

VERIFICA DELL'EFFICIENZA DEI PERCORSI CHIRURGICI: IL CONTROLLO DEI DATI

G. Massimiliano De Luca

MD, MSc, PhD

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI "A. MORO"

DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI PRECISIONE E RIGENERATIVA E AREA JONICA - (DIMEPRE-J)

U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE UNIVERSITARIA "F.PACCIONE"

Direttore: Prof. M. Testini



QUALITY CONTROL



shutterstock.com • 1547521421



Qualità ed ecosostenibilità!

Maestria vs Burocrazia

Start Download (free)

File Size: 1.2MB OS: Windows - Convert PDF

PDF Power

Open >

Share

29 / 47

PDF

Scarica ora (gratuito)

Start Download (free)

File Size: 1.2MB OS: Windows - Convert PDF

PDF Power

Open >

Share

2 / 47

PDF XLS

Start Download (free)

Scarica ora (gratuito)

“IL GIORNO DEL VALUTATORE: CONTROLLO DI GESTIONE AZIENDALE E DEI DATI DELLE U.O.C.”... Film già visto!

Queste leggi e le disposizioni per l'accreditamento non specificano però quali sono i criteri per organizzare un Sistema di Gestione per la Qualità in uno scenario complesso come quello sanitario



I metodi di valutazione



A livello internazionale esistono diversi modelli e sistemi di valutazione della qualità e della performance delle strutture sanitarie

Due metodi per la valutazione della qualità: valutazioni *ex ante* e valutazioni *ex post*

Le valutazioni *ex ante* (es: accreditamento all'eccellenza, norme ISO 9000) individuano una serie di standard e di procedure rispetto alle quali le strutture sanitarie devono conformarsi per mantenere un elevato livello di qualità dei servizi

Le valutazioni *ex post* (es: indicatori di efficienza, efficiacia, *customer satisfaction*) utilizzano opportune metodologie statistiche al fine di misurare i risultati effettivamente ottenuti



La letteratura internazionale (Werner et al, 2008; Loeb, 2004) e le esperienze pratiche in atto evidenziano la necessità di integrare questi due diversi metodi per ottenere valutazioni complete e per sviluppare confronti tra i risultati delle diverse strutture sanitarie.



Transitional care: "...Faccio il medico oppure decido di trascorrere la giornata al telefono per trovare il contenitore giusto e più adeguato ai nostri pazienti, soprattutto ai cronico-fragili o a quelli collocati in lunghe liste d'attesa, MA SOPRATTUTTO HO IL TEMPO DI CONTROLLARE I DATI?"

Il forte invecchiamento della popolazione e una diversa distribuzione dei nuclei familiari, richiede che si ponga forte attenzione ai problemi della lunga lista d'attesa e dell'assistenza post-chirurgica.





La creazione di una cartella sanitaria integrata informatizzata gestita da un'équipe multidisciplinare, che segua il paziente dall'ambito ospedaliero a quello domiciliare, potrà migliorare la transizione delle cure e ridurre problemi quali errori terapeutici e diminuire la riammissione in ospedale.

Qualità in sanità

La politica per la qualità è parte integrante della programmazione sanitaria nazionale.

Il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni hanno fatto esplicitamente riferimento alla verifica e **revisione della qualità come modello «ordinario» di garanzia.**

Aziendalizzazione delle strutture sanitarie

Obiettivi:

- **Diminuire gli sprechi**
- **Migliorare la qualità dell'organizzazione**
- **Migliorare il servizio erogato**



I Piani Sanitari Nazionali (PSN), elaborati a partire dall'emanazione del D.Lgs.502/92, hanno previsto lo sviluppo di forme integrate di attività per il miglioramento della qualità.

