



**Decreto del Commissario ad acta**  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

N.00077 del 29 SET. 2010

Proposta n. 15791 del 28/09/2010

**Oggetto:**

Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica.

**Estensore**

MARCELLI MARIA CHIARA

**Responsabile del Procedimento**

LUCA CASERTANO

**Il Dirigente d'Area**

L. CASERTANO

**Il Direttore Regionale**

VICARIO L. CASERTANO

**Il Direttore del Dipartimento**

DIRET. PROTEMPORE G. MAGRINI

**Si esprime parere favorevole  
Il Sub Commissario**

M. MORLACCI

*Det. area*  
**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dott. Alessandro Cipolla)

*A*

Segue decreto n.

**LA PRESIDENTE**  
**IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**  
*(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)*

DECRETO N. 00077/2010

OGGETTO: Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica.

**LA PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTO che la citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri prevede, in capo al Commissario ad Acta l'attuazione delle linee di intervento già previste dal Piano di rientro ed, in particolare al punto h), il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;

DATO ATTO, altresì, che con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.e i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" ed in particolare l'art.1,

Segue decreto n. 00077/2010

LA PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l'obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art. 4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 - con i Ministri dell'Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede la necessità per le Regioni di adottare misure di razionalizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri ed in particolare, all'articolo 6, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

A

Segue decreto n. 00077/2010

LA PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

VISTA la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" ed in particolare gli obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione
- 1.2.5 Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio - sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio " ed in particolare l' art. 1, commi da 18 a 26 - recante disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private;

VISTA la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: "Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie" e s.m. e i.,

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 17/2010 "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012";

CONSIDERATO che il citato decreto prevede, per specifici ambiti assistenziali, un'organizzazione in rete dell'offerta al fine di garantire una migliore qualità dell'assistenza ed ottimizzare il fabbisogno di servizi ospedalieri e territoriali e l'allocazione delle relative risorse sul territorio regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 31 maggio 2010, n. 48 " Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 -

Segue decreto n. 00077/2010

LA PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

2012" nelle parti in cui suddivide il territorio regionale in macro aree e prevede l'attivazione di reti assistenziali;

RITENUTO NECESSARIO, al fine di concentrare le risorse specialistiche e le tecnologie e di razionalizzare i percorsi sia in urgenza che in elezione, riorganizzare il processo assistenziale relativo ai percorsi dei pazienti necessitanti di interventi di Chirurgia Plastica;

RITENUTO OPPORTUNO organizzare la rete assistenziale di Chirurgia Plastica secondo un modello a due livelli, al fine di garantire una assistenza qualificata ed accessibile, efficace ed efficiente;

TENUTO CONTO che, per tale rete, è importante un approccio polispecialistico, poiché la Chirurgia Plastica spesso si interfaccia con altre discipline chirurgiche ed, in particolare con la Chirurgia della mano, Chirurgia Maxillo Facciale, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Neurochirurgia e Chirurgia Generale;

RITENUTO opportuno prevedere protocolli di integrazione per la gestione dei pazienti in età pediatrica con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù;

VISTE le comunicazioni di Laziosanità ASP prot. 10704/ASP/DG del 30/7/2010, prot. 11140/ASP/DG del 12/8/2010 e prot. 12673/ASP/DG del 23/09/2010, con le quali è stato trasmesso l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di approvare l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di approvare la riorganizzazione della rete di cui trattasi, la rimodulazione dei posti letto, la costituzione di un coordinamento regionale e la definizione dei centri secondo quanto previsto nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di approvare gli interventi previsti nell'allegato documento predisposto dal Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di affidare a Laziosanità ASP il compito di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente Decreto e di

Segue decreto n. 00077/2010

**LA PRESIDENTE**  
**IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**  
*(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)*

proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

**RITENUTO** di precisare che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**RITENUTO** opportuno affidare il coordinamento regionale della rete della Chirurgia Plastica alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP e dei referenti dei centri di II livello;

**RITENUTO NECESSARIO** di dare mandato al coordinamento regionale della rete di cui trattasi di definire protocolli di integrazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, anche se struttura extraterritoriale, per la gestione dei casi pediatrici in quanto presenta le necessarie competenze che non sono presenti presso altre strutture del SSR;

**RITENUTO** di riservarsi ogni definitiva determinazione in ordine alla dotazione dei posti letto in sede di predisposizione del complessivo riordino della rete ospedaliera;

**CONSIDERATO** che il presente atto ha carattere programmatico e a contenuto generale ai sensi dell'art. 3 e 13 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 recante oggetto "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";

**RITENUTO OPPORTUNO** abrogare tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

**CONSIDERATO** che il presente provvedimento non è soggetto alle procedure di concertazione con le parti sociali;

**DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano,

di approvare l'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di approvare la riorganizzazione della rete di cui trattasi, la rimodulazione dei posti letto, la costituzione di un coordinamento regionale e la definizione dei centri secondo quanto previsto nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete

Segue decreto n. 00077/2010

LA PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

Assistenziale della Chirurgia Plastica", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di approvare gli interventi previsti nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare a Laziosanità ASP il compito di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente Decreto e di proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "La Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare il coordinamento regionale della rete della Chirurgia Plastica alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP e dei referenti dei centri di II livello;

di dare mandato al coordinamento regionale della rete di cui trattasi di definire protocolli di integrazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, anche se struttura extraterritoriale, per la gestione dei casi pediatrici in quanto offre le necessarie competenze che non sono presenti presso altre strutture del SSR;

di riservarsi ogni definitiva determinazione in ordine alla dotazione dei posti letto in sede di predisposizione del complessivo riordino della rete ospedaliera;

di abrogare tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

Il presente Decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

RENATA POLVERINI



Rete della Chirurgia  
Plastica.pdf

10



**Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere**

**La Rete Assistenziale della  
Chirurgia Plastica**

*f*

**Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere**

**La Rete Assistenziale della  
Chirurgia Plastica**

## **INDICE**

<b>Premessa</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Il quadro organizzativo attuale dell'offerta</b>	<b>Pag. 4</b>
<b>Analisi critica dell'attuale assetto organizzativo</b>	<b>Pag. 6</b>
<b>Obiettivi della costruzione di una rete di Chirurgia Plastica</b>	<b>Pag. 6</b>
<b>Ambiti e caratteristiche peculiari di attività</b>	<b>Pag. 6</b>
<b>Modello e Organizzazione della rete della Chirurgia Plastica</b>	<b>Pag. 8</b>
<b>Metodologia per la rimodulazione dell'offerta</b>	<b>Pag. 13</b>
<b>La riorganizzazione della rete: Centri di secondo, primo livello e funzioni di riferimento trasversali in ambito specialistico</b>	<b>Pag. 14</b>
<b>Il Coordinamento Regionale della rete di Chirurgia Plastica</b>	<b>Pag. 17</b>
<b>Le funzioni di monitoraggio e valutazione della rete di Chirurgia Plastica</b>	<b>Pag. 17</b>
<b>Interventi attuati e impatto</b>	<b>Pag. 17</b>
<b>Tempi di realizzazione e adempimenti</b>	<b>Pag. 18</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>Pag. 18</b>
<b>Allegati</b>	<b>Pag. 19</b>

## **Premessa**

La Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica è una disciplina complessa che si interfaccia con numerose altre specialità, ma a differenza di queste ultime che sono finalizzate allo studio ed alla terapia di un singolo organo od apparato, è chiamata ad operare in situazioni cliniche diversificate che possono potenzialmente coinvolgere di volta in volta tutte le differenti regioni anatomiche.

