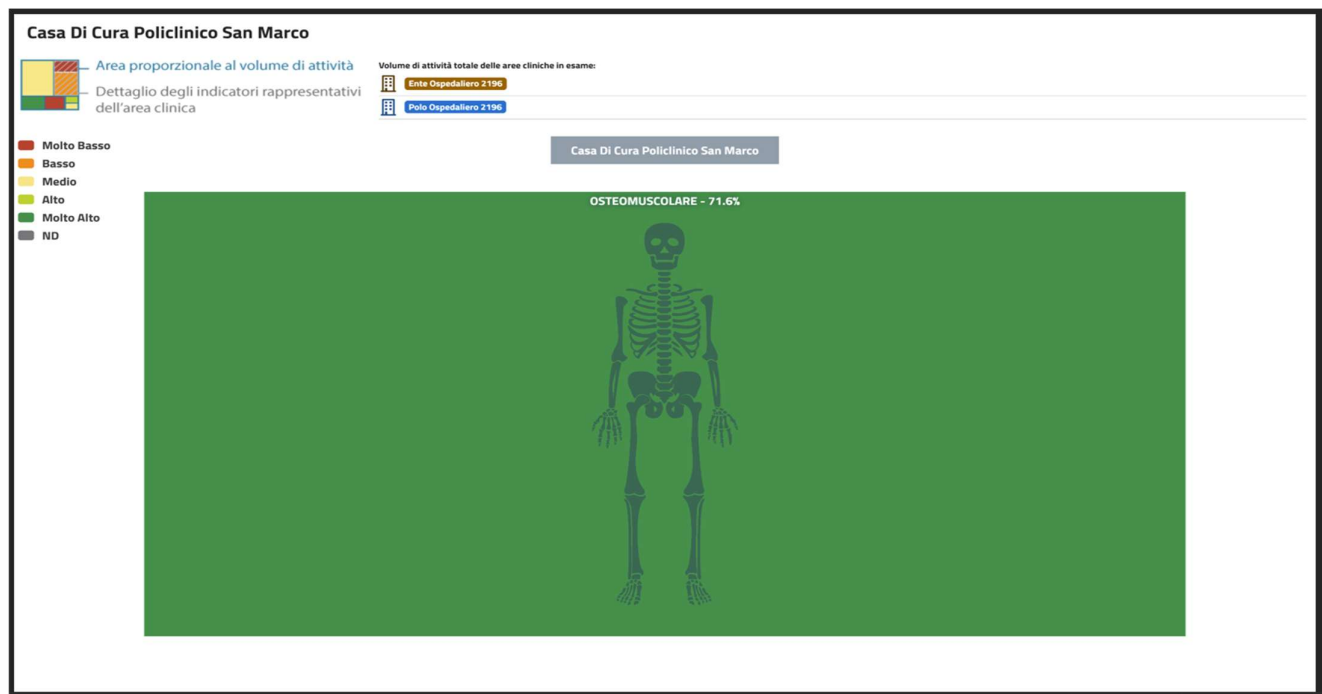
Presso le funzioni di ricovero è stata garantita la presa in carico di pazienti, secondo accordi interaziendali, secondo le seguenti specificità:

- Area Medica, provenienti dal Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri di Mestre, Dolo, Mirano dell'azienda ULSS3, pazienti prevalentemente geriatrici con pluripatologia di pertinenza internistica;
- MFR Cardiologica, provenienti dalla Cardiologia e dalla Cardio-Chirurgia del presidio ospedaliero di Mestre, pazienti con esiti di patologia ischemica e valvolare cardiaca;
- MFR di Riabilitativa Intensiva (Cod. 56) provenienti dal Coordinamento Riabilitativo ULSS3, pazienti con esiti di patologia cerebrale di origine ischemico-emorragica-neurologica, e patologia ortopedica in comorbidità;
- Hospice, provenienti dalla Rete aziendale Cure Palliative, pazienti con aspettativa di vita inferiore a 3 mesi.
- Ortopedia, attività in rete con l'ulss3 per la presa in carico di pazienti affetti da fratture ossee candidati ad interventi di chirurgia riparativa sia di tipo conservativo che protesico. Nel 2025 sono stati eseguiti n. 40 interventi, connotando tale attività come supporto nell'ottimizzazione delle liste d'attesa dei cittadini residenti nel territorio dell'azienda ULSS3.