REPILOGO DRG

- NUMERO SDO VALIDATE
- DEGENZA MEDIA
- **PESO MEDIO DEI RICOVERI**
- **SDO VALIDAZIONE IMPORTO: EURO**



PESO MEDIO



- Il peso medio di un ricovero è un indicatore che **misura la complessità dei casi clinici trattati in una struttura sanitaria, calcolato come rapporto tra la somma dei punti DRG di tutti i ricoveri e il numero totale di dimissioni**. In altre parole, è un modo per esprimere il grado di complessità medio delle patologie e delle cure erogate, fornendo una misura della complessità generale della casistica trattata.

CASE MIX

- Il "case-mix" di un ricovero si riferisce alla complessità dei pazienti trattati in un ospedale o reparto. **È un indice che valuta la gravità clinica e le risorse necessarie per curare un determinato gruppo di pazienti, confrontando la media ponderata dei casi trattati con una media di riferimento nazionale o standard.**
- Un indice superiore a 1 indica una complessità maggiore rispetto allo standard.



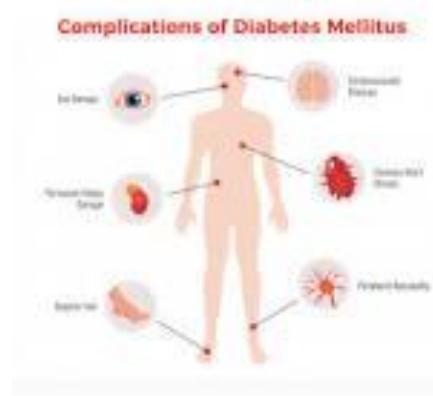
PEARLS AND PITFALLS NEL PESO DEI DRG



- DCP-VB: 2.6
- TRAUMA EPATICO+NWPT: 3.6
- ITTERO+ERCP: 1.4
- ESOFAGITE: 1.1
- T.T: 1.0
- MASTECTOMIA: 1.2
- K COLON DX: 2.8
- ITTERO+ERCP+VLC: 1.7
- LAPAROCELE COMPLICATO CON PROTESI: 2.00
- RESEZIONE SIGMA: 2.00
- VLC: 0.88
- DIVERTICOLITE COMPLICATA: 0.55
- RESEZIONE TENUE: 1.9
- RESEZIONE EPATICA PARZIALE: 2.6
- PANCREATITE BILIARE+ERCP: 2.73
- LISI BRIGLIA: 1.5
- BIOPSIA PERITONEALE: 2.6
- PAZIENTE CON FISTOLA EA: 4
- BIOPSIA LINFONODALE: 1.3
- ERNIOALLOPLASTICA: 0.9
- VLA: 1.7 SPLENECTOMIA: 2
- RICANALIZZAZIONE COLICA: 1.9
- DIEP: 1.3
- K COLON SN: 2.7
- VLC + TROMBOCITEMIA: 1.6

- Ernia inguinale e femorale DS, età > 17 anni senza CC € 3.500,00
- Tiroidectomia completa € 6.600,00
- **Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC £ 3.751,00**
- Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC £ 3.341,00
- Cellulite, età > 17 anni con CC £ 3.353,00
- **Resezione rettale con CC £ 11.203,00**
- Colicistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC € 4.450,00 €
- Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC £ 5.735,00
- Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC £ 13.929,00
- **Ulcere della pelle £ 4.290,00**
- Splenectomia, età > 17 anni £ 6.624,00
- **Lisi di aderenze peritoneali con CC £ 7.577,00**

Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche £ 3.508,00;
Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico £ 18.314,00



ABOLIZIONE DEI RICOVERI IMPROPRI?!?

