



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

*Ufficio III - Coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le
Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano*

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2021/9/CSR

<p>CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME 20 Gen 2022 Prot. n. 0380/CSR</p>

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Ufficio legislativo
legislativo.economia@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
rqs.ragioniereregionale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna

Coordinatore della Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte

Coordinatore Vicario Commissione salute
assessore.sanita@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia

Vice-Coordinatore della Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

E, p.c.

Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della programmazione sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Documento programmatico per percorsi della rete di emergenza-urgenza in chirurgia della mano".



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

*Ufficio III - Coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le
Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano*

Si trasmette la nota del 10 gennaio 2022, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione del provvedimento in oggetto.

Pertanto, ai fini della prosecuzione dell'iter istruttorio, si resta in attesa di ricevere dal Coordinamento tecnico della Commissione salute il formale assenso.

Detta documentazione sarà resa disponibile sul sito: **www.statoregioni.it** con il codice 4.10/2021/9.

Il Dirigente del Servizio
D^{ssa} Antonella Catini

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antonella Catini', written over the typed name.

LA



Ministero della Salute

IL CAPO DI GABINETTO

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0000308 A-4.37.2.10
del 10/01/2022



37863783

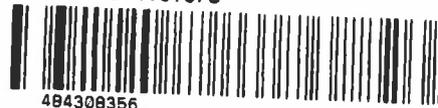
Febbre

Ministero della Salute

GAB

0000231-P-10/01/2022

I.4.c.c/5



484308356

M

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

**OGGETTO: Schema di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province
Autonome di Trento e di Bolzano sul "Documento programmatico per
percorsi della rete di emergenza-urgenza in Chirurgia della Mano"**

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, per l'inserimento all'ordine del giorno
della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Tiziana Coccoluto

Schema di Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul "Documento programmatico per percorsi della rete di emergenza-urgenza in Chirurgia della Mano".

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 (*"Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"*) finalizzato all'individuazione dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare uniformemente sul territorio nazionale in condizioni di emergenza-urgenza (G.U. Serie Generale del 31 marzo 1992, n. 76);

VISTO il decreto del Ministro della salute 15 maggio 1992, concernente i criteri ed i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza (G.U. Serie Generale del 25 maggio 1992, n. 121);

VISTA l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di approvazione delle *"Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992"*, che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza (G.U. Serie Generale del 17 maggio 1996, n. 114);

VISTO l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 25 ottobre 2001 concernente: *"Triage intraospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria"* (G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285);

VISTO l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 22 maggio 2003 sul documento recante: *"Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza"* (G.U. del 25 agosto 2003, n. 196);

VISTO l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 7 febbraio 2013 recante *"Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"* (Rep. Atti 36/CSR);

VISTA l'Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 10 luglio 2014 concernente il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR);

VISTO il decreto 2 aprile 2015, n. 70, adottato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, recante il *"Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, con il quale sono fornite indicazioni per la costituzione delle reti di patologia, in particolare quelle tempo-dipendenti, fra le quali quella deputata alle emergenze traumatologiche (G.U. del 4 giugno 2015, n. 126);

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto"*

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” (G.U. del 18 marzo 2017, n. 65);

VISTO l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 24 gennaio 2018 concernente le “Linee guida per la revisione delle reti cliniche-Le reti tempo dipendenti” (Rep. Atti n. 14/CSR);

VISTO l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 1° agosto 2019 sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intra-ospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" che ridefiniscono il sistema dell'emergenza urgenza (Rep. Atti n. 143/CSR);

CONSIDERATO che il Ministero della salute svolge funzioni di indirizzo e di verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza sanitaria a livello regionale, compresa l'assistenza sanitaria in emergenza;

RITENUTO di implementare il sistema della rete dei traumi della mano nelle diverse Regioni per poter garantire un uniforme e corretto intervento in ambito nazionale, attraverso un'omogenea integrazione dei centri ad "alta complessità specialistica" con i centri a "bassa complessità specialistica" con il territorio, nel rispetto delle linee guida nazionali ed europee;

RITENUTO, altresì, di provvedere all'aggiornamento delle linee guida cliniche e uniformare i comportamenti, anche in considerazione di alcuni modelli regionali già adottati e di definire un modello per migliorare il trattamento dei grandi traumi della mano e dell'arto superiore nell'ambito della rete tempo-dipendente del Trauma;

PRESO ATTO del documento di proposta che il Gruppo di lavoro, appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del 27 novembre 2018, ha elaborato in tema di percorsi della rete di emergenza-urgenza in Chirurgia della mano

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento allegato, parte integrante dell'Accordo stesso, recante: "Documento programmatico per percorsi della rete di emergenza-urgenza in Chirurgia della mano".