Presso la l'area ortopedica, nel 2025 è proseguita come attività prevalente la chirurgia ortopedica protesica delle articolazioni di anca, ginocchio, caviglia e spalla. Sono stato seguiti 1073 interventi di chirurgia protesica così suddivisi 486 artroprotesi di anca, 518 di artroprotesi di ginocchio, 69 di artroprotesi di spalla e di caviglia. Presso l'area ortopedica sono stati eseguiti interventi in artroscopia di ginocchio e spalla, ricostruzioni dei legamenti del ginocchio e della spalla, anche con trapianto di tessuto da donatore, forniti dalla Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso. L'Unità operativa opera in stretta collaborazione con l'Area Riabilitativa al fine di garantire la migliore ripresa della funzionalità dell'arto operato e con l'area medica per la gestione di eventuali concomitanti patologie di natura

internistica.

La qualità del lavoro è stata confermata anche dagli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) con un indice di adesione agli standard del 71,6 %, posizionando la struttura nella fascia di valutazione “Molto alto” e ai vertici della classifica nazionale per affidabilità delle cure (tab. 3)



Presso l'area Chirurgica è proseguita la presa in carico di pazienti candidati ad interventi di correzione di ernia inguinale e ombelicale, e l'attività di chirurgia Otorinolaringoiatrica prevalente del setto nasale.

L'area Ambulatoriale ha erogato complessivamente oltre 102.000 prestazioni in regime di accreditamento SSN nelle diverse branche specialistiche autorizzate e accreditate. A partire dalla prima metà dell'anno, nell'ambito della branca accreditata di Oculistica è stata avviata la nuova attività di chirurgia ambulatoriale della Cataratta con erogazione di circa 400 interventi. Ottimo il livello di qualità della prestazione erogate e i tempi di attesi brevi (non superiori a 3 mesi) nettamente inferiori a quelli della struttura pubblica.

Controlli sanitari

Nell'ambito delle azioni di governo clinico, la Direzione Sanitaria ha adottato strategie di controllo della qualità delle prestazioni attraverso l'applicazione delle Linee guida regionali per le attività di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate (Decreto Regionale Veneto 93 del 2021 e smi). Entro marzo del 2025 è stato presentato e inserito nel portale regionale, il piano dei controlli che ha previsto la verifica, con periodicità semestrale, del 12,5% dell'intera produzione di ricovero e della verifica delle prestazioni ambulatoriali erogate in una settimana di erogazione, secondo gli indicatori previsti e rappresentati nelle tabelle 4 e 5 estratte dal piano dei controlli.

Tabella 4 (estratto da piano controlli nac 2025-ric.)

È inoltre monitorato in collaborazione con il controllo di gestione la percentuale di DRG prodotti a potenziale rischio di inappropriatazza la cui percentuale deve rimanere inferiore al 15% dell'intera produzione.

Tab. 1 Indicatori prestazioni di ricovero

n° controlli totali previsti	Almeno il 10% dei ricoveri acuti previsti nell'anno (campione rilevato casualmente al 7% e mirato sugli indicatori di seguito specificati al 3%) almeno il 2,5% relativo a ricoveri afferenti ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza)
periodicità	Mensile
n° controlli mensili	indicativamente 1/12 dei controlli totali previsti
ricoveri acuti:(indicatori)	A) ordinari di tipo urgente
	B) ordinari con DRG complicato (DGR 2022/2018)
	C) ordinari ad alto rischio di inappropriatazza (allegato A - DGR n. 4277/2009)
	D) diurni attribuiti a DRG complicato (DGR 2022/2018)
	E) diurni ad elevato rischio di inappropriatazza, compresi i diurni privi di procedure (Decreto 40/2012)
	F) diurni per prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale
	G) ordinari con DRG chirurgico e degenza 0-2 notti, con un'unica prestazione erogata (contenuta nell'allegato A - Decreto 40/2012)
	H) ordinari con DRG medico e degenza 0-2 notti, privi di procedure (Decreto 40/2012)
ricoveri riabilitativi	R) riabilitazione, codice 56 (rispetto delle linee guida regionali)
altri ricoveri	Z) altro (da specificare)
Ricoveri per acuti	Ricoveri covid-19

Tabella 5 (estratto da piano controlli nac 2025-amb.)

4.2 Prestazioni Ambulatoriali

Il campionamento viene eseguito con cadenza semestrale sulle impegnative relative alle prestazioni erogate nelle giornate di rilevazione dei tempi di attesa (prestazioni traccianti erogate nella settimana indice, almeno 5 giorni di rilevazione a semestre).