Uno dei nostri obiettivi è ottimizzare il tasso di occupazione dei posti letto; possiamo “spingere” sui trasferimenti e mai sulle dimissioni volontarie

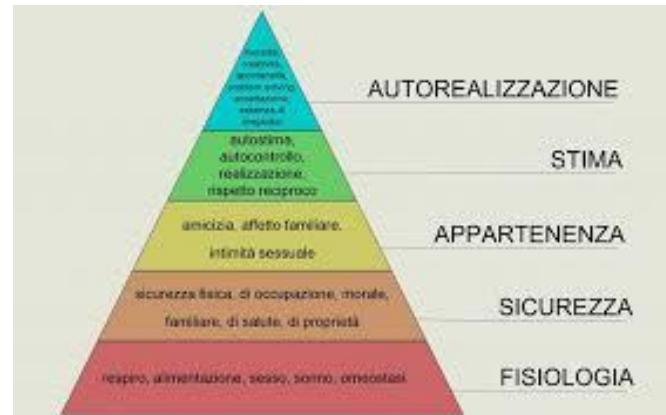
POTENZIAMENTO DELLE COMPETENZE AL FINE DI RIDURRE LE COMPLICAZIONI





*“Il lavoratore deve consapevolmente e volontariamente “sciogliere” la propria intelligenza nel processo lavorativo, **coniugando funzioni esecutive con prestazioni di controllo e di progettazione**, segnalando i difetti in tempo reale e partecipando direttamente alla ridefinizione della struttura stessa del processo lavorativo in rapporto alla variazione della domanda.”*

Taiichi Ohno, Lo spirito Toyota 1978



Appartenenza
Competenza
Disponibilità
Fedeltà
Lealtà
Motivazione
AMICIZIA



RACCOMANDAZIONI CARTELLE CLINICHE-SDO

- Frontespizio “a mano/elettronico” correttamente compilato
- Firme Dirigenti Medici durante giro visita e/o dimissione
- Corretto inserimento di date ed orari, Firme “a mano/digitali” di SDO e SDA

“Il profitto è la naturale conseguenza di un lavoro fatto bene”...

Henry Ford



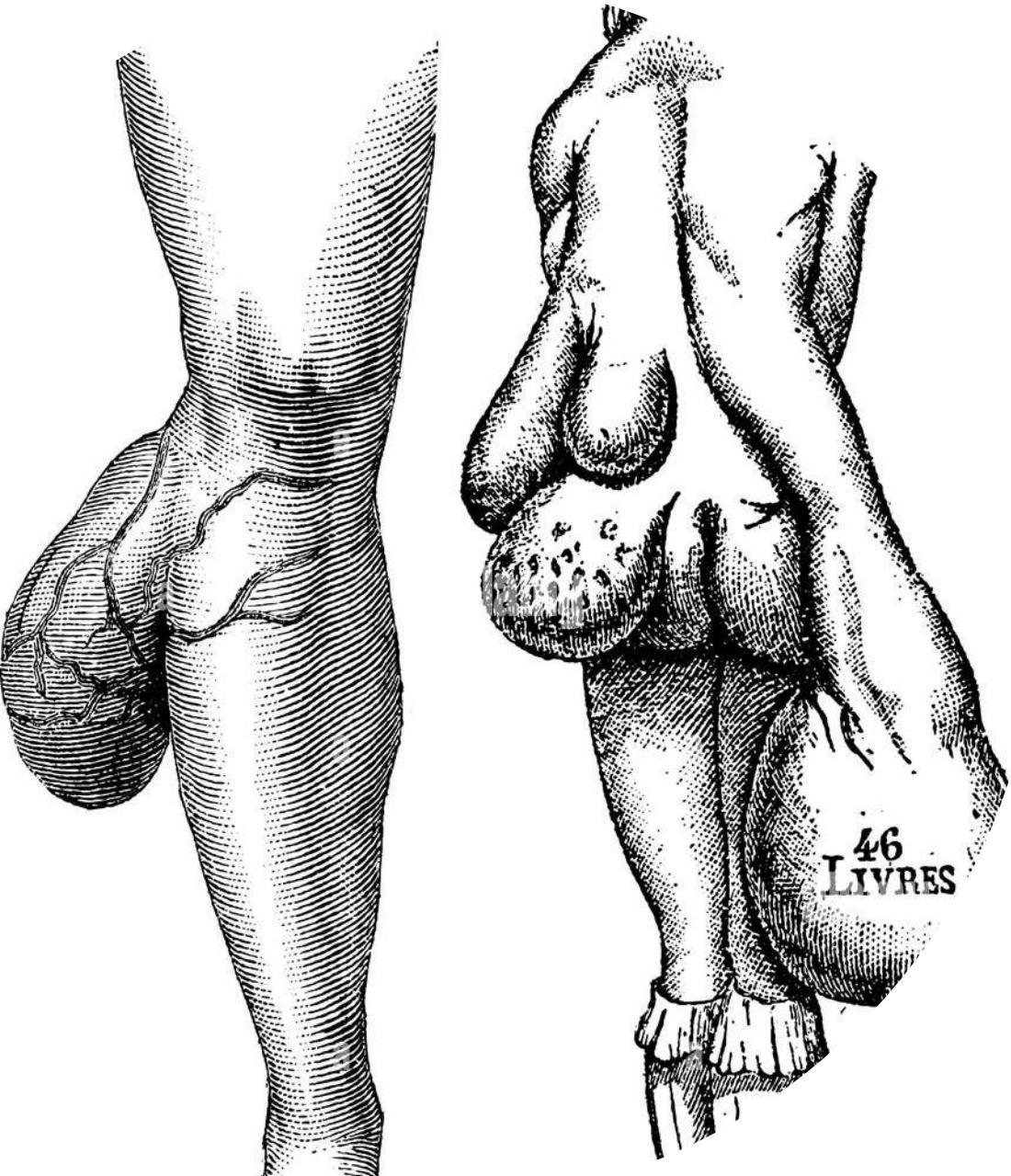
“Non puoi fermare le onde, ma puoi imparare a surfare”
Jon Kabat-Zinn