SI CONVIENE

nei seguenti termini

1. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire integralmente i contenuti del presente Accordo entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso, dandone completa attuazione entro i successivi 18 mesi;
2. alle disposizioni del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ministero della Salute

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO PER PERCORSI DELLA RETE DI
EMERGENZA-URGENZA IN CHIRURGIA DELLA MANO**

PREMESSA

1. DEFINIZIONE DI TRAUMA DELLA MANO	pag 7
2. CONTESTO ITALIANO.....	pag 8
3. LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA CHIRURGIA DELLA MANO NELLA MICROCHIRURGIA.....	pag 10
3.1 Le funzioni del centro HUB di riferimento.....	pag 11
3.2 Definizione dei livelli di intervento.....	pag 11
3.3 Organizzazione della Rete.....	pag 12
3.4 Aspetti organizzativi per il trasferimento verso il Centro HUB di riferimento per la Chirurgia della mano e della microchirurgia di II Livello.....	pag 13
3.5 Attivazione del Centro HUB di riferimento di II Livello.....	pag 13
4. ELEMENTI DI CRITICITA'	pag 15
4.1 Criticità presso l'Hub.....	pag 15
4.2 Criticità e sviluppo del Modello organizzativo della rete regionale/territoriale.....	pag 15

PREMESSA

In applicazione del DPR 27 marzo 1992, con l'Atto d'Intesa Stato-Regioni di linee Guida per l'emergenza G.U 17 maggio 1996, si avvia anche nel nostro paese un percorso che ridisegna sia culturalmente che clinicamente l'organizzazione del sistema di gestione delle urgenze nel SSN.

La rete dell'emergenza-urgenza viene articolata in due momenti, la fase territoriale di allarme e la fase ospedaliera di risposta.

La rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera viene organizzata in vari livelli, i cui livelli più avanzati vengono identificati con i Dipartimenti emergenza-urgenza (DEA) di 1° e di 2° livello.

Successivamente, con l'Accordo Stato-Regioni del 25 ottobre 2001, relativamente alla chirurgia della mano, vengono definiti due livelli di intervento, a "bassa complessità" e "alta complessità" e, nell'ambito dell'emergenza-urgenza ospedaliera, per ciascuno di essi viene indicato il livello di afferenza presso i DEA di 1° e di 2° livello.

Tale assetto costituisce il presupposto per la definizione della rete della chirurgia della mano e della microchirurgia che nell'accordo viene ulteriormente specificata, indicando l'identificazione di "unità funzionali di chirurgia della mano e microchirurgia", per le attività più complesse quale ad esempio gli interventi di reimpianto di arto o parti di arto, collocate nei presidi ospedalieri sede di DEA di 2° livello con un bacino di utenza di 2-4 milioni di abitanti; mentre le strutture ospedaliere periferiche di I livello prendono in carico le lesioni definite semplici.

Le strutture ospedaliere periferiche si coordinano attraverso *alleanze strategiche* e percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA) con le Strutture specialistiche di II livello dotate di attrezzature, organizzazione e personale altamente specializzato per la gestione ed il trattamento delle lesioni definite complesse.

Tale configurazione di rete è modulata sul modello "Hub and Spoke", modello organizzativo maggiormente adottato anche in tutta Europa, che riduce la programmazione della rete ospedaliera alla individuazione di reti cliniche secondo due differenti approcci:

- a) le aree di competenza e programmazione sovra-aziendale per le quali definire assetti secondo il modello "Hub and Spoke": per le discipline/attività per le quali la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità deve basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri (Hub) in grado di sviluppare competenze adeguate e mantenere sistemi tecnologici articolati e, tendenzialmente, onerosi.

I centri Hub devono essere connessi agli Spoke da un sistema di relazioni formalizzate.