I controlli vengono eseguiti con le modalità sotto-riportate (tab.2)

Tab.2 Indicatori prestazioni ambulatoriali

N° controlli previsti	Prestazioni erogate nella settimana indice
Periodicità	Attribuzione classe di priorità e sospetto diagnostico all'atto della prescrizione
Tipologia di controllo	Verifica del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione
	Verifica corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e alla corretta erogazione delle stesse prestazioni (D.M. 329 del 28.05.1999 e DPCM 12.01.2027)
	Congruità tra prescritto ed erogato sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione (per prestazioni di cui all'all. A della DGRV n. 859/2011 e s.m.i.)

È stato inoltre monitorato come previsto dalla Regione Veneto, il tasso di ricoveri erogati con “DRG ad alto rischio di inappropriatezza” che deve rimanere inferiore al 15% dell’intera produzione. L’indicatore anche nel 2025 ha presentato un dato in continua riduzione passando dal 13,43% (10,67% senza ricoveri da PS) nel 2024 al **8,89%** (**6,56%** senza i ricoveri da PS) del **2025**, indicatore sintetico di qualità. Un dato ottenuto anche grazie alla formazione continua del personale sanitario per una selezione appropriata del regime a minor consumo di risorse (a parità di qualità e sicurezza delle cure) e per una scelta corretta della codifica all’atto della redazione della SDO. Anche i controlli di terza parte eseguiti semestralmente dal Nucleo NAC ULSS3 hanno rilevato l’assenza di ricoveri inappropriati.

Sicurezza del paziente e Gestione dei sinistri

La gestione della sicurezza del paziente prosegue in ottemperanza ai riferimenti normativi nazionali e del Ministero della Salute (L. n. 24/2027 Gelli- Bianco e smi, Protocollo monitoraggio eventi sentinella del 2024) e regionali (DGRV 2255/2026 e smi) tramite le attività del:

- *Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS)*, costituito dal Legale Rappresentante, da un Giurista esperto in materia sanitaria, da un Medico Legale, dal Risk Manager con funzione di coordinatore, avente l’obiettivo di esaminare e presidiare l’istruttoria delle richieste risarcitorie formulate dai pazienti alla struttura in caso di sinistro
- *Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente (CESP)*, costituito da componenti di area clinica ovvero Responsabili e Coordinatori di U.O. e Servizi, CSSA, RSPP, e Risk Manager con funzione di coordinatore, avente l’obiettivo di: analizzare gli *eventi avversi* e gli *eventi evitati* occorsi a pazienti ricoverati e afferenti ai servizi di diagnosi e cura, segnalati attraverso un sistema di *incident reporting* e analizzati attraverso metodologie di analisi strutturate quali *Safety Walk Around* (Giri della Sicurezza), Audit clinici, *Root Cause Analysis* (RCA), FMEA (*Failur Mode and Effects Analyses*), o segnalati dall’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e proporre azioni correttive/protocolli finalizzati alla riduzione del rischio di ri-accadimento degli eventi.

Di seguito si riportano i dati delle principali attività di monitoraggio svolte in materia di prevenzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente nel 2025. Sono stati analizzati n. 172 *incident reporting* di cui 36 relative a segnalazioni di eventi evitati, incluse le cadute, indicatore della presenza in azienda di una buona cultura della sicurezza del paziente in tutti gli operatori coinvolti nell’assistenza.

Tab. 6 Eventi Avversi / Evitati segnalati al Comitato Esecutivo Sicurezza Paziente (CESP)-Anno 2025

TIPOLOGIA EVENTO segnalato	FONTE	N. EVENTI 2025	% EVENTI 2025	N. EVENTI 2024	% EVENTI 2024	FATTORI CAUSALI O CONTRIBUENTI	
						2025	2024
Evento avverso	Schede Incident Reporting 100%	82 ↓	80%	136	79%	Organizzativi	22% 17%
						Dispositivi medici	3% 0%
						Comunicativi	21% 13%
Evento evitato	Altre fonti: 0	20 ↓	20%	36	21%	Fattori informatici	3% 6%
						Condizioni generali precarie- dipendenza fragilità/ paziente	27% 43%
						Fattori ambientali	3% 0%
						Fattori legati Personale	21% 21%
Evento sentinella		0	0	0	0		
TOT.		102 ↓	100%	172	100%		

