



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

N. 00079 del **29 SET. 2010**

Proposta n. 15794 del 28/09/2010

Oggetto:

Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano.

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. MORLACCO

Fest Agg
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. 00079/2010

OGGETTO: Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano.

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);

VISTO l'Accordo 25 ottobre 2001 della Conferenza Stato Regioni ed in particolare il documento di linee guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage

Segue decreto n. 00079/2010

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

intraospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria”;

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, 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;

Segue decreto n. 00079/2010

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

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";

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.;

VISTA la DGR n.420/07, recante, nell'ambito della ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri, linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza;

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

Segue decreto n. 00079/2010

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

dell'assistenza ed ottimizzare il fabbisogno di servizi ospedalieri e territoriali e l'allocazione delle relative risorse sul territorio regionale;

VISTA la Determinazione Dirigenziale del 31 luglio 2009, n. D2358 recante: "Coordinamento regionale dei centri di chirurgia della mano, microchirurgia e reimpianto degli arti", con la quale sono state date le prime indicazioni per la realizzazione di una rete assistenziale per la chirurgia della mano;

VISTA la nota prot. N. 75525/54 02 del 16 giugno 2010 con la quale la Direzione Regionale competente ha prorogato i turni di reperibilità previsti dalla sopra citata Determinazione Dirigenziale n. D2358/2009 fino a tutto l'anno 2010;

VISTA la nota prot. N. 110035/ 60 01 del 17/09/2010 con la quale la Direzione Regionale competente ha autorizzato il Direttore della Centrale Operativa ARES 118 di Roma Capitale a modificare i turni di reperibilità previsti dalla sopra citata Determinazione Dirigenziale n. D2358/2009, ove se ne ravvisasse la necessità;

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 della Mano", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RILEVATO che l'attuale suddivisione delle attività in sei centri comporta una eccessiva frammentazione delle risorse e della casistica;

RITENUTO opportuno affidare il coordinamento regionale della Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano alle Direzioni Regionali competenti, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP;

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

RITENUTO di approvare la riorganizzazione della rete di cui trattasi e la definizione dei centri secondo quanto previsto nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano", 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 proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

Segue decreto n. 00079/2010

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

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

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 della Mano" 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 della Mano", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di approvare la riorganizzazione della rete di cui trattasi e la definizione dei centri di riferimento secondo quanto previsto nell'allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano", 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 competente della Regione Lazio, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

Segue decreto n. 00079/2010

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

che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "La Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano" al presente atto;

di affidare il coordinamento regionale della Rete della Chirurgia della Mano alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP;

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
della Mano.pdf





LAZIO
ASSTO DI SANTA PIAZZA



REGIONE
LAZIO

Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere

**La Rete Assistenziale della
Chirurgia della Mano**

1

Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere

**La Rete Assistenziale della
Chirurgia della Mano**

INDICE

Introduzione	Pag. 3
Il quadro organizzativo attuale dell'offerta	Pag. 4
Analisi dell'attività della chirurgia della mano nella Regione Lazio	Pag. 5
Analisi critica dell'attuale assetto organizzativo	Pag. 6
Organizzazione delle attività di chirurgia della mano	Pag. 6
Il Coordinamento regionale della rete di Chirurgia della Mano	Pag. 7
Le funzioni di monitoraggio e valutazione della rete di chirurgia della mano	Pag. 8
Interventi attuati e impatto	Pag. 8
Tempi di realizzazione e adempimenti	Pag. 8
Bibliografia	Pag. 9
Allegati	Pag. 10

Introduzione

La Chirurgia della Mano è stata definita nell'ambito dell'Accordo del 25/10/2001 della Conferenza Stato Regioni nel documento di linee guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria". In particolare tale documento afferma:

"La chirurgia della mano e microchirurgia può essere definita come una "... attività di diagnosi e cura che richiede un particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato ..."
(art. 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595).

Anche se non inserita nell'elenco delle altre specialità contenute nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, la chirurgia della mano e microchirurgia viene individuata nell'ambito del D.E.A. di secondo livello di cui all'atto d'intesa Stato-Regioni sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

In base a tale atto, al pari di altri settori di intervento nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria, occorre prevedere sul territorio nazionale una rete di presidi in grado di fornire una risposta sanitaria specialistica di chirurgia della mano e microchirurgia."

Successivamente Laziosanità - ASP ha considerato lo specifico argomento nell'ambito dei PCAE del trauma grave ed ancora in seguito ha prodotto un documento tecnico sul "Coordinamento regionale dei centri di chirurgia della mano e microchirurgia".

In tale documento sono stati definiti la disciplina, la sua evoluzione ed il razionale della rete, identificando i centri presenti nella regione, certificando quelli accreditati in base allo studio compiuto sul territorio nazionale dalla Società Italiana di Chirurgia della Mano (SICM). Sono state inoltre definite le prestazioni di alta complessità ed identificati i codici di diagnosi e le relative procedure. 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 della mano.