La definizione operativa delle specifiche reti "Hub and Spoke" è conseguente ad un lavoro di analisi puntuale dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti, per definire gli assetti in grado di garantirne la migliore qualità;

- b) le reti cliniche integrate: si tratta dell'organizzazione delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicura ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato territorio, di norma provinciale (autosufficienza territoriale). La logica dell'autosufficienza prevede che, all'interno della rete dei servizi, siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali, per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti "Hub and Spoke".

Più recentemente, il DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" riprende la logica dell'organizzazione in rete degli ospedali per livelli di complessità, attribuendo all'ospedale il compito di assicurare "la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità".

I presidi ospedalieri, in funzione di tale organizzazione di rete articolata secondo livelli di complessità crescente, vengono pertanto classificati in:

- presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso;
- presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello;
- presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello.

Il decreto rileva, altresì, l'importanza di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i Dipartimenti di Emergenza-urgenza (DEA) di primo e di

secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete e ribadisce la necessità di concentrare le prestazioni di alta complessità in un numero limitato di presidi con un ampio bacino di utenza al fine di garantire una buona qualità delle cure anche correlando volumi di attività e migliori esiti delle cure.

Inoltre, nel decreto viene posta l'attenzione anche sulle reti tempo dipendenti e, tra queste, la Rete Trauma.

La Rete Trauma prevede l'attivazione di un Sistema Integrato per l'assistenza al Trauma (SIAT) costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in:

- Presidi di pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio- circolatoria;
- Centri traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità;
- Centri traumi di alta specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000 - 4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni.

In tale classificazione si evidenzia maggiormente la volontà di prevedere la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (Hub), fortemente integrati con i centri periferici (Spoke). Relativamente ai Centri di alta specializzazione per i traumi, il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 ne specifica ulteriormente le caratteristiche, prevedendo che " *Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza- Urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli- distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni)*".

Infine, l'Accordo Stato Regioni n. 143/CSR del 1° agosto 2019 sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intra-ospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" ridefinisce il sistema dell'emergenza urgenza; nello specifico, il piano per gestire il sovraffollamento si fonda su una interazione funzionale tra ospedale e territorio con una definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali. Il modello proposto permane quello "Hub and Spoke", con la conseguente classificazione delle strutture ospedaliere che territoriali. In funzione della diversa complessità clinica assistenziale, differenziando, presidi ospedalieri in sedi di Pronto Soccorso, DEA di I livello e DEA di II livello.

1. DEFINIZIONE DI TRAUMA DELLA MANO

Un trauma alla Mano si definisce come ogni lesione aperta o chiusa al livello del polso o della mano, che coinvolga pelle, muscoli, tendini, osso ed articolazioni, nervi e/o (*Definizione HTC- Hand Trauma committee della FESSH*).

HTC europea definisce il Chirurgo della Mano come un chirurgo con specifiche competenze ed attività documentate nella chirurgia dei traumi, rispondenti a requisiti minimi di addestramento ed esperienza.

La validazione di questa abilità relativa ai traumi dipende sia dal riconoscimento ufficiale riguardo la microchirurgia, attestato da un certificato di partecipazione a corsi riguardo rilevanti tecniche microchirurgiche, sia da alcuni criteri relativi all'attività clinica svolta valutata in base al numero di interventi eseguiti in casi di emergenza in un periodo di tre mesi.

Le Regioni definiranno i criteri per l'accREDITAMENTO del Centro di Chirurgia della Mano nonché dei professionisti.

2. CONTESTO ITALIANO

Attualmente nella realtà italiana, la gestione dell'emergenza-urgenza relativa ai traumi ed alle lesioni complesse e, in particolare, microchirurgiche della mano, si sviluppa con Centri Mano (CM) di riferimento, individuate dalle Regioni secondo autonoma programmazione.

In alcune regioni del nord Italia, quali per esempio l'Emilia-Romagna, la Lombardia, il Piemonte, la Liguria, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, la Sardegna, il modello "Hub and Spoke" fa perno sul Centro Mano (CM) Regionale di II livello per bacini territoriali di riferimento di circa 2-4 milioni di popolazione; tali centri si dovranno necessariamente affiancare a centri organizzati di I livello per lo sviluppo di un vero e proprio sistema di rete.