Tabella 7

NUMERO E TIPOLOGIA EVENTI EVITATI	Totale	
	2025	2024
INESATTEZZA DATI PAZIENTE/LATO/SEDE	2 ↓	16
INADEGUATA/OMISSIONE ESECUZIONE PRESTAZIONE DIAGNOSTICO- TERAPEUTICA	4 ↓	10
INADEGUATA/OMISSIONE ESECUZIONE PRESTAZIONE ASSISTENZIALE	4 ↓	0
INADEGUATA/ERRATA PRESCRIZIONE/SOMMINISTRAZIONE FARMACO	2 ↓	2
EVENTO COLLEGATO SOMMINISTR. SANGUE	1 ↑	0
MALFUNZIONAMENTO DISPOSITIVO MEDICO	1 ↑	0
AGGRESSIONE OPERATORE	6 ↓	8
TOTALE	20 ↓	36
NUMERO E TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	TOTALE	
	2025	2024
CADUTA	61 ↓	85
INESATTEZZA DATI PAZIENTE/LATO/SEDE	4 ↓	17
INADEGUATA/OMISSIONE ESECUZIONE PRESTAZIONE DIAGNOSTICO- TERAPEUTICA	3 ↓	18
INADEGUATA/OMISSIONE ESECUZIONE PRESTAZIONE ASSISTENZIALE	7 ↓	11
INADEGUATA/ERRATA PRESCRIZIONE/SOMMINISTRAZIONE FARMACO	2 ↓	5
MALFUNZIONAMENTO DISPOSITIVO MEDICO	3 ↑	
ICA chir ortopedica NON protesica	1	--
AGGRESSIONE OPERATORE	1	0
TOTALE	82	136

Sono state adottate anche nel corso dell'anno 2025 tutte le Raccomandazioni Ministeriali in materia di sicurezza del paziente applicabili, per tipologia organizzativa, all'interno della struttura.

Si riporta di seguito un estratto dei dati (totali e distinti per articolazione organizzativa) elaborati dal Comitato sicurezza paziente rispetto all'applicazione della **Raccomandazione Ministeriale n. 13** *Prevenire e gestire il rischio di caduta del paziente nelle strutture sanitarie*, comparati con il 2024.

ANALISI EVENTO AVVERSO CADUTA anno 2025

N. CADUTE/ N.RICOVERI %	ANNO 2025	ANNO 2024
	↓ N. CADUTE 61	N. CADUTE 85
	N. RICOVERI 3714	N. RICOVERI 4033
	↓ 1,6%	2,1%

Tabella 8

EVENTO AVVERSO CADUTA	UNITÀ OPERATIVA														Totale	
	CHIRUR GIA/ ORTOPE DIA	MFR NEURO-ORT		MED/GER MFR CARD.		HOSPICE		SERVIZI RAD. AMB.		SERVIZIO FKT		SALA OP.				
	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	
N. EVENTI	11	8	26	26	25	11	22	0	0	1	1	0	0	61	85	
N. PAZIENTI CADUTI	10	8	19	21	23	10	15	0	0	1	1	0	0	55	68	
EVENTO AVVERSO CADUTA PER PERIODO DELL'ANN O	UNITÀ OPERATIVA															
	CHIRURGI A ORTOPEDI A		MFR NEURO-ORT		MED/GER MFR CARD.		HOSPICE		SERVIZI RAD. AMB		SERVIZIO FKT		SALA OP.		Totale	
	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	
1° SEMPRE	8	8	5	19	19	15	5	11	0	0	0	1	0		38	
2° SEMPRE	7	3	3	7	6	10	6	11	0	0	1	0	0	0	23	
Fascia oraria accadimento caduta					TURNO MATTINA		TURNO POMERIGGIO		TURNO NOTTURNO		Cambio turno					
ORARIO					7:00-13:00		13:00-21:00		21:7:00							
TOTALE EVENTI					13		15		33		0					
% CADUTE PER FASCIA ORARIA					21%		25%		54%		0					
Fascia età pazienti con episodio di caduta				0-20 anni		20-49 anni		50-59 anni		60-69 anni		70-79 anni		Oltre 80 anni		
TOTALE EVENTI				0		1		2		6		16		36		
% eventi /fascia età				0		1%		3%		10%		26%		60%		
Indice di Barthel medio pazienti con episodio caduta				40/100												

Tabella n. 9

CLASSIFICAZIONE EVENTO CADUTA	ESITO MINORE	ESITO MODERATO	ESITO TRA IL MODERATO E IL SIGNIFICATIVO	ESITO SIGNIFICATIVO
	nessun danno-solo osservazione o visita medica	Trattamenti minori, indagini diagnostiche minori	Indagini diagnostiche, Intervento chirurgico/trasferimento ad altra UO	Prolungamento degenza/esito che permane alla dimissione
	42	18	1	0
	69%	29,4%	1,6%	0