Si ritiene opportuno riassumere brevemente la storia dei centri di chirurgia della mano, la normativa (peraltro limitata) relativa alla loro costituzione ed organizzazione ed in particolare le indicazioni della SICM e della Federazione Europea delle Società di Chirurgia della Mano.

Intorno alla prima metà degli anni '80 si stabilivano i primi contatti, e quindi la collaborazione, tra i centri in Italia, avviando un processo che portò nel 1991 alla nascita del Coordinamento Urgenze Microchirurgiche Italiano (CUMI). Per la prima volta i centri operanti sul territorio nazionale venivano coordinati assicurando così una rete di soccorso per i grandi traumi della mano. Nel 2001 un accordo Stato-Regioni sanciva l'ingresso della chirurgia della mano nel sistema di emergenza-urgenza. A livello europeo si segnala la nascita, nel 1976, della Federazione Europea dei Servizi di Urgenza Mano (FESUM) che ha portato nel 2007 al progetto di definizione degli "Hand Trauma Center" in Europa. E' da notare che la FESUM ha accreditato i centri di chirurgia della mano presenti in Europa in base a espliciti criteri di valutazione (riportati in allegato), e che per la regione Lazio ha accreditato solo la UO di Chirurgia della Mano, Microchirurgia e Reimpianto d'Arti presso il Centro Traumatologico Ortopedico di Roma. Tra i criteri di base sopra citati si richiede che tra i chirurghi in organico in un centro siano presenti almeno tre chirurghi esperti e qualificati nel trauma mano, che il centro

sia attivo 24 ore su 24 e che operi non meno di due traumi maggiori al giorno. Oltre ai requisiti vigenti in materia di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale, si ritiene che ci si debba progressivamente riferire alle condizioni e requisiti indicati dalla FESUM e dal CUMI, oltre quelli desunti dalle esperienze delle strutture esistenti sul territorio nazionale ed internazionale.

Il personale dei centri deve avere una esperienza professionale e un curriculum formativo adeguato. La derivazione può essere dall'ortopedia, dalla chirurgia plastica e dalla chirurgia generale. Il chirurgo della mano deve essere in grado di trattare in proprio le lesioni di tutte le strutture della mano eventualmente coinvolte: cute, muscoli, nervi, tendini, ossa, articolazioni, vasi e deve avere dimestichezza con le tecniche microchirurgiche; dovrebbe inoltre essere in grado di produrre le ortesi necessarie per i propri pazienti. Il centro deve avere una sala operatoria dedicata.

Il centro deve essere collocato nell'ambito di una struttura ospedaliera dotata di DEA II con la disponibilità, anche in prossimità, di un elisuperficie utilizzabile H24 per evitare che, in concomitanza con altri traumi a rischio vita, il paziente debba essere trasferito senza la possibilità di trattamento in urgenza delle lesioni della mano il cui ritardo può pregiudicare un risultato positivo.

Il quadro organizzativo attuale dell'offerta

La determinazione del Direttore Regionale della Programmazione Sanitaria del 31/07/2009 n° 2358, pubblicata sul Supplemento ordinario 163 del BUR 34 del 14/09/2009 riguardante il "Coordinamento regionale dei centri di chirurgia della mano, microchirurgia e reimpianto degli arti", indica con chiarezza le modalità di identificazione dei centri accreditati, gli standard assistenziali, ed ha di fatto creato per la prima volta una rete assistenziale per la chirurgia della mano, con il coordinamento del 118 per i trasferimenti dei pazienti, che individua una disponibilità H24 su base settimanale di due centri in contemporanea tra i sei centri identificati. Tale organizzazione ha sicuramente consentito di razionalizzare in modo significativo l'attività in urgenza, in particolar modo evitando i trasferimenti extra regione. I centri di chirurgia della mano o identificati per garantire, tramite turnazione a coppie, l'emergenza – urgenza sono i seguenti:

I, PU Umberto I – Aurelia Hospital

II, AO San Camillo Forlanini – Presidio Ospedaliero Belcolle di Viterbo

III, PU Gemelli – Presidio Ospedaliero CTO A. Alesini

Tali centri sono stati individuati sulla base di specifiche caratteristiche:

- disponibilità del centro 24 ore su 24 e 7 giorni su 7
- possibilità di attivare una seconda equipe microchirurgica
- presenza di elisuperficie
- disponibilità di una sala operatoria dedicata alla chirurgia della mano
- guardia attiva diurna e notturna o reperibilità
- possibilità di operare nelle aree di attività relative ai seguenti ambiti: traumatologia e microchirurgia
- presenza di una Unità Operativa Complessa o Semplice o di un Incarico di alta professionalità di chirurgia della mano

Il coordinamento per il trasferimento presso le Unità Operative di chirurgia della mano viene svolto dalla centrale operativa del 118, che provvede a:

- verificare la presenza di uno o più criteri di gravità delle lesioni ai fini dell'individuazione del livello appropriato di assistenza
- individuare il centro di secondo livello secondo il criterio di prossimità
- trasportare il paziente presso l'ospedale di competenza e di turno
- gestire l'informazione relativa alla turnazione e alla disponibilità dei centri di II livello attivi.