Regioni quali il Lazio, hanno adottato un modello di coordinamento integrato di più strutture singolarmente incomplete, al fine di garantire comunque una copertura in h 24 completa del territorio regionale. Tuttavia nell'ambito delle reti definite dal Piano Sanitario regionale e dalla programmazione regionale, la Regione non ha previsto la rete dell'emergenza-urgenza della microchirurgica della mano.

Altre realtà territoriali, quali Umbria, Campania, Marche, hanno mantenuto o sviluppato Strutture organizzative specifiche e dedicate di Chirurgia della Mano.

I centri della Mano dell'Umbria e della Campania trattano, senza continuità h24 e senza completezza del trattamento sia vascolare che osteoarticolare, parte della casistica di urgenza o di elezione della propria regione; mentre il centro della Mano delle Marche ha un'organizzazione di copertura h24 per la microchirurgia ricostruttiva dell'arto superiore della mano.

Infine, altre Regioni ancora (Sicilia, Puglia), presentano competenze professionali relative alla Chirurgia della Mano nell'ambito di un'organizzazione che non sempre ne prevede la presenza attiva in h24 e con una casistica trattabile.

Questa disomogeneità è riconducibile alla mancanza in molte regioni di Strutture organizzative specifiche e dedicate e alla notevole variabilità di competenza di alcune Strutture esistenti nel gestire la maggiore complessità delle patologie della mano sia in regime di emergenza-urgenza che di elezione. Infatti, alcuni Centri, che garantiscono le competenze per il trattamento delle urgenze microchirurgiche, non possiedono le caratteristiche di Centri Mano di riferimento in base al bacino di utenza di riferimento, oppure trattano principalmente le patologie di traumatologia vascolare-tendinea (Centri Mano di estrazione solo

Plastica) o non garantiscono il know how per la gestione delle patologie complesse in elezione. Centri già definiti dalla programmazione Regionale permettono di individuare le competenze dei Centri esistenti e di poter rappresentare una base di riferimento per disegnare la rete "Hub and Spoke" della chirurgia della mano, individuando le connessioni tra Hub e Spoke dove questi sono già esistenti e di sviluppare le esperienze degli Hub dove non è esistente la rete nell'ambito dei bacini di utenza di riferimento.

3. LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA CHIRURGIA DELLA MANO NELLA MICROCHIRURGIA

Appare evidente che il modello di riferimento per la definizione della rete della chirurgia della mano e microchirurgia è quello "Hub and Spoke" i cui nodi della rete sono articolati in I e II livello in funzione della bassa o alta complessità.

I criteri per l'individuazione del centro Hub sono i seguenti:

- Presidio ospedaliero classificato DEA di II livello sede di Centro di alta specializzazione (CTS) nella rete trauma;
- Casistica di alta complessità;
- Bacino di utenza di 2-4 milioni di abitanti;
- Volume di attività funzionale sia per gli esiti che per il mantenimento delle competenze professionali delle équipes;
- Programmi di attività formativa specifica ai professionisti della rete.

L'ospedale Hub di II livello è, quindi, la struttura ospedaliera che, per requisiti strutturali, di competenze professionali e di casistica trattata, è chiamata a svolgere la funzione di Centro di Riferimento per le lesioni complesse ed ha il compito di assicurare un'adeguata assistenza a tutti o a pazienti con traumi maggiori provenienti dal territorio di competenza.

Tale assetto organizzativo prevede che il Centro di Riferimento, oltre ad avere capacità assistenziale rivolta ai pazienti con trauma grave tramite l'erogazione di prestazioni più specialistiche sotto il profilo sia diagnostico che terapeutico, svolge un ruolo importante di coordinamento del percorso del politraumatizzato nell'ambito del territorio di riferimento attraverso la definizione di specifici PDTA. Le criticità organizzative e di *governance* del sistema "Hub and Spoke" determinano la necessità:

- di costituire una Rete Mano di Spoke territoriale/regionale;
- la decongestione dell'Hub dalle lesioni traumatiche di I livello per l'espletamento dell'alta specialità in elezione data la peculiarità della Chirurgia della mano e Microchirurgia di coniugare competenza di alta specialità con epidemiologia particolarmente elevate.