La Chirurgia Plastica ha quale finalità quella di ridare forma e funzione dove queste sono andate perdute; l'accezione ricostruttiva di tale chirurgia tuttavia non può mai prescindere nella sua pratica da considerazioni d'ordine estetico e pertanto viene sempre più spesso definita come chirurgia delle "forme".

La Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica presenta pertanto una doppia valenza sociale in quanto la chirurgia propriamente ricostruttiva si occupa di organi e distretti corporei che hanno perso la loro funzione e forma a causa di traumi, ustioni, infezioni, interventi chirurgici demolitivi o che presentano malformazioni congenite o degenerative, trovando il suo campo di applicazione su strutture corporee non più "normali". Invece la Chirurgia Plastica Estetica si occupa di problemi correlati all'invecchiamento ed ai dismorfismi senza deficit funzionali, viene quindi effettuata su strutture corporee "normali" con lo scopo di migliorarne l'aspetto.

Esiste però un'area di confine sfumato tra chirurgia ricostruttiva ed estetica: sia perché la chirurgia ricostruttiva ha sempre un'intrinseca componente estetica, vista la finalità di ripristinare la forma oltre che la funzione, sia perché la chirurgia estetica in alcuni casi può essere considerata ricostruttiva laddove l'alterazione sia tale da ostacolare le normali attività quotidiane o causare disturbi fisici (nello specifico una mastoplastica riduttiva, generalmente individuata come intervento di estetica, assume un valore ricostruttivo quando le mammelle siano di dimensioni tali da causare disturbi della postura).

Pur essendo forse tra le più antiche delle specialità chirurgiche, la Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica è anche una delle più moderne ed impegnate nello studio dei fenomeni biologici sottesi ai processi di riparazione tissutale con un impegno continuo nella ricerca di nuove tecniche chirurgiche che si avvalgono di biotecnologie applicate come l'ingegnerizzazione tissutale, che permettono di utilizzare materiali biocompatibili nella sostituzione dei tessuti danneggiati.

**Il quadro organizzativo attuale dell'offerta**

Nella Regione Lazio sono presenti Unità Operative di Chirurgia Plastica (codice specialità 12) presso il Policlinico Universitario (PU) Umberto I, il PU Gemelli, l'Azienda Ospedaliera (AO) S. Andrea, l'AO San Camillo-Forlanini, l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Istituti Fisioterapici Ospitalieri (2 UU.OO, di cui una distaccata al San Gallicano), l'AO San Filippo Neri, l'IRCCS IDI, l'Ente Ospedaliero Classificato Villa San Pietro Fatebenefratelli, Il Presidio Ospedaliero (PO) dell'ASL RME Santo Spirito, i PP.OO. dell'ASL RM C CTO e S. Eugenio, il Centro Paraplegici di Ostia dell'ASL RM D I PP.OO. dell'ASL RM B Sandro Pertini e Policlinico Casilino, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (struttura extraterritoriale).

Tabella 1: Ricoveri ordinari e di DH nelle Unità operative di chirurgia plastica (codice specialità 12) della Regione Lazio; SIO 2009

Denominazione	PL RO	RO	giornate degenza	degenza media	IO ordinari	% RO da PS	% ricoveri da fuori regione	% ricoveri complessi*	PL DH	DH
S. SPIRITO <sup>§</sup>	2	0	0	nc	nc	nc	nc	nc	0	0
C.T.O.	0	31	121	3,9	nc	0%	19%	13%	0	87
C.P.O. Ostia	1	4	384	96,0	105%	0%	0%	0%	2	
OSP. S. EUGENIO	10 ^	77	1278	16,6	nc	35%	23%	6%	3	150
OSP. SAN PIETRO FBF	4	303	1039	3,4	71%	3%	10%	46%	1	
POLICLINICO CASILINO	4	498	1417	2,8	97%	10%	7%	30%	1	793
OSP. SANDRO PERTINI	6	217	1348	6,2	62%	5%	5%	15%	0	1
A.O. S. CAMILLO-FORLANINI	11	708	3546	5,0	88%	16%	17%	35%	5	280
A.O.S.FILIPPO NERI	2	119	313	2,6	43%	1%	10%	29%	4	790
POL. A. GEMELLI	6	360	2082	5,8	95%	1%	22%	22%	2	786
POL. UMBERTO I	22	846	7295	8,6	91%	12%	13%	17%	2	577
I.F.O. <sup>§§</sup>	26	1064	3650	3,4	42%	0%	17%	38%	6	1119
I.D.I.	27	1985	5965	3,0	61%	0%	21%	32%	0	
A.O. S. ANDREA	6	324	2259	7,0	103%	2%	13%	43%	2	200
<b>Totale</b>	<b>127</b>	<b>6536</b>	<b>30697</b>	<b>4,7</b>	<b>66%</b>	<b>5%</b>	<b>16%</b>	<b>31%</b>	<b>28</b>	<b>4.783</b>

PL: Posti letti; RO: ricoveri ordinari; IO: Indice di occupazione; DH: Day Hospital; PS: Pronto Soccorso

\* selezionati sulla base di procedure ICD IX - CM definite ad alta complessità dal panel clinico del Gruppo di Lavoro

Nota: i dati relativi ai posti letto sono stati rilevati da NSIS - gennaio 2010

^ 10 posti letto, dichiarati da Direzione Sanitaria, dedicati alla plastica in appoggio al Centro Ustioni. Con nota del Commissario ASL RMC Prot. N. C/45202 del 23.07.2010, viene comunicato alla Regione Lazio e a Laziosanita - ASP una rettifica della dotazione di PL NSIS pari a 10 PL ordinari e 2 DH che, per mero errore, non erano stati precedentemente inseriti. Inoltre, causa lavori, nel 2009 si è verificata una sospensione delle attività di degenza che ha influito sul calcolo del PL teorici attribuibili.

§ Non risulta nessuna attività di ricovero nel Sistema Informativo Ospedaliero

§§ Due UOC: IRE e San Gallicano

La Tabella 1 riporta alcuni indicatori relativi alle attività delle Unità operative di Chirurgia Plastica per l'anno 2009 [dati Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)]. In questa tabella sono riportati anche i dati relativi ai posti letto di queste unità come riportato da NSIS del Ministero della Salute a gennaio 2010. Nei 127 posti letto ordinari sono stati effettuati 6.536

ricoveri per complessive 30.697 giornate di degenza L'Indice di Occupazione (IO) varia dal 38% alla piena occupazione (IO dell'insieme delle strutture 66%). La degenza media dell'insieme delle Unità Operative è pari a 4,7 giorni. Il 5% dei ricoveri avviene attraverso il Pronto Soccorso, quindi la restante parte della casistica trattata si può considerare di elezione. L'attrazione esercitata dalle strutture considerate verso i residenti in altre regioni è pari al 16% dei ricoveri, mentre i ricoveri ordinari definiti come complessi (nel corso dei quali sia stata erogata almeno una delle procedure definite come complesse dal panel clinico del Gruppo di Lavoro – Allegato 2) sono il 31% del totale. L'attività di Day Hospital si svolge su 28 posti letto complessivi, presenti in 10 strutture, per un totale di 4.783 ricoveri. Il 6,2% dei ricoveri ordinari avviene in strutture private non appartenenti al SSN.