Con lettera circolare Prot. N. 75525 del 16 giugno 2010, la Direzione Regionale della Programmazione Sanitaria ha prorogato i turni di reperibilità previsti dalla sopra citata Determinazione Dirigenziale D2358 del 31 luglio 2009, fino a tutto l'anno 2010.

Analisi dell' attività della chirurgia della mano nella Regione Lazio

Utilizzando quali criteri di selezione della casistica le diagnosi e procedure ICDIX-CM di cui all'allegata tabella 1, si è analizzata l'attività relativa alla chirurgia della mano tramite i dati derivanti dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), per l'anno 2009.

La casistica di chirurgia della mano è stata individuata a partire dall'elenco delle diagnosi e procedure fornito dalla Società Italiana di Chirurgia della mano (SICM) e raggruppando successivamente le diagnosi e procedure in 16 aggregati clinici omogenei.

Sono state quindi successivamente ricercate nell'archivio del Sistema Informativo Ospedaliero della regione Lazio (SIO) le dimissioni avvenute nel 2009 in regime di ricovero ordinario, per acuti, a carico del SSN in cui era presente in diagnosi principale o secondaria e nelle procedure (in qualsiasi posizione) uno dei codici selezionati a priori.

Nella Regione Lazio nell'anno 2009 si sono verificate 2.695 dimissioni da strutture ospedaliere per acuti (Allegato 2), il 44,3% (1.194 casi) delle quali relativo all'aggregato 1 (Fratture di Colles e procedure di riduzione chiusa, aperta, incruenta e apposizione di apparecchio gessato), il 22,7% (611 casi) relativo all'aggregato 11 (Ferita delle dita della mano con complicazioni o con interessamento dei tendini e procedure di tenorrafia, arteriorrafia, venorrafia, suture, innesti e lembi), l'11,8% (318 casi) relativo all'aggregato 2 (Frattura di Colles esposta, fratture di radio, ulna e scafoide con procedure di riduzione chiusa, aperta e apposizione di apparecchio gessato), il 6,2% (168 casi) relativo all'aggregato 3 (fratture chiuse o esposte singole ossa del carpo con procedure di riduzione, sintesi), il 5,8% (157 casi) relativo all'aggregato 12 (Amputazione traumatica delle dita con procedure di reimpianto). In totale i reimpianti (di dita, pollice e polso) sono stati 172. Sulla casistica totale di chirurgia della mano (2.695 casi), gli interventi definiti ad alta complessità (come dalla già citata determinazione¹⁶³ del 14/09/2009) rappresentano il 28,7% (774 casi).

I sei centri turnanti nel 2009 hanno totalizzato 1.012 dimissioni, pari al 37,5% del totale della casistica regionale, di cui 349 ad alta complessità, pari al 45% del totale regionale (percentuale ricoveri ad alta complessità dei sei centri pari a 34,5%, riferimento regionale 28,7%).

Il modello di rete attuale appare certamente valido per quanto attiene alle risposte ai bisogni della popolazione, in quanto la turnazione a coppie dei centri garantisce l'intervento in caso di emergenza / urgenza. Non appare altrettanto solido se

valutato in termini di efficienza: infatti l'attuale dispersione delle attività in sei centri comporta una eccessiva frammentazione delle risorse e della casistica. L'obiettivo è quindi quello di razionalizzare ulteriormente, anche con la prospettiva di un risparmio in termini economici, le risorse a disposizione e l'attività sia in emergenza che in elezione.

Analisi critica dell'attuale assetto organizzativo

Le criticità dell'attuale organizzazione sono sintetizzabili come segue:

- Dispersione della casistica: i sei centri turnanti nel 2009 hanno totalizzato 1.012 dimissioni, pari al 37,5% del totale della casistica regionale, di cui 349 ad alta complessità, pari al 45% del totale regionale (percentuale ricoveri ad alta complessità dei sei centri pari a 34,5%, riferimento regionale 28,7%). Nove interventi di reimpianto sono stati effettuati al di fuori dei centri turnanti.

- Inefficienza dell'attuale organizzazione: il modello di sei centri turnanti disperde le professionalità e non ottimizza l'utilizzo delle risorse disponibili.