In tal senso, l'urgenza di I livello potrà essere adeguatamente gestita nei centri Ortopedici/Plastici e negli Spoke individuati, con personale medico adeguatamente preparato e formato, anche con l'individuazione di Moduli Organizzativi di Chirurgia d'Urgenza che afferiscano all'HUB nell'area regionale o sovra-regionale del suo bacino di riferimento. Parimenti, l'ampio bacino di riferimento e gli elevati numeri

di casistica, richiedono modelli organizzativi specifici e dedicati per l'HUB all'interno delle Aziende Ospedaliere o presidi ospedalieri di ASL in cui insistono al fine di individuare e mantenere un'autonomia dipartimentale ed un diretto coordinamento con la Regione in tema di definizione e gestione di risorse materiali e spazi operatori ed assistenziali.

A questo scopo è essenziale l'elaborazione di protocolli che definiscano a priori le tipologie di traumi acuti della mano da trattare nonché il percorso di centralizzazione presso l'Hub di riferimento dei traumi complessi dell'arto superiore.

Tali documenti richiedono la piena condivisione a livello regionale tra il Centro di Riferimento (Hub) e i centri di I livello (Spoke).

3.1 Le Funzioni del Centro HUB di riferimento per la chirurgia e microchirurgia della mano

Le Funzioni del Centro HUB di riferimento per la chirurgia e microchirurgia della mano sono:

- Esecuzione in urgenza degli interventi di reimpianto afferenti al bacino territoriale di riferimento e, nei limiti della disponibilità di risorse, anche quelli provenienti da altre regioni nell'ambito di accordi interregionali o nell'ambito del sistema di coordinamento nazionale per le urgenze microchirurgiche.
- Messa in atto delle azioni necessarie a garantire lo sviluppo delle relazioni fra i diversi soggetti coinvolti nelle attività di chirurgia della mano, anche attraverso lo sviluppo di attività scientifiche e formative in collaborazione con il sistema universitario regionale, al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali delle più importanti patologie della mano, con particolare riferimento ai trattamenti in emergenza-urgenza, e promuovere le sinergie con discipline complementari utili per sviluppare approcci di intervento multidisciplinari.
- Realizzare programmi di formazione specifica ai professionisti ed operatori sanitari della rete.

3.2 Definizione dei livelli di intervento

In aderenza con il modello "Hub and Spoke", gli interventi di chirurgia della mano e microchirurgia

sono configurabili da punto di vista della complessità, in:

- » Lesione di **I livello** (o grado) non chirurgico: Lesioni a bassa complessità a carico dei tegumenti cutanei e delle strutture osteo-legamentose che non richiedono trattamento chirurgico o specifici protocolli di trattamento conservativo protesico;
- » Lesione di **I livello** (o grado) chirurgico: Lesioni a bassa complessità a carico dei tegumenti cutanei e delle strutture osteo-legamentose che richiedono trattamento chirurgico o specifici protocolli di trattamento.
- » Lesione di **II livello** (o grado): Lesioni ad alta complessità a carico di tre o più tessuti.

Rappresentano urgenze assolute/emergenze in caso di compromissione vascolare.

In particolare si fa riferimento alle lesioni degli arti secondarie ad impatto ad alta energia, alle lesioni da schiacciamento, alle perdite di sostanza complesse, alle lesioni intra articolari, alle lesioni nervose e alle lesioni vascolari (ischemizzanti), che comportano la necessità di rivascolarizzazione e reimpianto di segmenti di arto amputati al livello di polso e mano. Il Centro dovrà prevedere percorsi diagnostico terapeutici che richiedano protocolli di alta specialistica Chirurgica, nonché dovrà prevedere un percorso di riabilitazione post-chirurgico erogato direttamente presso la sede Hub o presso altre strutture correlate con il Centro Hub. Il setting assistenziale riabilitativo da programmare è ambulatoriale.

3.3 Organizzazione della rete

La rete dei presidi, in grado di fornire una risposta sanitaria specialistica, deve essere costituita da Centri di I livello e da Centri di II livello.

➤ Gli interventi di chirurgia della mano, configurabili dal punto di vista della complessità chirurgica come interventi di I livello (grado) o "a complessità specialistica", sono realizzabili attraverso specifici settori di intervento che devono essere collocati nella Rete territoriale e definiti come Spoke.

Infatti, le lesioni di I livello (grado) non necessitano di accesso al centro di riferimento Hub, conseguentemente, si rende necessario specificare e sviluppare all'interno del sistema di rete territoriale, le competenze dei centri definiti come Spoke.