Sebbene i dati vadano valutati con prudenza in quanto potrebbero risentire di problemi di classificazione e di appropriata codifica della SDO, si evidenzia che l'indice di occupazione dei posti letto è modesto tranne che per sei strutture che si collocano sopra l'85%; l'attività di elezione è fortemente preponderante rispetto a quella in urgenza / emergenza; per quanto riguarda la complessità delle procedure effettuate, il comportamento delle strutture è caratterizzato da un'ampia variabilità, presentando un intervallo di valori tra meno del 10 % a quasi il 50%.

Nella tabella 2 sono riportate le degenze preoperatorie, esclusivamente relative ai ricoveri in elezione, delle diverse strutture. L'indicatore varia nei diversi istituti tra 0,9 e 5,4 giorni. Fatte salve considerazioni sulle singole casistiche (gravità clinica, particolari condizioni assistenziali), tale indicatore esprime l'efficienza organizzativa della struttura per quanto attiene al percorso chirurgico. In generale, più la struttura è complessa e di ampie dimensioni maggiore sembra essere il tempo necessario per giungere all'intervento.

Tabella 2: degenza media preoperatoria per centro

Denominazione	Degenza media preoperatoria
C.T.O.	1,1
OSP. S. EUGENIO	5,4
OSP. SAN PIETRO FBF	1,5
POLICLINICO CASILINO	0,9
OSP. SANDRO PERTINI	0,9
A.O. S. CAMILLO-FORLANINI	1,2
A.O.S.FILIPPO NERI	1
POL. A. GEMELLI	2,3
POL. UMBERTO I	4,3
I.F.O.	0,8
I.D.I.	1,8
A.O. S. ANDREA	2,2

### **Analisi critica dell'attuale assetto organizzativo**

Attualmente esistono delle criticità nell'offerta, sintetizzabili come segue:

- Dispersione della casistica nei diversi centri, alcuni con volumi di attività molto bassi;
- Inefficiente utilizzo dei PL ordinari (127, tenendo conto dei 10 PL del S. Eugenio), con un indice di occupazione pari al 66% (inferiore al 65% in quattro strutture);
- Bassa complessità della casistica trattata: circa il 31% dei ricoveri ordinari presso le UO di Chirurgia Plastica è definibile come complesso (secondo un elenco di procedure selezionate da un panel clinico);
- Disomogeneità territoriali nell'offerta di posti letto (da 1,46 per 100.000 abitanti nella macroarea 3 a 4,30 per 100.000 abitanti nella macroarea 4).

### **Obiettivi della costruzione di una rete di Chirurgia Plastica**

Al fine di concentrare le risorse specialistiche e le tecnologie e di razionalizzare i percorsi sia in urgenza che in elezione è necessario, anche sulla base dei dati sopra riportati, riorganizzare il processo assistenziale della Regione Lazio relativo ai percorsi dei pazienti necessitanti di interventi di Chirurgia Plastica. Inoltre il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012 approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 indica, tra le altre, la realizzazione della rete della chirurgia plastica.

La configurazione delle reti assistenziali e la collaborazione tra ospedali è finalizzata ad assicurare l'accessibilità degli utenti a servizi di qualità.

Gli obiettivi della costruzione di una rete della Chirurgia Plastica sono:

- Ottimizzazione dell'uso delle risorse assistenziali (personale, reparti, posti letto e loro distribuzione, tecnologie diagnostiche e capacità terapeutiche);
- Tendenza all'autosufficienza delle strutture di riferimento per macroarea;
- Predisposizione e implementazione di protocolli operativi per il collegamento funzionale con altri servizi ospedalieri e territoriali e razionalizzazione dei percorsi in emergenza / urgenza e in elezione;
- Coordinamento con le reti, oncologica, del trauma grave e del neurotrauma, maxillo facciale, della mano e dell'emergenza;
- Valutazione dell'assistenza erogata in termini di appropriatezza, efficienza ed esito.

### **Ambiti e caratteristiche peculiari della disciplina**

La Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica spesso si interfaccia con le altre discipline chirurgiche in particolare Chirurgia della mano, Chirurgia maxillo-facciale, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Neurochirurgia e Chirurgia generale. Per la patologia di "confine" è importante l'approccio polispecialistico che garantisce al paziente un trattamento ottimale nel totale rispetto delle competenze professionali.

In particolare:

- la patologia della mano particolarmente complessa è appropriato sia trattata in centri dedicati, il resto può rientrare anche nelle competenze della chirurgia plastica e/o ortopedica;
- la patologia traumatica complessa dello scheletro facciale e la chirurgia ortognatica rientrano nelle competenze strette della chirurgia maxillo-facciale, la restante patologia dell'estremo cefalico rientra nelle competenze della chirurgia plastica o dell'ORL;
- per quanto riguarda i traumi complessi degli arti è importante che l'approccio sia combinato con trattamento contemporaneo sia dei tessuti scheletrici (ortopedico) che dei tessuti molli (chirurgo plastico).

Facendo seguito all'emanazione dell'Accordo 22 novembre 2001, intercorso tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria la Società di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica ha elaborato un elenco di procedure specificando le condizioni patologiche per le quali esse possono essere erogate in conformità a quanto previsto dal Decreto (<http://www.sicpre.org>). Facendo riferimento a tale elenco, un panel di esperti all'interno del Gruppo di Lavoro ha identificato la peculiare attività in emergenza / urgenza di seguito riportata:

- Chirurgia riparativa in urgenza dei traumi dei tessuti molli e della cute.
- Chirurgia delle ferite lacero-contuse in particolari distretti corporei che possono esitare in danno estetico ( es. volto, genitali etc...).
- Chirurgia d'urgenza dei traumi della mano e degli arti.
- Trattamento d'urgenza delle lesioni cutanee da cause chimiche o fisiche (ustioni, causticazioni, folgorazioni, ecc.)

Inoltre sono state individuate le attività caratterizzanti l'alta complessità sia in emergenza che in elezione.

Procedure di alta complessità in ordinari PS:

- Traumi polidistrettuali in cui viene richiesta anche una competenza di chirurgia plastica.
- Trattamento dei grandi ustionati.

Procedure di alta complessità in ordinari in elezione:

- Chirurgia oncologica.
- Chirurgia ricostruttiva con utilizzo di lembi pedunculati e/o microchirurgici.
- Chirurgia ricostruttiva di specifici distretti corporei ( es. palpebra, organi genitali, etc...).
- Chirurgia per riassegnazione identità sessuale.

## **Modello e Organizzazione della rete della Chirurgia Plastica**

La riorganizzazione prevede la costruzione di una rete basata su un modello a due livelli, collegata con gli altri servizi ospedalieri e territoriali a garanzia della continuità assistenziale. Tale rete dovrà garantire una assistenza qualificata e accessibile, efficace ed efficiente (adeguata ai bisogni della popolazione), valutabile attraverso un insieme specifico di indicatori.

La riorganizzazione in rete delle Unità Operative di chirurgia plastica comprende l'individuazione delle caratteristiche e delle condizioni delle strutture e degli elementi della rete: centri di riferimento per macroarea di secondo livello, centri di primo livello e centri con funzioni trasversali di riferimento in ambito specialistico.

Il modello organizzativo adottato realizza una integrazione tra i centri di primo e secondo livello ed un collegamento con la rete dell'emergenza, nonché una riconduzione delle attività che costituiscono il core della disciplina ai centri individuati nella rete, evitando così una eccessiva dispersione territoriale con conseguenti potenziali rischi di riduzione della qualità dei servizi erogati e di inefficiente utilizzo delle risorse.