Corrette diagnosi/procedure da far corrispondere sui sistemi operativi di dimissione: Febbre, leucocitosi, anamnesi personale tumori, **peritonite**, coleperitonite, emorragia, anemia acuta, **FA**, **ernia ostruita**, altra applicazione di medicazione, drenaggio percutaneo, EDR, SNG, Emotrasfusioni, assistenza respiratoria in Rianimazione, antibioticoterapia; **Manipolazione anse intestinali**, lisi di aderenze, **non solo ERCP ma anche sfinterotomia e posizionamento protesi**, ordinare le procedure e le diagnosi in ordine di importanza o di gravità, intubazione oro-tracheale in Rianimazione.

“Niente è davvero difficile se lo si divide in piccoli pezzettini”. H.F.

- **Exitus come diagnosi principale mai!**
- **Firma delle singole pagine e del diario clinico**
- Controllo durante la dimissione di tutta la parte medico-legale, delle **eventuali incongruenze: “UN PO’ DI BUONA VOGLIA”**
- Verifica, correzione, chiusura e firma dei verbali operatori
- **Conoscenza, intuito e abilità nelle codifiche ICD9-CM già in SO**



Gli specializzandi di un tempo erano già inquadrati in una Scuola Chirurgica ...

**Ricominciamo dalla Day
Surgery per la formazione dei
giovani e per migliorara i
nostri DATI !!!**

Terapia a Pressione Negativa Ospedaliera e Territoriale

CASE REPORT

Use of Negative Pressure Wound Therapy in the Management of Extreme Crush Abdominopelvic Injuries: An In-Depth Case Study and Literature Review

Giuseppe Massimiliano De Luca, MD, PhD¹; Pasquale Tedeschi, MD²; Michele Maruccia, MD, PhD¹; Silvia Malerba, MD¹; Giuliana Rachele Puglisi, MD¹; Francesco Paolo Prete, MD, PhD¹; Francesco Vittore, MD¹; Giuseppe Giudice, MD, PhD²; and Mario Testini, MD, PhD²



Article

Retrospective Study of Indications and Outcomes of Open Abdomen with Negative Pressure Wound Therapy Technique for Abdominal Sepsis in a Tertiary Referral Centre