Tabella n. 10 Cadute con lesioni rilevanti anno 2025

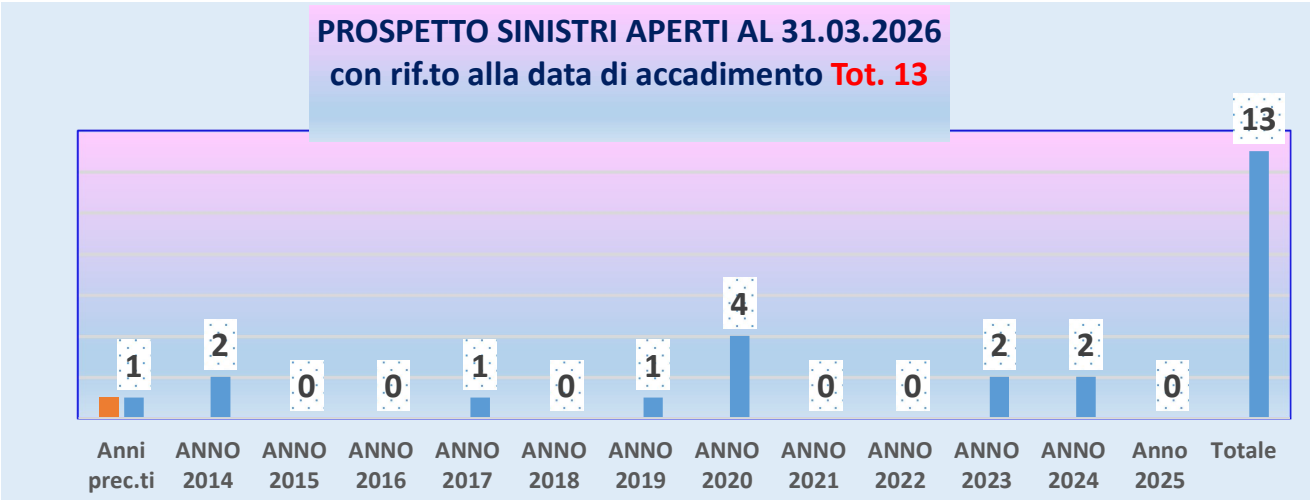
quindicennio 2004-2008	→ 6%
quindicennio 2009-2013	→ 3%
quindicennio 2014-2018	→ 1%
quindicennio 2019-2023	→ 1,5%
anno 2024	→ 0,9 %
anno 2025	→ 0,0 %

Le seguenti Raccomandazioni Ministeriali sono state applicate e gli obiettivi posti con valore atteso pari a zero, esplicitati nella relazione di Risk Management pubblicata entro il 31.03.26 sul sito aziendale, **sono stati raggiunti**. Per le Racc. Min. n.5, Racc. Min. n.8 e la Racc. Min. n.9 vi è stato un lieve scostamento rispetto agli obiettivi posti.

- **Raccomandazione Ministeriale n. 1** Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate Contenenti Potassio; *valore atteso 0 --> valore raggiunto 1*
- **Raccomandazione Ministeriale n. 2** Prevenire la ritenzione di garze strumenti
- **Raccomandazione Ministeriale n. 3** Ministero della Salute-Prevenire il rischio di errori correlati alla non corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura
- **Raccomandazione Ministeriale n. 4** Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
- **Raccomandazione Ministeriale n. 5** Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0; *valore atteso 0 --> valore raggiunto 1*
- **Raccomandazione Ministeriale n. 7** Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- **Raccomandazione Ministeriale n. 8** Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari; *valore atteso 0 --> valore raggiunto 1*
- **Raccomandazione Ministeriale n.9** Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento di dispositivi medici ed apparecchi elettromedicali; *valore atteso 0 --> valore raggiunto IEA e I EE*
- **Raccomandazione Ministeriale n. 10** Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
- **Raccomandazione Ministeriale n. 11** Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- **Raccomandazione Ministeriale n. 12** Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
- **Raccomandazione Ministeriale n. 13** *Prevenire e gestire il rischio di caduta del paziente nelle strutture sanitarie*, comparati con il 2024 (vedi tabelle)
- **Raccomandazione Ministeriale n. 17** Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica
- **Raccomandazione Ministeriale n. 18** Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- **Raccomandazione Ministeriale n. 19** Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

Non vi sono stati nel 2025 eventi avversi ascrivibili ad eventi sentinella da segnalare nel flusso ministeriale *SIMES*. Rispetto alla gestione dei sinistri si è consolidato anche per l'anno 2025, il contenimento delle azioni risarcitorie per fatti recenti, come riportato nella tabella n.10, rappresentativa dei sinistri aperti nell'anno oggetto di analisi comparati con l'andamento pregresso a partire dal 2014.