I Centri di primo livello garantiscono il trattamento della casistica a minor complessità ed il conferimento dei pazienti presso i centri di secondo livello, qualora le condizioni cliniche lo richiedano. La rete dell'emergenza si fa carico dei percorsi in emergenza / urgenza, secondo specifici protocolli operativi definiti a livello di macroarea, stabilizzando il paziente e trasportandolo presso il Centro più adeguato alle condizioni cliniche del caso. Per quanto riguarda nello specifico i percorsi in emergenza / urgenza nelle ustioni, si rinvia al documento sui Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza (PCAE – Decisione Laziosanità - ASP n.179 del 12/12/2007).

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù partecipa alla rete anche se struttura extraterritoriale, per la gestione dei casi pediatrici.

Inoltre il modello di rete tiene conto della suddivisione del territorio regionale in quattro macroaree, così come individuate dal DCA 48/2010.

Le caratteristiche che ciascun centro dedicato (di primo e di secondo livello) deve possedere per garantire la corretta funzionalità delle strutture all'interno della rete vengono di seguito riportate.

### ***Configurazione dei centri per livello***

#### CENTRI DI I LIVELLO E CENTRI DI RIFERIMENTO PER PATOLOGIA

Unità per il trattamento delle patologie più diffuse necessitanti di interventi di chirurgia plastica non associate a complicanze.

Tra questi interventi: chirurgia dermato-oncologica, ricostruzione mammaria non microchirurgica, trattamento di perdite di sostanza cutanea e/o dei tessuti molli non complicate, trattamento dei traumi non complicati superficiali della mano e dell'arto superiore che non interessano strutture nobili (vasi, nervi, tendini e muscoli) e trattamento delle ustioni di I e II grado in assenza di malattia da ustione.

Deve essere funzionalmente collegata con i centri di II livello.

Deve essere collegato con DEA di I livello.

Possono essere riconosciuti quali riferimento regionale per particolari ambiti specialistici (ad esempio, chirurgia plastica in dermatologia, chirurgia plastica in oncologia, chirurgia plastica in età pediatrica).

A) Prestazioni / attività / servizi**A.1** Chirurgia dermato-oncologica

- A.1.1 Trattamento chirurgico di asportazione neoformazioni cutanee e sottocutanee, benigne o maligne, che non richiedono ricostruzione.
- A.1.2 Trattamento chirurgico di asportazione neoformazioni cutanee e sottocutanee, benigne o maligne, che richiedono ricostruzioni con lembi locali e/o innesti.

**A.2** Ricostruzione mammaria non microchirurgica

- A.2.1 Interventi di ricostruzione mammaria con materiale alloplastico (espansore/protesi mammaria).
- A.2.2 Interventi di ricostruzione mammaria con tessuti autologhi con tecnica non microchirurgica (latissimus dorsii, lembo toracico laterale etc.).

**A.3** Trattamento di perdite di sostanza (PDS) cutanea e/o dei tessuti molli non complicate.

- A.3.1 Gestione delle PDS cutanee e/o dei tessuti molli non complicate che non richiedono trattamento chirurgico (ulcere da decubito, vascolari, diabetiche, traumatiche etc.).
- A.3.2 Gestione delle PDS cutanee e/o dei tessuti molli non complicate (ulcere da decubito, vascolari, diabetiche, traumatiche etc.) che richiedono trattamento chirurgico (toilette chirurgica e copertura con innesti e/o lembi locali).

**A.4** Trattamento dei traumi non complicati superficiali della mano e dell'arto superiore che non interessano strutture nobili (vasi, nervi, tendini e muscoli).

- A.4.1 Sutura di ferite lacero-contuse di mano ed arto superiore

**A.5** Trattamento delle ustioni di I e II grado in assenza di malattia da ustione.

- A.5.1 Gestione delle ustioni non complicate che non richiedono trattamento chirurgico (I e II grado superficiale).
- A.5.2 Gestione delle ustioni non complicate (II grado profondo) che richiedono trattamento chirurgico (toilette chirurgica e copertura con innesti e/o lembi di vicinanza).

B) Locali / attrezzature / presidi diagnostico assistenziali

- Posti letto ordinari dedicati
- Posti letto in Day Surgery dedicati, anche nell'ambito di piattaforme multispecialistiche
- Sala operatoria dedicata per chirurgia d'elezione o sala operatoria disponibile per almeno 24 H settimana
- Sala operatoria dedicata o disponibile per la Day Surgery
- Strumentario chirurgico dedicato

- Ambulatori chirurgici dedicati
- Disponibilità di prestazioni diagnostiche quali: analisi cliniche e microbiologiche, laboratorio di diagnostica cellulare, radiologia etc.

#### C) Personale di assistenza

- Personale medico dedicato specialista in chirurgia plastica

#### CENTRI DI II LIVELLO

Unità per il trattamento delle patologie di competenza della chirurgia plastica e ricostruttiva associate o meno a complicanze.

Tra queste la chirurgia dermato-oncologica, la ricostruzione mammaria, il trattamento di perdite di sostanza cutanea e/o dei tessuti molli complicate, il trattamento dei traumi complessi della mano e degli arti, il trattamento delle ustioni e degli esiti, il trattamento di malformazioni congenite ed acquisite, delle malformazioni vascolari (MAV), chirurgia post-bariatrica e il trattamento del disturbo d'identità di genere (DIG).

Deve essere funzionalmente collegata con le unità di I livello.

Deve essere collegato con DEA di II livello.

Collegamento funzionale tramite protocolli con rete oncologica, con la chirurgia della mano, con il centro ustioni, con la rete del trauma e maxillo facciale.

Devono essere effettuati almeno 900 ricoveri l'anno (Ricoveri ordinari e day hospital).

Posti letto ordinari dedicati.

Posti letto in Day Surgery dedicati, anche nell'ambito di piattaforme multispecialistiche.

#### A) Prestazioni / attività / servizi

##### **A.1** Chirurgia dermato-oncologica

A.1.1 Trattamento chirurgico di asportazione neoformazioni cutanee e sottocutanee, benigne o maligne, che richiedono ricostruzione (lembi peduncolati e/o microchirurgici).

A.1.2 Trattamento chirurgico di asportazione neoformazioni cutanee e sottocutanee, benigne o maligne, complicate che richiedono ricostruzioni (innesti, lembi peduncolati e/o microchirurgici).

##### **A.2** Ricostruzione mammaria

A.2.1 Interventi di ricostruzione mammaria con materiale alloplastico (espansore/protesi mammaria).