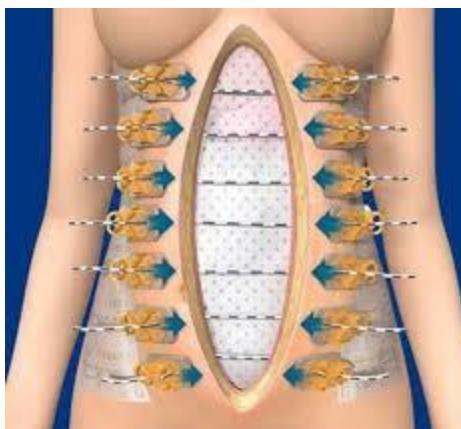
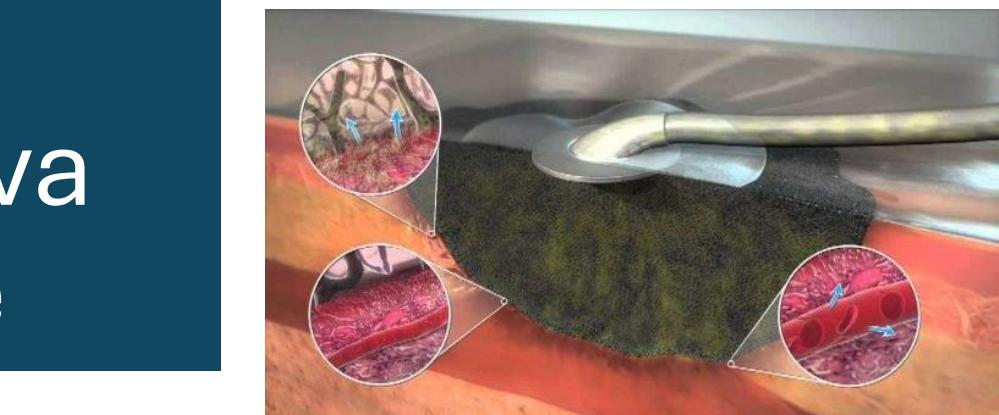
Francesco Prete ^{1,*†}, Giuseppe Massimiliano De Luca ^{1,†}, Alessandro Pasculli ¹, Giovanna Di Meo ¹,
Elisabetta Poli ¹, Lucia Ilaria Sgaramella ¹, Piercarmine Panzera ¹, Francesco Vittore ¹, Antonella Filoia ¹,
Fausto Catena ², Mario Testini ¹ and Angela Gurrado ¹

¹ Academic General Surgery Unit, Department of Biomedical Sciences and Human Oncology, Medical School, University of Bari "Aldo Moro", 70121 Bari, Italy

² Emergency and Trauma Surgery Department, Maggiore Hospital of Parma, 43126 Parma, Italy

* Correspondence: francesco.prete@uniba.it

† These authors contributed equally to this work.



10 anni di Innovazione e Training

Congratulations! Your article has been accepted

Late closure of the open abdomen in emergency abdomino-pelvic surgery: advanced indications to Negative Pressure Wound Therapy?

