



**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER LA VERIFICA E L'ACCREDITAMENTO
U.O. DI CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA**

La scheda di valutazione si pone l'obiettivo di valutare con standard nazionali le diverse strutture operanti nel settore della chirurgia della mano. La scheda verrà inviata a tutti i soci della Società Italiana di Chirurgia della mano o potrà essere scaricata dal sito ufficiale della Società (www.sicm.it) La compilazione della scheda spetta alla Direzione Sanitaria ed al Responsabile della Struttura che si intende censire. Ogni struttura invierà una singola scheda, in originale e sottoscritta in ogni pagina dal Direttore Sanitaria e dal Responsabile dell'Unità Operativa.

La scheda va inviata con posta prioritaria al seguente indirizzo:

Prof. Giorgio Pajardi

Via G.B. Vico, 11 - 20123 Milano

Per ulteriori informazioni ca. la corretta compilazione scrivere all'indirizzo e-mail gpajardi@centrostudimano.it

Il Responsabile dell'Unità Operativa firmando la scheda si rende responsabile della corretta compilazione e della validità dei dati riportati.

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA MANO

PRESSO LA CLINICA ORTOPEDICA DELL'UNIVERSITA' - LARGO PALAGI, 1 - 50139 FIRENZE - TEL./FAX 055 430673

SCHEDA DI VALUTAZIONE PER LA VERIFICA E L'ACCREDITAMENTO U.O. DI CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA

1) DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA:

.....

ENTE DI APPARTENENZA:

Struttura Ospedaliera Struttura Universitaria Struttura Ospedaliera Mista
Clinica Convenzionata Struttura Accreditata Altro.....

Indirizzo.....

Città.....Codice Postale.....Stato.....

Telefono.....Fax.....

Pagina Web:.....

2) **DEA: CENTRO DI I LIVELLO O A "BASSA COMPLESSITA'"**

CENTRO DI II LIVELLO O AD "ALTA COMPLESSITA'"

(Definiti dalla Gazzetta Ufficiale del 07-12-2001)

3) ORGANIGRAMMA DELL'U.O.

Nome Responsabile Unità Operativa:

Specializzazioni:.....

.....Socio SICM: si no

Indirizzo.....

Città.....Codice postale.....Stato.....

Telefono.....Fax.....

E-mail.....

Il Direttore Sanitario.....

Il Responsabile del Servizio.....



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA MANO

PRESSO LA CLINICA ORTOPEDICA DELL'UNIVERSITA' - LARGO PALAGI,1 -50139 FIRENZE -TEL./FAX 055 430673

3) ORGANIGRAMMA DELL'U.O			
<u>Dirigenti Medici Titolari di Modulo:</u>	<u>Modulo</u>	<u>Specializzazione</u>	<u>Socio SICM</u>
			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<u>Dirigenti Medici :</u>	<u>Specializzazione:</u>		<u>Socio SICM</u>
-			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<u>Specializzandi:</u>	<u>Scuola di Specialità</u>	<u>sede Universit.:</u>	<u>Socio SICM</u>
-			
-			
-			
-			
-			
<u>Studenti</u>	<u>N° studenti:</u>		
<u>F.T.</u>	<u>Numero TDR:</u>		
<u>Capo Sala</u>	<u>Dedicata SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></u>		
<u>I.P.</u>	<u>Numero IP Chir.</u>		

4) ORGANIGRAMMA FUNZIONALE	
All'interno dell'UO è stato predisposto un organigramma funzionale?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Per ciascuna delle funzioni è stata definita la descrizione?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sono state definite le modalità di sostituzione in assenza dei responsabili?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sono state definite le responsabilità e i livelli di autonomia degli specializzandi/contrattisti/borsisti?	

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



5) AREE DI INTERESSE SPECIFICO UNITA'

Traumatologia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Microchirurgia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Polso	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Reumatologia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Deformità congenite	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Spasticità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Tetraplegia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Oncologia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Artroscopia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Chirurgia protesica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Paralisi plesso	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ustioni	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Altro:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	...
	...

6) POSTI LETTO

Numero letti

Ordinari
Day surgery
Chirurgia ambulatoriale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

7) RIANIMAZIONE

si no

8) ELIAMBULANZA

si no

9) SERVIZIO RIABILITATIVO MANO

Servizio dedicato	Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
F.T. mano	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nr....
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
Nome e cognome:	Qualifica:
N° accessi giornalieri (mano)	...
Corsi tematici	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Confezionamento di tutori statici e dinamici	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



10) PROTOCOLLI ESECUTIVI	
- Accettazione pazienti in caso di ricovero programmato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Stesura ed aggiornamento della Cartella Clinica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Richiesta di duplicazione e consegna di copia di Cartella Clinica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Gestione farmaci	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Somministrazione terapia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Richiesta di esecuzione di prestazioni specialistiche a favore di pazienti ricoverati	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Modalità di informazione e richiesta di consenso informato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Prevenzione e trattamento delle ulcere da decubito	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Gestione delle dimissioni critiche	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Regolamento interno per l'accesso del personale non strutturato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Controllo infezioni	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

11) ASSISTENZA AL PAZIENTE	
Assistenza infermieristica h24	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Guardia medica attiva diurna	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Guardia medica attiva notturna	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pronta Disponibilità medica notturna	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