- A.2.2 Interventi di ricostruzione mammaria con tessuti autologhi e/o protesi (latissimus dorsi +/- protesi, lembo toracico laterale +/- protesi, TRAM peduncolato etc.).
  - A.2.3 Interventi di ricostruzione mammaria con tessuti autologhi trasferiti con tecnica microchirurgica (TRAM libero, DIEP etc.)
  - A.2.4 Trattamento delle complicanze e degli esiti di ricostruzione mammaria (infezione, rottura, dislocazione ed estrusione protesi etc.).
  - A.2.5 Interventi di trapianto di tessuto adiposo autologo per la ricostruzione mammaria e per il trattamento degli esiti.
- A.3 Trattamento di perdite di sostanza (PDS) cutanea e/o dei tessuti molli.**
- A.3.1 Gestione delle PDS cutanee e/o dei tessuti molli complicate che richiedono trattamento chirurgico (ulcere da decubito, vascolari, diabetiche, traumatiche etc.).
  - A.3.2 Gestione delle PDS cutanee e/o dei tessuti molli complicate (ulcere da decubito, vascolari, diabetiche, traumatiche etc.) che richiedono trattamento chirurgico (toilette chirurgica e copertura con innesti e/o lembi locali, uso di colture cellulari).
  - A.3.3 Gestione delle PDS cutanee e/o dei tessuti molli in pazienti paraplegici.
- A.4 Trattamento dei traumi complicati della mano e degli arti.**
- A.4.1 Trattamento di amputazione o sub-amputazione degli arti con possibilità di reimpianto con tecnica microchirurgica.
  - A.4.2 Trattamento dei traumi che interessano strutture nobili quali vasi, nervi e tendini che richiedono chirurgia specialistica.
  - A.4.3 Trattamento dei traumi estesi e complicati degli arti che possono richiedere ricostruzione con tecniche microchirurgiche.
- A.5 Trattamento delle ustioni e degli esiti cicatriziali.**
- A.5.1 Gestione medica delle ustioni superficiali che non richiedono trattamento chirurgico (I e II grado superficiale).
  - A.5.2 Trattamento medico e chirurgico delle ustioni profonde (II grado profondo e III grado).
  - A.5.3 Trattamento della malattia da ustione.
  - A.5.4 Trattamento degli esiti cicatriziali da ustione (plastiche a "Z", multiple, trapianto di tessuto adiposo autologo, posizionamento espansori tissutali etc.).
- A.6 Trattamento delle malformazioni congenite ed acquisite.**
- A.6.1 Trattamento delle malformazioni congenite e/o acquisite dell'estremo cefalico (labiopalatoschisi, craniosinostosi semplici e complesse etc.)
  - A.6.2 Trattamento delle malformazioni congenite della mammella e del torace (Sindrome di Poland, mammella tuberosa etc.).
  - A.6.3 Trattamento delle malformazioni congenite degli arti (sindattilia, polidattilia etc.).

A.6.4 Trattamento delle malformazioni congenite e/o acquisite dell'apparato urogenitale (epispadia, ipospadia, fimosi, pseudoermafroditismi etc.).

**A.7** Trattamento delle malformazioni vascolari (MAV).

A.7.1 Trattamento delle MAV semplici del distretto cefalico.

A.7.2 Trattamento delle MAV complesse (Sindrome di Sturge-Weber, Sindrome di Klippel-Trenaunay etc.).

**A.8** Trattamento e chirurgia post-bariatrica.

A.8.1 Trattamento chirurgico del post-dimagrimento (toracoplastica, addominoplastica, brachioplastica, liposuzione, lifting di coscia etc.).

**A.9** Trattamento del disturbo d'identità di genere (DIG).

A.9.1 Riconversione gino-androide (mastectomia bilaterale, interventi seriati di ricostruzione del neo-fallo etc.).

A.9.2 Riconversione andro-ginoide (impianto di protesi mammarie bilaterali, amputazione peniena ed orchiectomia con ricostruzione di neo-vagina etc.).

**B) Locali / attrezzature / presidi diagnostico assistenziali**

- Posti letto ordinari e d'urgenza dedicati
- Posti letto in Day Surgery
- Sala operatoria dedicata per chirurgia d'elezione e d'urgenza
- Sala operatoria dedicata per Day Surgery
- Strumentario chirurgico dedicato
- Strumentario microchirurgico dedicato (microscopio operatore, set ferri microchirurgico etc.)
- Ambulatori specialistici dedicati
- Servizi diagnostico-strumentali di base ed avanzati dedicati (laboratorio di analisi cliniche, laboratorio di diagnostica cellulare e colture cellulari, radiologia avanzata, medicina nucleare etc.)

**C) Personale di assistenza**

- Personale medico dedicato specialista in chirurgia plastica

## Metodologia per la rimodulazione dell'offerta

La definizione dei posti letto (PL) complessivi e attribuibili ai singoli centri che costituiscono la rete si basa sui seguenti criteri:

- appropriatezza, per ciascuna struttura, individuando le quote di attività in ricovero ordinario trasferibili in DH (DRG a rischio di inappropriatezza) e quelle in ricovero Day Surgery potenzialmente trasferibili in ambulatorio;
- indice di occupazione di almeno l'85% (100% per DH/DS).

Di seguito si riportano i passaggi effettuati per il ricalcolo dei PL ordinari:

1. alle UU.OO. che presentano un I.O.  $\geq 85\%$  calcolato sulle giornate di degenza erogate per ricoveri non a rischio di inappropriatezza è attribuito un numero PL ordinari pari a quello riportato in NSIS 1/1/2010;
2. alle UU.OO. che presentano un I.O.  $< 85\%$ , calcolato sulle giornate di degenza erogate per ricoveri non a rischio di inappropriatezza è attribuito un numero di PL sufficiente a soddisfare un I.O. posti letto pari all'85%;
3. al numero di PL così identificato è stata apportato un arrotondamento del decimale all'unità superiore se  $\geq 5$ .

Per quanto riguarda l'attribuzione di PL in DH/DS, si è proceduto come segue:

1. alle UU.OO. che presentano un I.O.  $\geq 100\%$ , calcolato sul totale degli accessi DH/DS di ricoveri diurni, a cui è stata sottratta la quota di accessi di DH medici inappropriati, è attribuito un numero PL DH/DS pari a quello riportato in NSIS 1/1/2010;
2. alle UU.OO. che presentano un I.O.  $< 100\%$  calcolato sul totale degli accessi DH/DS di ricoveri diurni, a cui è stata sottratta la quota di accessi di DH medici inappropriati, è attribuito un numero di PL di DH/DS sufficiente a soddisfare un I.O. di posti letto pari al 100%;
3. a tutte le UU.OO. è attribuito una quota di PL di DH/DS (I.O. 100%), pari a soddisfare il numero di accessi di DH ottenuto attribuendo un accesso in Day Surgery per ogni ricovero ordinario-DRG chirurgico riconosciuto ad alto rischio di inappropriatezza, e 1,3 accessi in DH per ogni ricovero ordinario-DRG medico riconosciuto ad alto rischio di inappropriatezza, effettuati da ciascuna U.O.;
4. la quota di PL di DH/DS, ottenuta ai punti 1 o 2 è stata sommata a quella riportata al punto 3;
5. al numero di PL così calcolato per ciascuna U.O., è stato applicato un arrotondamento del decimale all'unità superiore se esso  $\geq 5$ .

Dai calcoli effettuati risulta adeguata per la Regione una dotazione, in Chirurgia Plastica, di 86 PL ordinari e 22 DH. Nella tabella che segue si riportano i risultati della rimodulazione teorica dei PL attribuibili per Istituto. L'attribuzione teorica di PL per ciascuno dei centri è funzionale al computo della dotazione di PL per Macroarea, ai fini di giungere ad un riequilibrio dell'offerta, anche tenendo conto del ruolo attribuito alle strutture all'interno della rete.