Organizzazione delle attività di chirurgia della mano

La Società Italiana di Chirurgia della Mano (<http://www.sicm.it>) ha attivato il Coordinamento Urgenze Mano Italia (CUMI) che ha stabilito alcuni criteri di tipo organizzativo, che si riportano di seguito:

- rapporto ottimale almeno 1 unità di chirurgia della mano / 3 milioni di abitanti
- distribuzione equilibrata sul territorio
- dotazione di personale adeguata (minimo 6 dirigenti medici + 1 direttore)

L'Hand Trauma Committee Guidelines della Federation of European Society for Surgery of the Hand ha elaborato dei requisiti per l'accreditamento dei centri di chirurgia della mano, che possono essere considerati un utile riferimento per la definizione dei centri della rete e per definire degli obiettivi di miglioramento (Allegato 2).

Sulla base delle considerazioni sopra riportate, e con particolare riguardo all'emergenza / urgenza, si ritiene in fase transitoria fino al 31 dicembre 2010 di confermare l'attuale organizzazione a coppie turnanti (già prorogata con lettera circolare 75525 / 16 giugno 2010 della Direzione regionale della programmazione sanitaria):

I, PU Umberto I – Aurelia Hospital

II, AO San Camillo Forlanini – Presidio Ospedaliero Belcolle di Viterbo

III, PU Gemelli – Presidio Ospedaliero CTO A. Alesini

Al Coordinamento della rete (vedi paragrafo seguente) dovrà pervenire da parte delle strutture interessate, entro novanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, un piano operativo per l'istituzione dei tre Centri di riferimento regionale di chirurgia della mano per l'alta complessità in urgenza emergenza (per questa funzione, turnanti settimanalmente) e in elezione, da collocarsi presso l'A.O. San Camillo Forlanini (che accorpa l'equipe di chirurgia della

mano del C.T.O.), il PU Umberto I e il PU Gemelli, definendo le modalità di funzionamento e da attivarsi entro il 31 dicembre 2010. Tali centri assorbiranno le attività attualmente erogate dalle sei strutture tumanti e la quota di quelle ad alta complessità gestite attualmente al di fuori della rete, coprendo le necessità dell'intero bacino di utenza regionale. Il piano dovrà comprendere le modalità di funzionamento del centro di riferimento per la seconda linea in urgenza / emergenza, da collocarsi presso il PO Belcolle di Viterbo.

Le attività di media – bassa complessità in elezione e per i pazienti provenienti da PS saranno svolte nelle strutture ospedaliere in cui operano chirurghi plastici e/o ortopedici di provata esperienza in chirurgia della mano.

Per quanto riguarda nello specifico i percorsi in emergenza / urgenza nei traumi degli arti, si rinvia al documento sui Percorsi Clinico Assistenziali in Emergenza (PCAE – Decisione Laziosanità - ASP n.179 del 12/12/2007).

Le caratteristiche e le condizioni dei Centri di riferimento regionale di chirurgia della mano per l'alta complessità in urgenza emergenza ed elezione sono di seguito riportate:

- Presenza di DEA II (CTS Rete Trauma)
- Disponibilità del centro 24 ore su 24 e 7 giorni su 7
- Possibilità di attivare una seconda equipe microchirurgica
- Presenza di elisuperficie H24, anche in prossimità
- Guardia attiva diurna e notturna o reperibilità
- Possibilità di operare nelle aree di attività relative ai seguenti ambiti: traumatologia e microchirurgia
- Presenza di una Unità Operativa Complessa o Semplice o di un Incarico di alta professionalità di chirurgia della mano

Le caratteristiche e le condizioni del Centro di riferimento di chirurgia della mano di seconda linea per l'attività in emergenza / urgenza sono di seguito riportate:

- Presenza di DEA I (CTZ Rete Trauma)
- Disponibilità del centro 24 ore su 24 e 7 giorni su 7
- Presenza / disponibilità in prossimità di elisuperficie H24
- Guardia attiva diurna e notturna o reperibilità
- Possibilità di operare nelle aree di attività relative ai seguenti ambiti: traumatologia e microchirurgia
- Presenza di una Unità Operativa Complessa o Semplice o di un Incarico di alta professionalità di chirurgia della mano

Il Coordinamento regionale della rete di Chirurgia della Mano

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

I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:

- predisposizione delle linee di indirizzo per il Piano Organizzativo (entro il 30 settembre di ogni anno) che sarà predisposto entro il 30 novembre di ciascun anno a cura dei responsabili legali delle strutture presso cui insistono i

centri; tali linee di indirizzo dovranno contenere anche le indicazioni per un programma informativo / formativo a sostegno dello sviluppo della rete;

- verifica del Piano Organizzativo, comprensivo del calendario di turnazione, 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 di riferimento;
- supporto al processo di verifica del mantenimento delle caratteristiche e delle condizioni di idoneità per le strutture facenti parte della rete.