World Journal of Emergency Surgery | 28 October 2025

**224 Pazienti
(Febbraio 2015
e Maggio 2025)**

**114 NPWT whit
OA**

**13 OA
seven days**

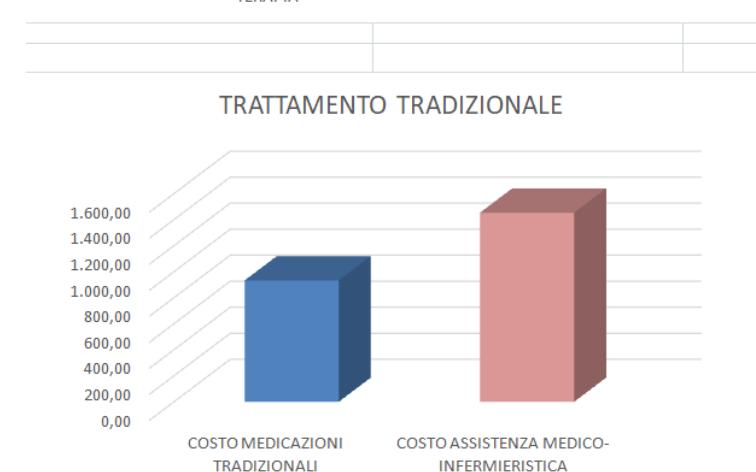
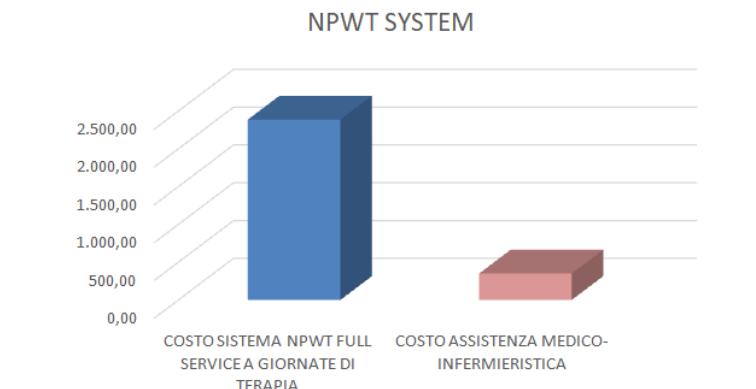


Spending Review & Green Economy

Risultati. Dall'analisi effettuata sui 10 casi clinici gravi rappresentativi di interventi chirurgici maggiori, i costi totali per i 2 approcci terapeutici per il trattamento delle ferite chirurgiche, terapia a pressione negativa (NPWT), utilizzata in tutti i casi analizzati, e simulazione del trattamento tradizionale, si rilevano i seguenti risultati:

Ipotesi 1 - costi totali quasi sovrapponibili, ipotizzando un tasso di sopravvivenza totale (Overall Survival) del 100% anche per il trattamento con medicazioni tradizionali e stessi tempi di degenza;

Ipotesi 2 - considerando un differente scenario per il trattamento tradizionale, più realistico, in aderenza a quelle che sono le attuali evidenze scientifiche, l'incremento dei costi diretti ed indiretti, conseguenziale al maggiore tasso di complicanze post-chirurgiche che si registrerebbero (al numeratore nel calcolo del rapporto medio COSTO/EFFICACIA), e, parallelamente, l'aumento del tasso di mortalità, il peggioramento della qualità di vita e dello stato funzionale dei pazienti (al denominatore del rapporto medio COSTO/EFFICACIA), si otterrebbe un rapporto medio COSTO/EFFICACIA maggiore, dunque sfavorevole relativamente al trattamento con medicazioni tradizionali rispetto alla terapia con pressione negativa (NPWT).



Use of Negative Pressure Wound Therapy in the Management of Extreme Crush Abdominopelvic Injuries: An In-Depth Case Study and Literature Review

Giuseppe Massimiliano De Luca, MD, PhD¹; Pasquale Tedeschi, MD²; Michele Maruccia, MD, PhD³; Silvia Malerba, MD⁴; Giuliana Rachelle Puglisi, MD⁵; Francesco Paolo Prete, MD, PhD⁶; Francesco Vittore, MD⁷; Giuseppe Giudice, MD, PhD²; and Mario Testini, MD, PhD²

Congratulations! Your article has been accepted

Late closure of the open abdomen in emergency abdomino-pelvic surgery: advanced indications to Negative Pressure Wound Therapy?

World Journal of Emergency Surgery | 28 October 2025

**“Quando lasci il lavoro tardi nessuno ti nota;
quando te ne vai presto incontri il capo nel
parcheggio”**

Legge di Lampner sul Lavoro
ARTHUR BLOCH