Tabella 3: rimodulazione dei PL (Ord. e DH) teoricamente attribuibili per Istituto  
(confronto con dati NSIS 1.1.2010)

Denominazione	PL RO attuali	PL RO rete	PL DH attuali	PL DH rete
S. SPIRITO	2	0	0	0
C.P.O. Ostia	1	1	2	0
P.O. S. EUGENIO*	10	4	3	1
OSP. SAN PIETRO FBF	4	2	1	0
POLICLINICO CASILINO	4	4	1	1
OSP. SANDRO PERTINI	6	4	0	0
A.O. S. CAMILLO-FORLANINI	11	10	5	4
A.O.S.FILIPPO NERI	2	1	4	4
POL. A. GEMELLI **	6	6	2	2
POL. UMBERTO I**	22	18	2	2
I.F.O.	26	11	6	6
I.D.I.	27	17	0	1
A.O. S. ANDREA**	6	6	2	1
CAMPUS BIOMEDICO**	0	4	0	2
<b>Totale</b>	<b>127</b>	<b>88</b>	<b>28</b>	<b>24</b>

\* Per quanto riguarda il P.O. S. Eugenio non risultano da NSIS posti letto ordinari per la disciplina. Con nota del Commissario ASL RM C Prot. N. C/45202 del 23.07.2010, viene comunicato alla Regione Lazio e a Laziosanita - ASP una rettifica della dotazione di PL NSIS pari a 10 PL ordinari e 2 DH che, per mero errore, non erano stati precedentemente inseriti. Inoltre, causa lavori, nel 2009 si è verificata una sospensione delle attività di degenza che ha influito sul calcolo del PL teorici attribuibili.

\*\* La dotazione di posti letto è definita sulla base degli accordi tra Regione Lazio e Università (nota Regione Lazio UC 1120 24/09/2010)

### La riorganizzazione della rete: Centri di secondo, primo livello e funzioni di riferimento trasversali in ambito specialistico

Ai fini dell'implementazione della rete e della razionalizzazione dell'offerta, sono stati individuati i seguenti criteri per identificare le UU. OO. accorpabili ad altre strutture o disattivabili:

- posti letto ordinari riattribuibili inferiori a 6;
- indice occupazione PL < 75%;
- % DRG a rischio di inappropriatezza superiore alla media regionale della disciplina;
- complessità delle procedure eseguite < 15%;
- redistribuzione dell'offerta tra macroaree con eccesso e macroaree in difetto;
- ruolo delle strutture all'interno della rete.

Ai fini dell'organizzazione della Rete si identificano, per la chirurgia plastica, all'interno delle quattro macroaree definite dal DCA 48/2010 i seguenti Centri di secondo livello:

- Macroarea 1: PU Umberto I (svolge anche funzioni di primo livello);
- Macroarea 2: P.O. S. Eugenio (anche per chirurgia plastica nelle ustioni, quale Centro di riferimento regionale); accorpa la U.O. dell'AO San Filippo Neri;
- Macroarea 3: AO S. Camillo, accorpa UO del PO Pertini;
- Macroarea 4: S. Andrea.

Per quanto riguarda i centri di primo livello, sono determinati come segue:

- Macroarea 1: PU Umberto I (svolge anche funzioni di secondo livello);
- Macroarea 2: PTV. In considerazione degli indicatori di efficienza (indice di occupazione, degenza media, volumi complessivi di attività), che lo collocano tra le strutture più efficienti a livello regionale); AO S. Giovanni (funzione di chirurgia plastica); Campus Biomedico;
- Macroarea 3: PO Grassi (funzione di chirurgia plastica ex CPO);
- Macroarea 4: PU Gemelli.

Per quanto riguarda i centri con funzioni di riferimento trasversali in ambito specialistico, sono stati individuati:

- IRCCS IFO, per quanto attiene alla chirurgia plastica in oncologia (la funzione di riferimento trasversale e coordinamento per l'ambito oncologico in dermatologia è attribuita dal DCA 59/2010. Si individua l'IRE quale sede per la chirurgia plastica ricostruttiva e il S. Gallicano per la chirurgia plastica in oncologia dermatologica).
- IRCCS IDI, per quanto attiene alla chirurgia plastica in dermatologia (svolge funzione di riferimento trasversale per chir. plastica e dermatologia anche oncologica, coordinata dall'IFO come da DCA 59/2010).

Applicando i criteri presentati precedentemente, anche considerando la dotazione di PL derivata dalla rimodulazione che in taluni casi non giustifica l'esistenza di una U.O., vengono individuate due UU.OO. di chirurgia plastica da disattivare:

- P.O. S. Spirito: risultano da NSIS due PL ordinari, senza alcuna attività registrata nel SIO;
- P.O. San Pietro Fatebenefratelli: 31% di ricoveri ordinari inappropriati, 71% IO, area ad eccesso di offerta. La rimodulazione PL attribuisce solo 2 PL ordinari e nessun PL DH.

In tali strutture, in presenza di personale specialistico nella disciplina, potranno essere comunque svolte attività di chirurgia plastica a supporto dell'area chirurgica.

Nella tabella seguente è riportata la dotazione di PL per Macroarea a seguito degli accorpamenti.

Tab 4 – Dotazione di PL per Macroarea a seguito della rimodulazione e degli accorpamenti

Denominazione	Macroarea	Livello	PL Ord.	PL DH *
PU UMBERTO I ***	1	II	18	2
S. EUGENIO**	2	II	14	4
PTV ***	2	I	5	0
CAMPUS BIOMEDICO ***	2	I	4	2
I.F.O.	2	FRT	13	6
A.O. S. CAMILLO-FORLANINI	3	II	12	5
A.O. S. ANDREA ***	4	II	6	0
POL. A. GEMELLI ***	4	I	6	2
I.D.I.	4	FRT	17	1
<b>Totale</b>			<b>95</b>	<b>22</b>

\* L'attività in ricovero diurno per tale specialità andrà svolta all'interno di piattaforme di DH / DS multispecialistico

\*\* Sono stati attribuiti ulteriori PL ordinari al S. Eugenio in quanto il calcolo dei volumi di attività, a causa della temporanea chiusura nel corso del 2009 dell'UO, non comprende l'intero anno (vedi nota tabella 3).

\*\*\* La dotazione di posti letto è definita sulla base degli accordi tra Regione Lazio e Università (nota Regione Lazio UC 1120 24/09/2010)

Nella tabella successiva si riporta il confronto tra i tassi di PL per 100.000 abitanti prima e dopo la manovra di rimodulazione e riequilibrio tra le Macroaree.

Tabella 5 - Confronto tassi PL per 100.000 abitanti tra Macroaree

Macro Area	Popolazione	PL NSIS 1.1.2010		PL rimodulati	
		Posti letto (RO / DH)	Indice posti letto (per 100.000 residenti)	Posti letto (RO / DH)	Indice posti letto (per 100.000 residenti)
1	1.455.872	24	1,65	20	1,37
2	1.566.730	56*	3,57	29	1,85**
3	1.302.151	19	1,46	17	1,31
4	1.301.957	56	4,3	14	1,07**
<b>Totale macro aree</b>	<b>5.626.710</b>			<b>76</b>	<b>1,35</b>
<b>Centri FTR</b>				<b>37</b>	<b>0,66</b>
<b>LAZIO</b>	<b>5.626.710</b>	<b>155*</b>	<b>2,75</b>	<b>117</b>	<b>2,08</b>

\* Considerando anche i 10 PL del S. Eugenio non formalmente attribuiti alla plastica (vedi nota Tab. 3)

\*\* Aree in cui insistono centri FTR con attività anche di primo Livello

## **Il Coordinamento Regionale della rete di Chirurgia Plastica**

Il Coordinamento Regionale della rete di Chirurgia Plastica è affidato all'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica (ASP) e dei referenti dei centri di secondo livello, ed eventualmente integrato da altri esperti.