Le funzioni di monitoraggio e valutazione dei Centri di Chirurgia della Mano

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 nell'Allegato 3 si presentano nel dettaglio gli indicatori proposti per la valutazione e monitoraggio della rete.

Interventi attuati e impatto

- Trasferimento e accorpamento all'AO San Camillo Forlanini dell'equipe di chirurgia della mano del C.T.O.
- Attivazione dei Centri di riferimento regionale di chirurgia della mano per l'alta complessità in urgenza emergenza ed elezione, da collocarsi presso l'A.O. San Camillo Forlanini, il PU Umberto I e il PU Gemelli e del centro di riferimento per la seconda linea in urgenza / emergenza, da collocarsi presso il PO Belcolle di Viterbo.

Tempi di realizzazione e adempimenti

- Entro trenta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, costituzione del Coordinamento regionale della rete.
- Entro sessanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, predisposizione da parte del Coordinamento delle linee di indirizzo per il Piano Organizzativo dei Centri.
- Entro sessanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, predisposizione di un Piano attuativo che individui modalità e tempistica relativi al trasferimento dell'equipe di chirurgia della mano del C.T.O all'AO San Camillo Forlanini a cura dei rappresentanti legali delle strutture interessate e della Regione Lazio con il supporto tecnico dell'ASP.
- Entro novanta giorni dall'approvazione del presente provvedimento, produzione da parte delle strutture interessate del piano operativo per l'istituzione di tre centri di riferimento regionale e del centro di riferimento per la seconda linea in urgenza / emergenza.
- Entro il 31 dicembre 2010, attivazione dei centri previsti

Bibliografia

- Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009, Regione Lazio: Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012

- Determinazione del Direttore Regionale della Programmazione Sanitaria del 31/07/2009 n° 2358, pubblicata sul Supplemento ordinario 163 del BUR 34 del 14/09/2009 "Coordinamento regionale dei centri di chirurgia della mano, microchirurgia e reimpianto degli arti"

- 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 - Tabelle

Tabella 1 – Casistica chirurgica della mano, codici di diagnosi e relative procedure

FRATTURE

Codice ICD-9-CM	Diagnosi	Trattamento	Codice Interv.	DRG	Codifica per elaborazione
813,41	Frattura di Colles	Riduzione chiusa + filo di k	79,12	224	1
		Riduzione chiusa con + FE	78,14	229	
		Riduzione aperta + viti/placca	79,32	224	
		Riduzione incruenta	79,02	251	
		Doccia di posizione	93,54	251	
		Apparecchio gessato	93,59	251	
813,51	Frattura di Colles esposta				2
813,42	Frattura distale radio				
813,52	Frattura distale radio esposta				
813,43	Frattura distale ulna				
813,53	Frattura distale ulna esposta				
813,44	Frattura chiusa radio e ulna				
813,54	Frattura esposta radio e ulna				
814,01	Frattura scafoide	Riduzione chiusa + sintesi	79,13	229	
		Riduzione aperta + sintesi	79,33	229	
		Riduzione incruenta	79,03	251	
		Doccia di posizione	93,54	251	
		Apparecchio gessato	93,59	251	

Segue tabella 1 – Casistica chirurgica della mano, codici di diagnosi e relative procedure

FRATTURE

Range	Frattura chiusa o esposta delle singole ossa del carpo – fino alla frattura delle falangi prossimali e medie				3
814.0 -					
816.01					
		Riduzione chiusa + sintesi	79,1 4	229	
		Riduzione aperta + sintesi	79,3 4	229	
		Sintesi con FE	78,1 9	234	
		Riduzione incruenta	79,0 4	251	
		Doccia-stecca di posizione	93,5 4	251	
816,11	Frattura esposta falangi prossimali e medie				4
816,02	Frattura chiusa falangi distali				
816,12	Frattura esposta falangi distali				
817	Fratture multiple ossa della mano				
817,1	Fratture multiple esposte ossa della mano				
		Singoli interventi carpo-metacarpo-falangi	79,1 4 79,2 4...	229	

Segue tabella 1 – Casistica chirurgica della mano, codici di diagnosi e relative procedure

LUSSAZIONI

Codice ICD-9-CM	Diagnosi	Trattamento	Codice Interv.	DRG	5
833,01	Lussazione radio-ulnare distale	Riduzione incruenta	79,73	251	
		Riduzione a cielo aperto	79,83	229	
		Sutura dei legamenti	81,93	224	
		Stabilizzazione con filo di K	79,13	229	
		Doccia di posizione	93,54	251	
Range	Da lussazione radio-ulnare distale esposta – fino a lussazione interfalangea esposta			229	16
833. 11 –				251	
834. 12					

Segue tabella 1 – Casistica chirurgica della mano, codici di diagnosi e relative procedure

FERITE

Codice ICD-9-CM	Diagnosi	Trattamento	Codice Interv.	DRG	
881,12	Ferita del polso con complicazioni	Sutura plastica	86,89	442-443	6
881,22	Ferita del polso con interessamento tendineo	Tenorrafia	83,64	226-227	7
882,1	Ferite complesse della mano senza lesione tendinea	Sutura plastica	86,89	442-443	8
882,2	Ferite della mano con interessamento dei tendini	Tenorrafia flessori	82,44	441	9
		Tenorrafia estensori	82,45	441	

FERITE CON LESIONI NERVOSE

955,1	Nervo mediano	Neuroraffie	4,3	007-008	10
955,2	nervo ulnare	Neuroraffie	4,3	007-008	
955,3	Nervo radiale	Neuroraffie	4,3	007-008	
955,6	Nervo collaterale digitale	Neuroraffie	4,3	007-008	

ALTRE FERITE

883,1	Ferite delle dita della mano con complicazioni				11
883,2	Ferite delle dita della mano con interessamento dei tendini	Tenorrafia flessore	82,44	441	
		Tenorrafia estensore	82,45	441	
		Arteriorrafia	39,31	442-443	
		Venorrafia	39,32	442-443	
		Sutura cutanea	86,59	444-445-446	
		Innesto cutaneo spesso	86,61	441	
		Innesto cutaneo sottile	86,62	441	
		Lembo pedunculato	86,71	439	
		Lembo di scivolamento	86,72	439	
		Intascamento	86,73	441	
		Autonomizzazione intascamento	86,75	439	

Segue tabella 1 – Casistica chirurgica della mano, codici di diagnosi e relative procedure

AMPUTAZIONI E LESIONI DI ARTERIE

4.					
Codice ICD-9-CM	Diagnosi	Trattamento	Codice Interv.	DRG	
886	Amputazione traumatica dita	Reimpianto	84,22	441	12
		regolarizzazione	84,01	441	
885	Amputazione traumatica pollice	Reimpianto	84,21	441	13
		regolarizzazione	84,02	441	
887	Amputazione traumatica di polso	Reimpianto	84,23	442-443	14
		regolarizzazione	84,04	442-443	
903,1	Lesione arteria brachiale	arteriorrafia	39,31	442-443	15
903,2	Lesione arteria radiale	arteriorrafia	39,31	442-443	
903,3	Lesione arteria ulnare	arteriorrafia	39,31	442-443	
903,4	Lesione arteria al palmo	arteriorrafia	39,31	442-443	
903,5	Lesione arteria digitale	arteriorrafia	39,31	442-443	

Tabella 2 - N. di dimissioni per chirurgia della mano per aggregato diagnosi/procedure, ricoveri per acuti a carico SSN, SIO 2009

Aggregato	Frequenza	Frequenza Cumulativa	%
1	1194	1194	44,3
2	318	1512	11,8
3	168	1680	6,2
4	28	1708	1,0
5	2	1710	0,1
7	52	1762	1,9
9	20	1782	0,7
10	62	1844	2,3
11	611	2455	22,7
12	157	2612	5,8
13	13	2625	0,5
14	2	2627	0,1
15	44	2671	1,6
16	24	2695	0,9

Tabella 3 - N. di dimissioni per chirurgia della mano per aggregato di procedure e complessità, ricoveri per acuti a carico SSN, SIO 2009

Gruppi	altcomp		% alta compl	Totale
	no	si		
1	1193	1	0,1	1194
2	317	1	0,3	318
3	168	0	0,0	168
4	28	0	0,0	28
5	2	0	0,0	2
7	50	2	3,8	52
9	0	20	100,0	20
10	0	62	100,0	62
11	29	582	95,3	611
12	101	56	35,7	157
13	9	4	30,8	13
14	1	1	50,0	2
15	0	44	100,0	44
16	23	1	4,2	24
Totale	1921	774	28,7	2695

Tabella 4 - N. di dimissioni per chirurgia della mano per istituto di dimissione e complessità. SIO 2009