➤ Gli interventi di chirurgia della mano e relative tecniche microchirurgiche, configurabili dal punto di vista della complessità chirurgica come interventi di II livello (grado) o ad "alta complessità specialistica", sono realizzabili presso le Strutture organizzative dedicate e specifiche di chirurgia della mano e microchirurgia definite dalla programmazione regionale.

Tali Centri Mano regionali di II livello (Hub) devono assicurare la corretta pianificazione della casistica di competenza (elezione) ed il trattamento di emergenze-urgenze indifferibili e coincidenti, dotandosi conseguentemente delle necessarie risorse umane e tecnologiche. La centralizzazione del paziente può avvenire:

- direttamente dal Sistema di Emergenza territoriale 118 al Centro Mano di II livello di riferimento territoriale/regionale in caso di lesioni complesse che si verificano nel territorio di afferenza Centro Mano che rappresentino indicazioni assolute al reimpianto come nel caso di amputazioni di macro segmenti (mano-polso, terzo medio-distale avambraccio)
- alla luce della rilevanza che riveste la stabilizzazione del paziente e la successiva raccolta anamnestica e valutazione clinica del caso specifico, nei restanti casi è opportuno condurre il paziente nel Centro Spoke di competenza della sede geografica di infortunio o nel PS più vicino.

3.4 Aspetti organizzativi per il trasferimento verso il centro di riferimento Hub per la Chirurgia della Mano di II livello

La risposta sanitaria in regime d'emergenza-urgenza deve realizzarsi attraverso l'utilizzo di protocolli condivisi e linee guida definite per il settore specifico della Chirurgia della Mano. L'efficacia degli interventi è strettamente legata all'integrazione tra aspetti organizzativi ed aspetti clinici, dalla fase di intervento del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118 fino alla presa in carico presso il centro adeguato per livello di complessità, e all'integrazione funzionale tra l'Hub di riferimento ed i centri Spoke periferici.

3.5 Attivazione del Centro di II livello

Le modalità di comunicazione tra Hub e Spoke nella procedura di assistenza al traumatizzato della mano verrà predisposta dal Sistema di Emergenza territoriale 118 Regionale secondo le linee guida nazionali o regionali elaborate congiuntamente dalla Società Italiana di Chirurgia della Mano (SICM) e dalle Regioni con l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali).

Il fattore tempo in queste lesioni rappresenta un elemento importante, ma la tempo-dipendenza della lesione è comunque relativa, perché, in assenza di emergenze emodinamiche, i tempi di indicazione alla rivascolarizzazione/reimpianto permettono una corretta gestione per bacino di riferimento.

Quando un nodo periferico della Rete riceve un paziente con una lesione complessa di II livello che potrebbe necessitare del trasferimento, contatterà il Centro di Riferimento-Hub (CdR- HUB), informandolo su:

- Aspetti Extraospedalieri anamnestici: tipologia del trauma, età, sesso, stato di salute, eventuali
- Abusi di sostanze (alcool, fumo e droghe), lavoro e dominanza di lato.
- Aspetti Ospedalieri diagnostici: parametri fisiologici all'arrivo e al trasferimento, terapia effettuata, esami radiografici (anche moncone), gli esami ematochimici e RX torace effettuati.

In tal senso risulterebbe dirimente definire per il CdR-HUB un sistema di trasmissione delle immagini da utilizzarsi nel caso lo specialista richieda una valutazione dei reperti della diagnostica per immagini o della clinica "de visu".

Il coordinamento per il trasferimento presso il CdR-HUB, previo contatto telefonico con il medico reperibile della Chirurgia della Mano dell'Hub, viene attivato tramite contatto diretto, gestito dalla Centrale Operativa 118 competente per territorio.

Al fine di garantire la corretta presa in carico del paziente con lesione di II livello, si ritiene opportuno la definizione tra Centrale Operativa 118, Centro Spoke e Centro Hub di un protocollo specifico di trasferimento che preveda:

- i casi da indirizzare presso i centri di II livello;
- le modalità di trasporto;
- i tempi di trasferimento.