Tabella n. 10 Prospetto sinistri pendenti rispetto all’anno in cui si è verificato l’evento



Prevenzione delle Infezioni

Il *Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)* aziendale ha perseguito anche nel 2025 l’obiettivo di riduzione della insorgenza di infezioni complicanti l’assistenza (ICA), ovvero delle infezioni insorte almeno dopo 48 h dal ricovero dei pazienti, applicando le indicazioni previste dai requisiti di accreditamento del CIO ex L.R.22/02. Tra le attività del Comitato previste nel piano annuale si segnala l’attuazione del monitoraggio della prevalenza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) nei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia protesica di anca e di ginocchio. Su n. 1013 pazienti arruolati (di cui n. 488 protesi anca, n. 490 protesi di ginocchio, protesi caviglia n.16, protesi spalla n. 18, protesi gomito n. 1), n. pazienti contattati 978.

Il tasso di prevalenza è risultato ulteriormente ridotto rispetto al 2024 con 1 caso su 978, inferiore a 0,001%, ulteriormente ridotto rispetto a quello già basso del 2024 pari allo 0,9%. Un dato eccellente, indicativo di un alto livello di attenzione da parte dell’intera organizzazione con particolare riguardo a: comportamenti adottati dal personale sanitario, igiene e campionamenti di monitoraggio ambientale su impianti e sale operatorie, gestione impiantistica, sanificazione degli ambienti, gestione di processi di disinfezione e sterilità, corretto utilizzo presidi e strumentario, gestione corretta delle precauzioni standard e aggiuntive in caso di isolamento, per citare alcuni dei principali aspetti organizzativi presidiati.

Tabella 11 Verifica Adesione procedura igienizzazione mani-anno 2025

Anno	2025 I^ TRIMESTR E	2024 I^ TRIMESTR E	2025 II^ TTTIMESTRE	2024 II^ TRIMESTRE	2025 III^ TRIMESTRE	2024 III^ TRIMESTRE	2025 IV^ TRIMESTRE	2024 IV^ TRIMESTRE	Tot anno 2025	Tot. anno 2024
Soluzione alcolica (litri)	59	70	72	104	62,5	78	105	79	298,5	331
Detergente mani in schiuma- (litri)	36	30	28	16	18	60	55	89	137	195
Giornate degenza	8.704	10019	8.923	10412	6.639	8329	8136	7880	32.402	36.640
Esito litri/1000 gg paziente	10,9	10	11,2	11,52	12	16,57	19,66	21,3	13,45	14,35

Buon uso del Sangue

La Casa di cura garantisce la disponibilità di sangue ai pazienti ricoverati tramite la gestione di una **emoteca** presso la struttura gestita secondo una procedura concordata con il Servizio Trasfusionale (SIT) dell'Azienda ULSS3, e assicurando la disponibilità continuativa di una scorta di n. 2 sacche di emazie concentrate di *gruppo zero negativo* per le emergenze oltre a sacche di emazie su prescrizione medica in regime ordinario o di urgenza per specifici pazienti richiedenti trasfusione. La prescrizione e trasfusione delle sacche avviene secondo i criteri stabiliti dalla normativa nazionale sul Buon Uso del Sangue (L. 219/20025 e smi) garantendo l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza della somministrazione. Nel 2025 sono stati sottoposti a trasfusione **n. 111 pazienti ricoverati** per un numero complessivo di **233 sacche di emazie concentrate trasfuse**.

Formazione del Personale

Il Policlinico San Marco è Ente Provider n. 65, Accreditato con la Regione Veneto.

Nel 2025 ha predisposto il piano formativo e di seguito di riportano i dati di sintesi dell'attività formativa svolta distinta in ECM e NON ECM.