Codice Istituito	Denominazione istituto	Totale	Alta compl	% di alta compl
003	Andosilla	3	0	0
006	Sant'Anna	64	58	90,6
007	Civile di Tarquinia	43	13	30,2
019	San Camillo de Lellis	55	30	54,5
026	P.O. Santo Spirito	35	13	37,1
043	P.O. Anzio-Nettuno	54	14	25,9
045	San Paolo	22	1	4,5
046	Parodi Delfino	63	15	23,8
047	San Sebastiano Martire	43	10	23,3
048	San Giuseppe	1	1	100
049	Santissimo Gonfalone	17	6	35,3
051	Coniugi Bernardini	27	5	18,5
053	San Giovanni Evangelista	51	15	29,4
054	Civile Paolo Colombo	14	3	21,4
055	Luigi Spolverini	43	21	48,8
058	Centro Traumatologico Ortopedico	406	220	54,2
059	Padre Pio	28	2	7,1
061	Giovanni Battista Grassi	23	4	17,4
071	San Pietro - Fatebenefratelli	36	6	16,7
072	San Giovanni Calibita - FBF	31	4	12,9
073	San Carlo di Nancy	18	5	27,8
074	Cristo Re	24	0	0
075	Israelitico	2	0	0
076	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	71	0	0
083	Villa Valeria	2	0	0
097	Villa Aurora	1	0	0
103	Policlinico Luigi Di Liegro	1	0	0
116	San Luca	1	0	0
126	San Giuseppe	1	1	100
134	Sant'Anna	66	1	1,5
143	Concordia Hospital	2	1	50,0
163	San Feliciano	1	0	0
165	Policlinico Casilino	33	4	12,1
166	Nuova Itor	7	0	0
169	Annunziatella	2	1	50,0
180	Aurelia Hospital	58	13	22,4
200	P.O. Latina Nord	64	13	20,3
204	P.O. Latina Centro	39	25	64,1
206	P.O. Latina Sud	88	21	23,9
209	Casa del Sole	3	0	0
212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	76	18	23,7
215	Città di Aprilia	19	1	5,3
216	Umberto I	68	17	25,0

Segue tabella 4 N. di dimissioni per chirurgia della mano per istituto di dimissione e complessità. SIO 2009

Codice Istituito	Denominazione istituto	Totale	Alta compl	% di alta compl
217	San Benedetto	22	8	36,4
218	Civile di Anagni	15	1	6,7
226	Santissima Trinita'	69	25	36,2
228	Santa Scolastica	66	18	27,3
234	Villa Gioia	1	1	100
236	Santa Teresa	4	0	0
267	Sandro Pertini	16	4	25
271	Belcolle	149	55	36,9
901	San Camillo - Forlanini	49	18	36,7
902	San Giovanni	86	20	23,3
903	San Filippo Neri	30	7	23,3
904	Bambino Gesù	65	1	1,5
905	Policlinico A. Gemelli	262	38	14,5
906	Policlinico Umberto I	88	5	5,7
915	Campus Biomedico	2	0	0
919	Sant'Andrea	29	6	20,7
920	Tor Vergata	36	5	13,9
Totale		2695	774	28,7

Tabella N. 5 - Numero di dimissioni per chirurgia della mano per specialità di dimissione. Interventi complessi. Lazio anno 2009

Codice Istituto	Denominazione istituto	Specialità di dimissione						Totale	
		9	11	12	14	36	39		49
006	Sant'Anna	0	0	0	0	58	0	0	58
007	Civile di Tarquinia	0	0	0	0	13	0	0	13
019	San Camillo de Lellis	1	0	0	0	29	0	0	30
026	P.O. Santo Spirito	2	0	0	0	11	0	0	13
043	P.O. Anzio-Nettuno	1	0	0	0	13	0	0	14
045	San Paolo	0	0	0	0	1	0	0	1
046	Parodi Delfino	0	0	0	0	15	0	0	15
047	San Sebastiano Martire	0	0	0	0	10	0	0	10
048	San Giuseppe	1	0	0	0	0	0	0	1
049	Santissimo Gonfalone	0	0	0	0	6	0	0	6
051	Coniugi Bernardini	0	0	0	0	5	0	0	5
053	San Giovanni Evangelista	0	0	0	0	15	0	0	15
054	Civile Paolo Colombo	0	0	0	0	3	0	0	3
055	Luigi Spolverini	0	0	0	0	21	0	0	21
058	Centro Traumatologico Ortopedico	0	0	0	0	220	0	0	220
059	Padre Pio	1	0	0	0	1	0	0	2
061	Giovanni Battista Grassi	1	0	0	0	3	0	0	4
071	San Pietro - Fatebenefratelli	0	0	1	0	5	0	0	6
072	San Giovanni Calibita - FBF	0	0	0	0	4	0	0	4
073	San Carlo di Nancy	0	0	0	0	5	0	0	5
126	San Giuseppe	0	0	0	0	1	0	0	1
134	Sant'Anna	0	0	0	0	1	0	0	1
143	Concordia Hospital	0	0	0	0	1	0	0	1
165	Policlinico Casilino	0	0	2	1	1	0	0	4
169	Annunziata	1	0	0	0	0	0	0	1
180	Aurelia Hospital	12	0	0	0	1	0	0	13
200	P.O. Latina Nord	1	0	0	2	10	0	0	13
204	P.O. Latina Centro	0	0	0	0	25	0	0	25
206	P.O. Latina Sud	0	0	0	0	21	0	0	21
212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	0	0	0	0	18	0	0	18
215	Città di Aprilia	0	0	0	0	1	0	0	1
216	Umberto I	0	0	0	0	17	0	0	17
217	San Benedetto	1	0	0	0	7	0	0	8
218	Civile di Anagni	0	0	0	0	1	0	0	1
226	Santissima Trinita'	0	0	0	0	25	0	0	25
228	Santa Scolastica	0	0	0	0	18	0	0	18
234	Villa Gioia	1	0	0	0	0	0	0	1
267	Sandro Pertini	0	0	0	0	3	0	1	4
271	Belcolle	0	0	0	1	53	1	0	55
901	San Camillo - Forlanini	0	2	15	0	1	0	0	18
902	San Giovanni	0	0	0	0	20	0	0	20