12) RIUNIONI DI REPARTO SULLA CASISTICA CLINICA	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Frequenza riunioni	

13) AMBULATORI SPECIALISTICI MANO	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Numero ambulatori giornalieri mano
Numero ambulatori settimanali mano
Numero pazienti visitati giornalmente (mano)
Numero pazienti visitati settimanalmente (mano)
Ambulatori superspecialistici: definire il tipo	
- Polso	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Traumatologia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- patologia malformativa	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- microchirurgia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- oncologia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- spasticità e tetraplegia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- reumatologia ed	
- artropatie degenerative	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- altro:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-	

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA MANO

PRESSO LA CLINICA ORTOPEDICA DELL'UNIVERSITA' - LARGO PALAGI,1 - 50139 FIRENZE - TEL./FAX 055 430673

14) PROCEDURE DIAGNOSTICHE

Radiologia convenzionale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ecotomografia ad alta risoluzione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
TC	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
RMN	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Laboratorio analisi h24	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Emg	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Elettrofisiologo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Medicina nucleare	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Radioterapia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

15) SALA OPERATORIA

Sedute settimanali dedicate	Mattino: Pomeriggio:
Sala operatoria dedicata	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Numero:
Anestesista dedicato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Microscopio operatorio	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Torre artroscopia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Fluoroscopio	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Altro

16) CONTROLLO QUALITA'

- Revisione periodica della casistica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Misura delle performance (indicatori su processo e/o esito)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Programmazione ed esecuzione dell'attività di verifica dei risultati (incontri pianificati, il riesame della Direzione,...)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Verifiche ispettive interne ed esterne con revisione fra pari	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Audit Clinico	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Verifica dell'appropriatezza nell'uso delle risorse	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



17) URGENZE

- Disponibilità centro 24h su 24h	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Se no quanti giorni per settimana
- Pronto soccorso con fascia oraria mano	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Reperibilità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Guardia attiva	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Sala/e operatorie per urgenze dedicate alla mano	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Quante?	...
- Sala operatoria condivisa con personale condiviso	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Sala operatoria condivisa con personale specialistico	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Sala operatoria personale con personale specialistico	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Personale infermieristico dedicato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Personale in DEA presente o su chiamata	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- Numero casi urgenze settimanali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

18) CASISTICA OPERATORIA MANO

N° CASI

Numero totale interventi di <u>chirurgia della mano</u> effettuati nell'anno	
Numero totale di urgenze effettuate nell'anno (mano e polso)	
Patologia Traumatica	
Patologia Tumoriale	
Patologia Degenerativa/Reumatica	
Patologia Congenita/Malformativa	
Chirurgia della Spasticità (arto superiore)	
Chirurgia del Tetraplegico	
Reimpianti e/o microchirurgia in Urgenza	
Ricostruzioni microchirurgiche in elezione	
Patologia del Plesso Brachiale	
Patologia dei nervi periferici:a) patologie compressive	
Patologia dei nervi periferici:b) lesioni traumatiche	
Chirurgia artroscopica (polso e mano)	
Dupuytren	
Chirurgia protesica (polso, mano)	
Altro:	
Altro:	

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA MANO

PRESSO LA CLINICA ORTOPEDICA DELL'UNIVERSITA' - LARGO PALAGI,1 -50139 FIRENZE -TEL./FAX 055 430673

19) PROFILO SCIENTIFICO	
Biblioteca interna	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Riviste specialistiche MANO	- - - - -
Accesso internet	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Riunioni casi clinici	Settim. <input type="checkbox"/> mensili <input type="checkbox"/>
Corsi tematici interni	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Partecipazione a corsi nazionali in Chirurgia della Mano	- - - - -
Partecipazione a stage in Chirurgia della Mano	- - -
Attività di ricerca clinica	- - -
Pubblicazioni anno corrente (solo su temi specialistici in Chir. della Mano)	- - - -
Attività di ricerca sperimentale	- - -
Relazioni a Congressi sulla Mano anno corrente: - Nazionali	- - - - - - - - -
- internazionali	-

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA MANO

PRESSO LA CLINICA ORTOPEDICA DELL'UNIVERSITA' - LARGO PALAGI,1 - 50139 FIRENZE - TEL./FAX 055 430673

20) ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE	
Sono state definite le responsabilità delle attività di formazione continua?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Le conoscenze maturate in convegni/corsi/frequenze all'estero vengono documentate e condivise attraverso meetings o pubblicazioni interne ?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nella UO vengono svolti corsi di aggiornamento interno per gli specializzandi/borsisti/frequentatori	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
I medici specializzandi/borsisti/frequentatori vengono inseriti nell'ordine di servizio?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Viene affidato un tutor per l'addestramento degli specializzandi/borsisti/frequentatori ?	
Numero di frequentatori che l'Unità della Mano può accogliere	Numero:
I borsisti vengono pagati?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Quale delle seguenti attività sono presenti per i frequentatori:	
- laboratorio di microchirurgia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- laboratorio di biomeccanica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- laboratorio di dissezione anatomica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- libreria specializzata sulla chirurgia mano	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
- altro	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Il Direttore Sanitario _____

Il Responsabile del Servizio _____