I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:

- predisposizione delle linee di indirizzo per i Piani Organizzativi di Macroarea (entro il 30 settembre di ogni anno) che saranno predisposti entro il 30 novembre di ciascun anno a cura del centro di secondo livello; tali linee di indirizzo dovranno contenere anche le indicazioni per un programma informativo / formativo a sostegno dello sviluppo della rete;
- I Piani di Macroarea dovranno prevedere specifici protocolli per garantire la funzione di chirurgia plastica nella chirurgia ricostruttiva della mammella in oncologia; inoltre gli stessi dovranno indicare le modalità atte a favorire la presenza della funzione di chirurgia plastica con modalità programmate in strutture che non ne siano provviste e che per le caratteristiche della casistica possano richiedere una periodica presenza del chirurgo plastico.
- verifica dei Piani Organizzativi di Macroarea, comprensivi dei protocolli operativi con la rete dell'emergenza e con le altre strutture di interesse;
- individuazione e divulgazione di linee guida per le attività dei centri costituenti la rete;
- supporto al processo di verifica del mantenimento delle caratteristiche e delle condizioni di idoneità per le strutture facenti parte della rete.

I Piani Organizzativi predisposti a cura del legale rappresentante della struttura di secondo livello della Macroarea dovranno comprendere le competenze e i rapporti fra le strutture coinvolte nelle singole Macroaree, i Protocolli Operativi con la rete dell'emergenza. Tale Piano verrà formalmente approvato da parte delle competenti Direzioni della Regione.

## **Le funzioni di monitoraggio e valutazione della rete di Chirurgia Plastica**

La funzione di monitoraggio e valutazione della rete è affidata a Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica.

I compiti specifici sono individuati come segue:

- definizione, in collaborazione con la struttura coordinatrice della rete e entro novanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, degli indicatori per la valutazione del funzionamento della rete;
- calcolo degli indicatori di pertinenza.

Nelle tabelle riportate in Allegato si riportano nel dettaglio gli indicatori proposti per la valutazione e monitoraggio della rete.

## **Interventi attuati e impatto**

- Viene ridotta l'offerta di posti letto ordinari da 127 a 95 (- 32) in relazione all'appropriatezza e alla ottimizzazione del tasso di occupazione.
- Viene diminuita l'offerta di posti letto in DH (da 28 a 22) in relazione all'appropriatezza e alla ottimizzazione del tasso di occupazione.

- Vengono identificati i Centri di secondo livello per ciascuna macroarea e i Centri di primo livello.
- Vengono individuati due Centri con funzioni trasversali di riferimento per l'insieme delle macroaree, in ambito specialistico (IFO per chirurgia plastica in oncologia, con funzioni di coordinamento, e IDI per chirurgia plastica in dermatologia).
- Vengono disattivate due UU.OO. e accorpate altre due UU. OO, con riduzione del numero complessivo delle UU.OO di chirurgia plastica a nove unità.

#### **Tempi di realizzazione e adempimenti**

- Entro trenta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, costituzione del Coordinamento regionale della rete.
- Entro il 30 novembre 2010 ciascun centro di II livello deve inviare alla regione per la relativa approvazione i protocolli per la propria area di riferimento già condivisi con i centri di I livello dell'area. La Direzione competente dell'Assessorato alla Sanità, sentita l'ASP e dopo aver provveduto a verificare la compatibilità dei protocolli con le linee di programmazione sanitaria, approverà i suddetti protocolli entro il 31 dicembre 2010 affinché entrino in vigore prima dell'attivazione della nuova rete
- Entro sessanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, le Aziende interessate dovranno elaborare un Piano Attuativo degli accorpamenti e disattivazioni previste.
- Tali accorpamenti e disattivazioni dovranno essere attuati entro il 31 dicembre 2010.

#### **Bibliografia**

- Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009, Regione Lazio: Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012
- Kazandjian VA, Matthes N, Thomas T (2001). Errors: can indicators measures the magnitude? J Eval Clin Prat 7:252-260
- Kazandjian VA, Matthes N, Wicker KG (2003). Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicators Project. J Eval Clin Prat 9:265-276

# ALLEGATI

**Allegato 1: indicatori di valutazione e monitoraggio rete**

Indicatori per il monitoraggio delle reti chirurgiche (a carico di Laziosanità – ASP, Fonte SIO)

Indicatore	Livello	Periodicità	Standard	Contesto
Degenza media pre-operatoria	Struttura	Semestrale	< 2 giorni	Elezione
Degenza media post-operatoria	Struttura	Semestrale	Media regionale	Elezione / Urgenza
Percentuale di ricoveri ripetuti a 30 giorni	Struttura	Annuale	Media regionale	Elezione / Urgenza
Indice di attrazione	Struttura / MacroArea	Annuale	Media regionale	Elezione / Urgenza
N. di ricoveri da PS	Struttura	Annuale	> 100	Urgenza
N. di ricoveri ad alta complessità	Struttura	Annuale	> 100	Elezione
Mortalità intra-ospedaliera aggiustata	Struttura	Annuale	Media regionale	Elezione / Urgenza

Indicatori per il monitoraggio della implementazione della rete regionale (a carico delle strutture)	Obiettivo
Identificazione formale del percorso aziendale da parte delle Aziende sede di centro di secondo o primo livello	Entrambe le strutture, entro 3 mesi dalla data di delibera di istituzione della rete
Condivisione ed accettazione formale del protocollo diagnostico terapeutico	Entrambe le strutture, entro 2 mesi dalla data di delibera di istituzione della rete
Numero di pazienti in carico al 31/12/2010 di cui già in carico il 1/8/2010 di cui presi in carico nell'anno Drop-out (con motivazioni)	Valori da monitorare
Applicazione protocollo diagnostico terapeutico ai pazienti in carico	100% (o con eccezioni motivate)
Mobilità dei pazienti: da periferia a centro di primo livello da periferia a centro di secondo livello da centro di primo a centro di secondo livello da centro di primo o secondo livello a centri naz./internaz.	Valori da monitorare

PER I CENTRI DI SECONDO LIVELLO	
Numero di pazienti presenti in DataBase	100% dei pazienti in carico ai 2 centri
Definizione di un set di indicatori clinici per monitorare: efficacia clinica della presa in carico effettiva continuità assistenziale	Entro 10 mesi dalla data di delibera di istituzione della rete
Utilizzo del set di indicatori clinici individuato per il monitoraggio dello stato di salute dei pazienti trattati	Valori da monitorare
Definizione Linee Guida da Diffondere a Pronto Soccorso regionali	Entro 3 mesi dalla data di delibera di istituzione della rete
Pazienti in carico ricorsi a servizi de emergenza nell'anno in corso (num accessi)	Valori da monitorare
Realizzazione di programmi di formazione per il personale sanitario	Almeno 1/anno

PER I CENTRI DI PRIMO LIVELLO	
Invio al centro di secondo livello di riferimento dei pazienti per conferma diagnostica	100% dei pazienti che necessitano di conferma diagnostica
Applicazione dei protocolli terapeutici condivisi con il centro di secondo livello	100% dei pazienti in carico (o con eccezioni motivate)
Prosecuzione iter pazienti in carico presso il centro di secondo livello e non dimissibili	Soddisfazione di 80% delle richieste
Dotazione di risorse (tecniche, strutturali e di personale) necessarie	Adeguamento entro 12 mesi dalla data di delibera di istituzione della rete
Realizzazione di programmi di formazione per il personale sanitario	Almeno 1/anno