Segue tabella N. 5 - Numero di dimissioni per chirurgia della mano per specialità di dimissione. Interventi complessi.
Lazio anno 2009

Codice Istituto	Denominazione istituto	Specialità di dimissione						Totale	
		9	11	12	14	36	39		49
903	San Filippo Neri	0	0	0	0	7	0	0	7
904	Bambino Gesù	0	0	1	0	0	0	0	1
905	Policlinico Agostino Gemelli	0	0	0	0	38	0	0	38
906	Policlinico Umberto I	5	0	0	0	0	0	0	5
919	Sant'Andrea	0	0	2	0	4	0	0	6
920	Tor Vergata	5	0	0	0	0	0	0	5
Totale		33	2	21	4	712	1	1	774

Legenda:

Specialità di dimissione

- 09 CHIRURGIA GENERALE
- 11 CHIRURGIA PEDIATRICA
- 12 CHIRURGIA PLASTICA
- 14 CHIRURGIA VASCOLARE
- 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- 39 PEDIATRIA
- 49 TERAPIA INTENSIVA

Tab. 6 - N. reimpianti, per centro turnante, SIO 2009

Struttura	Reimp. non PS	Reimp. da PS
Centro Traumatologico Ortopedico	2	32
Aurelia Hospital	0	7
Belcolle	0	4
San Camillo - Forlanini	1	7
Policlinico A. Gemelli	2	5
Policlinico Umberto I	0	0
Totale Centri	5	55
Totale Lazio	9	69

Allegato 2 – Requisiti centri FESUM

Hand Trauma Committee Guidelines

B Battiston (Italy) Chairman, R Böttcher (Germany), Yo Baeten (Belgium), Esther Vögelin (Switzerland), HE Rosberg (Sweden), T Dubert (France)

Hand Trauma: Any closed or open injury to the wrist and/or the hand, substantially involving skin, muscle, tendon, bone and joint, nerve and/or vessels.

Hand Trauma Surgeon: is defined as a hand surgeon (member of his National Hand Surgery Society) with a special involvement in trauma surgery.

A validation of this title requires official microsurgical skills recognition as well as clinical activity.

Official microsurgery recognition is obtained by a *certificate of training* or a *national diploma*. which must include some practical training.

Clinical activity is represented by the number of cases operated in any given 3 months' period chosen by the candidate (to avoid idle periods e.g. work leave or holidays).

The cases must be trauma cases operated in the Operating Room. Surgeries secondary to trauma are not included, but acute trauma cases operated the next day are.

A minimum of 24 cases during this 3 months period is required, at least 5 of which having included microsurgical techniques (nerve or arterial repair).

These cases must be operated by the applicant as first operator or attested under the responsibility of a senior surgeon.

Hand Trauma Centre must include at least 3 Hand Trauma Surgeons. The centre must be open 24/24, with at least 2 trauma cases operated (in OR) per day.

One of these surgeons will be nominated HTC delegate who represents the center at the HTC.

The HTC delegate must have obtained FESSH diploma.

Some national qualifications may be considered equivalent to the FESSH diploma. In this case the HTC delegate candidature is subject to evaluation by the accreditation commission.

It is expected that all the centres will have a HTC delegate with FESSH diploma within 10 years from now.

Allegato 3 –Indicatori di valutazione

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
Numero di interventi con tecniche microchirurgiche	Struttura	Annuale	> 20 anno	Urgenza

Indicatori per il monitoraggio della implementazione della rete regionale (a carico delle strutture)	Obiettivo
Applicazione protocollo diagnostico terapeutico	100% (o con eccezioni motivate)
Mobilità dei pazienti: da centri di riferimento ad altre strutture regionali da centri di riferimento ad altre strutture regionali	Valori da monitorare
Definizione di un set di indicatori clinici per monitorare: efficacia clinica della presa in carico effettiva continuità assistenziale	Entro 6 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 Soccorsi regionali	Entro 3 mesi dalla data di delibera di istituzione della rete
Realizzazione di programmi di formazione per il personale sanitario	Almeno 1/anno