Formazione ECM e relativi indicatori

EVENTI EROGATI: $9 + 2$ RIEDIZIONI = 11 eventi (pianificati 14 eventi + 1 riedizione) > obiettivo raggiunto

TOT. PARTECIPANTI N. 205 di cui 176 partecipanti con crediti ECM e 29 professionisti senza obbligo ECM

Indicatore Qualità IQ27 – Gradimento delle attività formative

Il gradimento delle singole *attività formative*, inclusa la valutazione dei *docenti/formatori* effettuata dai discenti, è stato positivo

- 73% delle iniziative hanno ottenuto un gradimento globale **da 86 a 100%**

- 27% delle iniziative hanno ottenuto un gradimento globale **da 76 a 85 %**

- 0% delle iniziative hanno ottenuto un gradimento globale **da 60 a 75 %**

Validazione dei progetti formativi: 100%. La valutazione finale dei singoli eventi effettuata dai Responsabili Scientifici è stata positiva.

(tot. Progetti validati - incluse riedizioni 11/ n. Progetti erogati - incluse riedizioni 11.

Non sono al momento considerate necessarie ulteriori azioni di miglioramento.

Indicatore Qualità IQ26 – Attrattività corsi di Formazione (tot. iscritti/previsti) %

L'attrattività dei corsi è risultata pari al **113,27 %** (+6% rispetto anno 2024)

L'offerta formativa è stata aderente alle necessità formative espresse in sede di rilevazione del fabbisogno (almeno un evento per setting/categoria professionale e/o argomento prevalente richiesto).

Si ritiene molto positivo il risultato raggiunto, frutto sia del coinvolgimento del personale nella rilevazione del fabbisogno formativo che della tipologia formativa scelta (incremento FSC) e della modalità didattica (interattiva/attiva).

Indicatore qualità IQ35 – Tasso abbandono corsi (iscritti definitivi-presenti/presenti) %

Il tasso di abbandono **non motivato** è risultato essere pari allo **0,0%**.

Non necessita di ulteriori azioni di miglioramento.

Indicatore qualità IQ62 – Percentuale eventi corrispondenti al Piano Formativo

L'obiettivo è stato raggiunto con un risultato pari a **64,29%**.

Non necessita di ulteriori azioni di miglioramento.

Qualità percepita sull'offerta formativa annuale

In sede di rilevazione del fabbisogno formativo il **73 %** del personale della struttura ha espresso soddisfazione per l'offerta formativa aziendale dell'anno 2024.

Formazione NON ECM e relativi indicatori

EVENTI NON ECM EROGATI: $20 + 11$ RIEDIZIONI = 31 EVENTI (pianificati 28 eventi +12 riedizioni) > obiettivo raggiunto

TOT. PARTECIPANTI N. 441

Collegamenti con Atenei Universitari

Con Decreto Direttoriale MIUR n. 1312 del 23.09.2025 la Casa di Cura è stata rinnovata come struttura collegata per le Scuole di specializzazione in Medicina, Medicina di Comunità e Medicina e Cure Palliative dell'Università degli studi di Verona.

È struttura collegata con la Scuola di specializzazione in Ortopedia dell'Università di Trieste.

Prosegue la collaborazione per l'accoglimento di studenti della facoltà di infermieristica dell'Università di Padova

Direttore Sanitario: Dott.ssa Marialuisa Migliorino
Vice Direttore Sanitario: Dr. Franco Del Piccolo, Dr. Mirco Gastaldelli

UNITA' OPERATIVE

U.O. di Medicina e Geriatria e Ambulatori

Dr. Franco Del Piccolo	Responsabile
Dr.ssa Paola Forte	Medico

U.O. di Riabilitazione Cardiologica

Dr. Franco Del Piccolo	Responsabile
Dr.ssa Laura Groppo	Medico
Dr. Erjon Tarja	Medico

U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione e Ambulatori

Dr Michelangelo Beggio	Medico Responsabile
Dr.ssa Stefania Addante	Medico
Dr.ssa Antonia Maragno	Medico
Dr.ssa Eleonora Pellarin	Medico
Dr.ssa Daniela Valotto	Medico
Dr. Andrea Biasotto	Psicologo
Dr.ssa Sandra Siggia	Psicologo
Rossella Di Marco	Logopedista

Day Hospital Riabilitativo

Dr. Michelangelo Beggio	Responsabile
Dr. Francesco Violante	Medico
Dr. Franco Giada	Medico
Dr. Giuseppe Pastore	Medico

U.O. di Chirurgia Generale e Ambulatori

Dr. Roberto Nistri	Responsabile
Dr. Vittorio Dorrucchi	Medico

U.O. di Otorinolaringoiatria e Ambulatori

Dr. Alessandro Varini	Responsabile
Dr.ssa Federica Aielli	Medico
Dr. Renato Luppari	Medico
Dr. Marco Pin	Medico

U.O. di Ortopedia e Ambulatori

Dr. Giovanni Mazzarol	Responsabile
Dr. Gianluca Novello	Medico
Dr.ssa Cristina Formentin	Medico
Dr. Stefano Tamburin	Medico
Dr.ssa Despina Mania	Medico
Dr. Andrea Atzei	Medico
Dr. Enrico Cautero	Medico
Dr. Marco Cesana	Medico
Dr. Daniele Gianolla	Medico
Dr. Matteo Minerva	Medico
Dr. Andrea Miti	Medico
Dr. Andrea Postorino	Medico
Dr. Antonio Rigon	Medico

Dr. Paolo Sambo	Medico
Dr. Manuel Sanavio	Medico
Dr. Davide Schiavon	Medico
Dr. Walter Scorianz	Medico
Dr. Roberto Toscano	Medico
Dr. Luigino Turchetto	Medico
Dr. Roberto Vianello	Medico

Hospice Intraospedaliero

Dr. Antonio Maestri	Responsabile
Dr.ssa Giovanna Fuga	Medico
Dr. Mirco Gastaldelli	Medico
Dr. Michele Lenzi	Medico
Dr.ssa Sandra Siggia	Psicologo

Medici di Guardia

Dr.ssa Cornelia Ciobanu	Medico
Dr. Xhildjano Haruni	Medico
Dr.ssa Elma Hidri	Medico
Dr.ssa Lorena Iezzi	Medico
Dr. Marco Lotto	Medico
Dr. Luciano Masiero	Medico
Dr.ssa Morena Sabatti	Medico
Dr.ssa Tania Sogoian	Medico
Dr. Niccolò Tratteneri	Medico
Dr. Marcandrea Trevisanato	Medico

SERVIZI

Anestesia e Rianimazione

Dr. Mirco Gastaldelli	Responsabile
Dr. Benyameen Tasleeem Bhatti	Medico
Dr. Luigi Bersanetti	Medico
Dr.ssa Daniela Maria Cappelletti	Medico
Dr. Gianluca Corsi	Medico
Dr. Ermanno Ferrulli	Medico
Dr.ssa Sanja Janjanin	Medico
Dr. Yigan Leykin	Medico
Dr.ssa Maria Elena Martinez	Medico
Dr. Giuseppe Randazzo	Medico
Dr.ssa Liudmila Seremet	Medico
Dr.ssa Elena Scarparo	Medico

Diagnostica per immagini

Dr. Carlo Martelli	Responsabile
Dr. Enrico Proto	Medico
Dr. Domingo Milite	Medico
Dr.ssa Alvine Tchakountio	Medico
Dr.ssa Rodica Mardari	Medico

Endoscopia digestiva

Dr Lovero Chinello	Medico
--------------------	--------

Laboratorio di Analisi

Dr Luca Toffanin	Responsabile
------------------	--------------

Cardiologia e Medicina dello Sport

Dr. Franco Giada	Responsabile
Dr.ssa Emanuela Blundetto	Medico
Dr.ssa Valeria Cutaia	Medico
Dr. Mattia Grassi	Medico
Dr. Marco Marin	Medico
Dr. Giuseppe Pastore	Medico
Dr. Lorenzo Peroni	Medico
Dr. Cipani Giacomo	Medico

Angiologia

Dr. Giovanni Mellone	Medico
Dr. Domenico Mercurio	Medico

Dermatologia

Dr. Stefano Scarpa	Medico
--------------------	--------

Ginecologia e Ostetricia

Prof. Guido Ambrosini	Medico
-----------------------	--------

Medicina Interna

Dr.ssa Giovanna Fuga	Medico
----------------------	--------

Neurologia

Dr. Gaetano Salvato	Medico
Dr. Francesco Violante	Medico

Oculistica

Dr. Rudy Salvi	Medico
Dr. Massimo Valenti	Medico
Dr. Francesco De Geronimo	Medico
Dr. Miroslav Dragic	Medico
Dr.ssa Rita Siciliano	Ortottica

ORL

Dr. Alessandro Varini	Medico
Dr.ssa Federica Aielli	Medico
Dr. Renato Luppari	Medico

Psicologia

Dr. Andrea Biasotto	Psicologo
Dr.ssa Camilla De Cecco	Psicologo

Pneumologia

Dr.ssa Angela Di Tommaso	Medico
--------------------------	--------

Urologia

Dr. Giorgio Artuso	Medico
Dr. Pietro Belmonte	Medico