

SCHEDA CENSIMENTO 2014/2015 CENTRI MANO ITALIANI

Premessa

- 1- La scheda deve essere compilata in ogni sua parte riferendosi ai dati dell'anno 2014/2015.

- 2- Ogni dato riportato deve riguardare **esclusivamente** l'attività dedicata alla Chirurgia della mano

- 3- La scheda deve essere firmata dal Responsabile della struttura e validata dal Direttore sanitario della struttura sanitaria dove la struttura è collocata

- 4- La non veridicità dei dati attestati costituisce comportamento eticamente scorretto nei confronti della Società Italiana di Chirurgia della Mano, pertanto il riscontro di tale evenienza comporterà la segnalazione ai Probi viri per i provvedimenti disciplinari del caso, secondo Regolamento.

Quadro 1: Caratteristiche del Centro

Tabella 1

Definizione della struttura dedicata alla Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Unità operativa complessa in Ospedale pubblico <input type="checkbox"/> Unità operativa complessa in Ospedale privato <input type="checkbox"/> Unità operativa semplice in Ospedale pubblico <input type="checkbox"/> Unità operativa semplice in Ospedale privato <input type="checkbox"/> Unità operativa dipartimentale <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Indirizzo	
N° telefonico	
Sito Web	
Direttore o Responsabile del Centro	
Inserimento in DEA	1° livello 2° livello Nessuno
Reperibilità dedicata 100% alla Chirurgia della mano	24h, 365/365 24h,.....giorni/settimana 12h, 365/365 12h,.....giorni/settimana 08h, 365/365 08h, 5 giorni/settimana Altro (specificare):
Elenco Chirurghi strutturati (incluso il Direttore/Responsabile)	Direttore: Dirigenti medici: 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8-
Numero degli Infermieri dedicati al Centro (media giornaliera) con percentuale di ore dedicate alla Chirurgia della mano	Reparto: N° Sale operatorie: N° Ambulatori: N° Diversa organizzazione:
Numero di Fisioterapisti dedicati al Centro (media giornaliera)	<input type="checkbox"/> Fisioterapisti strutturati nel Centro: N° <input type="checkbox"/> Fisioterapisti appartenenti a Unità Operativa autonoma nella stessa Struttura sanitaria ma dedicati al centro: N° <input type="checkbox"/> Altra forma di supporto riabilitativo (specificare):
Possibilità di confezione di splint	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Da parte del Chirurgo <input type="checkbox"/> Da parte dei Fisioterapisti

	_ Altra forma
Possibilità di provvedere al supporto psicologico dei pazienti	_ Sì: _ No
Posti letto dedicati alla Chirurgia della mano	Ordinari: N° Day Surgery: N° Altra organizzazione (specificare): N°
Numero di sale operatorie settimanali dedicate alla Chirurgia della mano	Chirurgia Ordinaria: N° Chirurgia Ambulatoriale: N°
Numero di Microscopi	_ Dedicati alla Chirurgia della mano: N° _ Condivisi con altre specialità: N°
Numero di pazienti Operati (solo mano) (Ordinari+ODS+DS+PAC+Interventi Ambulatoriali)	N°:
Numero di Pazienti visitati in Ambulatorio, compresi trattamenti non chirurgici (solo mano)	N°:
Criteri ammissione urgenze mano	__ Ogni tipo di trauma distale al gomito __ Solo traumi complessi con indicazioni microchirurgiche (ad es. reimpianto, subamputazione, perdite di sostanza che richiedono copertura con lembi) __ Solo traumi complessi senza indicazioni microchirurgiche (ad es. frattura-lussazione transcafo capitata, fratture da scoppio – esposte- con lesioni tendinee)

Quadro 2: caratteristiche dei Chirurghi del Centro

Tabella 1: Quanti Chirurghi strutturati nel Centro hanno i seguenti titoli di Specialità Universitaria?

Chirurgia mano	Ortopedia	Chirurgia Plastica	Chirurgia Generale	Microchirurgia
N°:	N°:	N°:	N°:	N°:

Tabella 2: Quanti Chirurghi hanno le seguenti Certificazioni?

Diploma Europeo in Chirurgia della mano	N°:
Diploma in Microchirurgia (Corsi validati SICM o Europei)	N°:
Altro (Master in Chirurgia della mano)	N°:

Tabella 3: Quanti Chirurghi operano Urgenze nelle ore notturne?

Senior>50 anni	Senior<50 anni	<40 anni	<30 anni
N°:	N°:	N°:	N°:

Quadro 3: Tipologia e volumi di attività chirurgica, riferita a due mesi campione compreso tra Giugno 2014 e Giugno 2015

Tabella 1: Emergenza-Urgenza

Tipologia	Volume numerico
Reimpianti (Per amputazioni totali di un segmento di arto)	N°
Interventi Microchirurgici (Rivascolarizzazioni, lesioni nervose)	N°
Traumi di alta complessità (almeno tre lesioni simultanee di: osso, tendine, nervi, vasi)	N°
Traumi di media complessità (fratture-lussazioni, lesione tendinee dei flessori, ecc.)	N°
Traumi di bassa complessità (lesioni dei tendini estensori, fratture non complicate, ecc.)	N°

Tabella 2: Interventi di Elezione nelle affezioni pediatriche e dell'adulto

Tipologia	Volume numerico
Chirurgia ad alta complessità: congeniti, paralisi, protesica, chirurgia ossea del polso e carpo, chirurgia secondaria dei tendini flessori, ricostruzioni microchirurgiche (lembi liberi, transfert digitali o di tessuti compositi, ricostruzione di nervo con innesti o neurotizzazioni)	N°
Chirurgia a media complessità: Artroplastiche, artroli, tenolisi, tenodesi, neurolisi (non tunnel carpale, ulnare al Guyon e al gomito), Dupuytren, Tumori ossei benigni (encondroma, Osteoma osteoide, ecc.), Tumori della cute benigni o maligni)	N°

Chirurgia a bassa complessità: S. canalicolari (tunnel carpale, ulnare al Guyon o al gomito), tenosinoviti stenosanti, gangli artrogeni e tendinei, neoformazioni dei tessuti molli	N°
---	----

Quadro 4: Attività scientifica e didattica

Tabella 1: nel Centro vengono usati metodi di Valutazione degli outcomes ?

__ Nessun metodo di Valutazione	
__ DASH	
__ Altro metodo di Valutazione (specificare)	

Tabella 2: Attività scientifica, riferita al periodo 2013-2015

Pubblicazioni edite su Riviste Italiane o estere inerenti la Chirurgia della mano (con completo riferimento bibliografico)	1- 2- 3- 4-
Pubblicazioni edite su Monografie o Testi Italiani o esteri inerenti la Chirurgia della mano (con completo riferimento bibliografico)	1- 2- 3-
Presentazioni a Congressi Nazionali su tema mano (Titolo ed evento)	1- 2- 3-
Presentazioni a Congressi Internazionali su tema mano (Titolo ed evento)	1- 2- 3-

Tabella 3: Attività didattica, riferita al periodo 2013-2015

Didattica Universitaria Istituzionale o in Convenzione con Università (specificare quale/i)	
---	--

Organizzazione di Corsi patrocinati dalla SICM (specificare)	
---	--

Sede e data

Firma Direttore/Responsabile della Unità Operativa: _____

Firma Direttore sanitario dell'Ospedale/Istituto di cura: _____