Il coinvolgimento del Sistema di Emergenza territoriale 118 nel contatto di trasferimento è fondamentale sia per il rispetto della Rete disegnata a livello regionale/extraregionale; sia per seguire il protocollo di sequenza di ricerca corretto dal Centro Mano di riferimento regionale/territoriale ai più vicini disponibili in sequenza geografica; sia per garantire assistenza e informazione adeguata ai medici dei PS di periferia che ricevono il paziente; sia per assicurare chiarezza e documentazione nel caso di accettazione/rifiuto.

4. ELEMENTI DI CRITICITA'

4.1 Criticità presso l'Hub

Tenuto conto che, nell'ambito delle reti tempo-dipendenti, il centro di riferimento per la chirurgia della mano e microchirurgia (Hub) deve sempre poter accogliere e trattare i pazienti con lesioni di II livello, riducendo per quanto possibile la tempistica di intervento, in caso di temporanea indisponibilità di gestione dell'emergenza (lesione vascolare acuta non differibile), si procederà come secondo la Linea guida per la gestione extraregionale dell'emergenza/urgenza, mediante appositi accordi per il trasferimento. Per accordi inter-regionali possono essere identificati Centri Hub di back per un più rapido e diretto secondo riferimento, in particolare per le sedi geografiche di confine tra bacini di competenza. Ma il problema principale rimangono le Regioni che non presentano Centro Mano di II livello di riferimento. In questi casi si deve necessariamente prevedere dei Centri Mano di riferimento extraregionali. Questo riferimento, tuttavia, non può prescindere dalla formalizzazione di accordi tra le Regioni.

4.2 Criticità e sviluppo del Modello organizzativo della rete regionale/territoriale

Il modello organizzativo della rete della chirurgia della mano e microchirurgia fa riferimento ad almeno un centro Hub di riferimento regionale/territoriale; per le regioni di piccole dimensioni in termini di bacino di utenza o per le regioni che hanno già sviluppato esperienze clinico organizzative di chirurgia plastica ed ortopedica integrabili, è opportuno prevedere lo sviluppo di modelli inter-regionali di coordinamento/integrazione.

Infine, come evidenziato, il modello di riferimento della rete è quello "Hub and Spoke", conseguentemente la mancata strutturazione degli Spoke di I livello costituisce un elemento di criticità organizzativa e clinica che riduce la qualità complessiva delle prestazioni garantite dalla rete. Lo spostamento verso il centro Hub di pazienti con patologia di I livello, che sarebbe possibile trattare in periferia a fronte della strutturazione di competenze che garantiscano un adeguato *out come*, determina criticità di ordine logistico, economico e sociale, oltre al congestionamento del Centro HUB.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul "Documento programmatico per percorsi della rete di emergenza-urgenza in chirurgia della mano"

Punto 1) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza esprime avviso favorevole alla stipula dell'accordo, con la richiesta del recepimento delle seguenti correzioni di carattere formale e di editing:

1. Nell'indice del documento, al punto 3.1: dopo le parole «Le funzioni del Centro HUB di riferimento» aggiungere «per la chirurgia e microchirurgia della mano»;
2. Nell'indice del documento, al punto 3.4: inserire tra le parole «per la chirurgia della mano» e «di II livello» eliminare le parole «e della microchirurgia»;
3. Pagina 6 - rigo 7: sostituire «che» con «e»; eliminare il punto dopo la parola «territoriali» e sostituire iniziale della parola «In» con lettera minuscola;
4. Pagina 12 - rigo 8°: dopa le parole «tre o più tessuti» aggiungere la frase successive «Rappresentano urgenze [...] compromissione vascolare. » in modo continuativo eliminando l'interlinea. Aggiungere interlinea dopo «compromissione vascolare.»;
5. Pagina 13 - Titolo del paragrafo 3.4: spostare la parola *HUB* tra «centro» e «di» affinché il titolo del paragrafo risulti «Aspetti organizzativi per ii trasferimento verso ii centro *HUB* di riferimento per la Chirurgia della Mano di II livello»;
6. Pagina 13 - Titolo del paragrafo 3.5: inserire «*HUB di riferimento*» tra «centro» e «di II livello» affinché il titolo del paragrafo risulti «Attivazione del Centro HUB di riferimento di II livello».
7. Pagina 14 - rigo 7: la parola << Abusi>> sostituire iniziale con lettera minuscola e inserire senza punto elenco, in modo continuativo rispetto alle parole << età, sesso, stato di salute, eventuali >