#### Bibliografia

Kazandjian VA, Matthes N, Thomas T (2001). Errors: can indicators measures the magnitude? J Eval Clin Prat 7:252-260  
 Kazandjian VA, Matthes N, Wicker KG (2003). Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicators Project. J Eval Clin Prat 9:265-276

**Allegato 2: procedure definite complesse da panel clinico**

Cod ICD9CM 2007	Descrizione procedura
02.02	RIPOSIZIONAMENTO DI FRAMMENTI DI FRATTURA AFFOSSATA DEL CRANIO
02.06	ALTRI TIPI DI OSTEOPLASTICA DEL CRANIO
04.3	SUTURE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI
04.5	INNESTO DI NERVI CRANICI O PERIFERICI
04.99	ALTRI INTERVENTI SUI NERVI CRANICI E PERIFERICI
08.32	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON ANASTOMOSI DEL MUSCOLO FRONTALE MEDIANTE FASCIA LATA
08.33	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON RESEZIONE O AVANZAMENTO DEL MUSCOLO ELEVATORE O SUA APONEUROSIS
08.34	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON ALTRE TECNICHE CHE UTILIZZANO IL MUSCOLO ELEVATORE
08.36	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON ALTRE TECNICHE
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA
08.61	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO CUTANEO
08.64	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO TARSOCONGIUNTIVALE
08.69	ALTRA RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO
08.70	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA, SAI
08.74	ALTRA RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE
16.89	ALTRA RIPARAZIONE DI LESIONE DEL BULBO OCULARE O DELL'ORBITA
18.71	RICOSTRUZIONE DI PADIGLIONE AURICOLARE
18.79	ALTRA RIPARAZIONE PLASTICA DELL'ORECCHIO ESTERNO
21.4	RESEZIONE DEL NASO
21.72	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA NASALE A CIELO APERTO
21.83	RICOSTRUZIONE TOTALE DEL NASO
21.84	REVISIONE DI RINOPLASTICA
21.86	RINOPLASTICA PARZIALE
21.87	ALTRA RINOPLASTICA
21.89	ALTRI INTERVENTI DI RIPARAZIONE E DI PLASTICA DEL NASO
27.53	CHIUSURA DI FISTOLA DELLA BOCCA
27.54	RIPARAZIONE DI SCHISI DEL LABBRO
27.62	CORREZIONE DI PALATOSCHISI
27.69	ALTRA RIPARAZIONE PLASTICA DEL PALATO
39.31	SUTURA DI ARTERIA
40.21	ASPORTAZIONE DI LINFONODI CERVICALI PROFONDI
40.24	ASPORTAZIONE DI LINFONODI INGUINALI
40.42	DISSEZIONE RADICALE DEL COLLO, BILATERALE
40.51	ASPORTAZIONE RADICALE DEI LINFONODI ASCELLARI
53.04	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRECTA CON INNESTO O PROTESI
53.21	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI
53.59	RIPARAZIONE DI ALTRA ERNIA DELLA PARETE ADDOMINALE ANTERIORE
53.61	RIPARAZIONE DI ERNIA SU INCISIONE CON PROTESI
53.69	RIPARAZIONE DI ALTRA ERNIA DELLA PARETE ADDOMINALE ANTERIORE CON PROTESI
54.61	RISUTURA DI DIASTASI POSTOPERATORIA DELLA PARETE ADDOMINALE
64.43	COSTRUZIONE DEL PENE
64.44	RICOSTRUZIONE DEL PENE
64.5	INTERVENTI PER TRASFORMAZIONE DI SESSO NON CLASSIFICATI ALTROVE

70.61	COSTRUZIONE DELLA VAGINA
70.62	RICOSTRUZIONE DELLA VAGINA
76.31	MANDIBOLECTOMIA PARZIALE
76.43	ALTRA RICOSTRUZIONE DELLA MANDIBOLA
76.44	OSTEOTOMIA TOTALE DI ALTRE OSSA FACCIALI CON CONTEMPORANEA RICOSTRUZIONE
76.61	OSTEOPLASTICA CHIUSA [OSTEOTOMIA] DEL RAMO ASCENDENTE DELLA MANDIBOLA
76.62	OSTEOPLASTICA APERTA [OSTEOTOMIA] DEL RAMO ASCENDENTE DELLA MANDIBOLA
76.65	OSTEOPLASTICA SEGMENTARIA [OSTEOTOMIA] DELLA MASCELLA
76.72	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ZIGOMATICA E MALARE
76.74	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA MASCELLARE
76.76	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA MANDIBOLARE
76.79	ALTRA RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA FACCIALE
76.91	INNESTO OSSEO SU OSSA FACCIALI
79.14	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO, CON FISSAZIONE INTERNA
79.34	RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO, CON FISSAZIONE INTERNA
79.37	RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO, CON FISSAZIONE INTERNA
79.39	RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DI ALTRO OSSEO SPECIFICATO CON FISSAZIONE INTERNA
81.75	ARTROPLASTICA DELLA ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE O CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO
81.79	ALTRA RIPARAZIONE DELLA MANO, DELLE DITA E DEL POLSO
82.42	SUTURA DIFFERITA DEI TENDINI FLESSORI DELLA MANO
82.43	SUTURA DIFFERITA DI ALTRI TENDINI DELLA MANO
82.51	AVANZAMENTO DI TENDINI DELLA MANO
83.62	SUTURA DIFFERITA DI TENDINI
83.65	ALTRA SUTURA DI MUSCOLI O FASCE RIPARAZIONE DI DIASTASI DEI RETTI
84.18	DISARTICOLAZIONE DELL'ANCA
84.21	REIMPIANTO DEL POLLICE DELLA MANO
84.22	REIMPIANTO DI DITA DELLA MANO
85.31	MAMMOPLASTICA RIDUTTIVA MONOLATERALE
85.32	MAMMOPLASTICA RIDUTTIVA BILATERALE
85.33	MAMMECTOMIA SOTTOCUTANEA MONOLATERALE CON CONTEMPORANEO IMPIANTO DI PROTESI
85.34	ALTRA MAMMECTOMIA SOTTOCUTANEA MONOLATERALE
85.35	MAMMECTOMIA SOTTOCUTANEA BILATERALE CON CONTEMPORANEO IMPIANTO DI PROTESI
85.36	ALTRA MAMMECTOMIA SOTTOCUTANEA BILATERALE
85.43	MASTECTOMIA SEMPLICE ALLARGATA MONOLATERALE
85.44	MASTECTOMIA SEMPLICE ALLARGATA BILATERALE
85.53	IMPIANTO DI PROTESI MONOLATERALE
85.54	IMPIANTO DI PROTESI BILATERALE
85.6	MASTOPESSI
85.7	RICOSTRUZIONE TOTALE DELLA MAMMELLA
85.84	INNESTO PEDUNCOLATO NELLA MAMMELLA
85.85	RICOSTRUZIONE CON LEMBO MUSCOLARE O MUSCOLOCUTANEO DELLA MAMMELLA
85.93	REVISIONE DI PROTESI DELLA MAMMELLA
85.95	INSERZIONE DI ESPANSORE TESSUTALE NELLA MAMMELLA
86.51	REIMPIANTO DEL CUIOIO CAPELLUTO
86.64	TRAPIANTO DI CAPELLI
86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI INNESTI PEDUNCOLATI O A LEMBO
86.75	REVISIONE DI INNESTO PEDUNCOLATO O A LEMBO
86.82	RITIDECTOMIA FACCIALE
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA

