



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

Notizie

Innovazione tecnologica e della pratica clinica

PET e Ciclotrone: una nuova era per la Medicina Nucleare

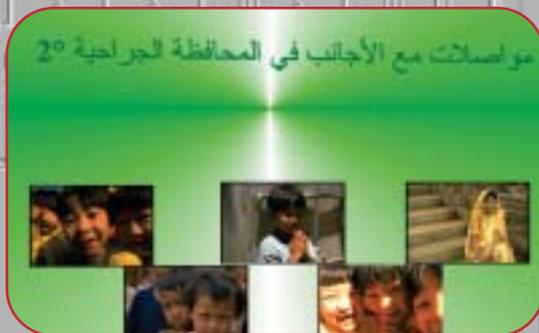
pag. 3



Dipartimento Area Chirurgica 2

Comunicazione con utenti stranieri

pag. 8



L'ampliamento del nostro ospedale

Percorsi colore e collocazione UU.OO.

pag. 13



Ricerca & Didattica

pag. 26



SOMMARIO

Febbraio 2003

- pag. 3 **Innovazione tecnologica e della pratica clinica
PET e Ciclotrone:
una nuova era per la Medicina Nucleare**
- pag. 5 **Dipartimento Onco-Ematologico
La Biologia Molecolare Oncologica
in Anatomia Patologica:
dalla sperimentazione alla pratica clinica**
- pag. 7 **Dipartimento Area Critica
A.C.L.S.: dalle linee guida all'azione sul campo**
- pag. 8 **Dipartimento Area Chirurgica 2
Comunicazione con utenti stranieri**
- pag. 10 **L'ampliamento del nostro ospedale
Percorsi colore e collocazione U.O.**
- pag. 17 **Area Amministrativa
Catalogo aziendale informatizzato
dei prodotti gestiti a scorta di magazzino**
- pag. 18 **Servizio Prevenzione e Protezione
Ospedale sicuro
Rischio lavorativo: patologia da guanti**
- pag. 20 **Dipartimento Area Medica 2
Infortunio a rischio biologico**
- pag. 21 **Informatizzazione in azienda
Il Sistema Informativo Ospedaliero
ed il Sistema Territoriale (CUP)**
- pag. 23 **Dipartimento Patologia Clinica
Novità dal Servizio di Microbiologia**
- pag. 25 **Dipartimento Materno Infantile
Per un nuovo percorso nascita:
la sinergia dell'agire dei professionisti**
- pag. 26 **Ricerca & Didattica**
- pag. 28 **Notizie in breve**

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO IX - 2003 - N. 1
Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c legge 662/96.
Filiale di Reggio Emilia

Direttore Responsabile

Barbara Curcio Rubertini

Comitato di Redazione

Sergio Bronzoni / Servizio Tecnologie Informatiche
Claudia Cagossi / Dip. Area Chirurgica 2A
Sonia Ceccarelli / Servizio Logistico Alberghiero
Teresa Coppola / Comitato Etico
Lidia Fares / Servizio di Farmacia
Lorenzo Fioroni / Dip. Amministrativo
Giovanni Guatelli / Servizio Prevenzione e Protezione
Monica Guberti / Servizio Infermieristico e Tecnico
Rita Iori / Biblioteca Medica
Cristiana Magnani / Dip. Materno Infantile
Massimo Magnani / Servizio Attività Tecniche
Orienna Malvoni / Dip. Area Chirurgica 1A
Paolo Marconi / Dip. Emergenza Urgenza
Massimo Pantaleoni / Dip. Area Critica
Vando Piccagli / Area Tecnologica Scientifica
Mirco Pinotti / Direzione Sanitaria
Maria Ravelli / Autorizzazione/Accreditamento
Guglielmo Rossi / Dip. Area Medica 2A
Barbara Curcio Rubertini / Servizio Sviluppo Organizzativo
Lidia Scalabrini / Responsabile "Arianna Line"
Luigi Serra / Dip. Onco-Ematologico
Luigi Vecchia / Dip. Patologia Clinica
Michele Zini / Dip. Area Medica 1A
Giulio Zuccoli / Dip. Diagnostica per Immagini
Francesca Zuelli / Segreteria "Notizie"

Hanno collaborato a questo numero

Giuseppe Arduca
Monica Benassi
Patrizia Borgognoni
Giovanni Borasi
Sergio Bronzoni
Barbara Curcio Rubertini
Claudia Cagossi
Federica Fioroni
Marcella Flora
Leda Ghizzoni
Monica Guberti
Iori Rita
Anna Maria Lodesani
Ave Lupi
Massimo Magnani
Enzo Mazzi
Mirco Pinotti
Vanna Pinotti
Speranza Pisuttu
Riccardo Righetti
Dantina Rinaldi
Guglielmo Rossi
Diana Salvo
Luigi Vecchia
Giulio Zuccoli

Progetto Grafico

Scriba - Forlì

Sede Redazione

Via L. Sani, 15 - 42100 R.E.
Tel. 0522/296835-296836 - Fax 0522/296843
E-mail: redazione.notizie@asmn.re.it

Stampa

Stabilimento Tipografico dei Comuni
S. Sofia di R. - FC

**Questo giornale non inquina,
utilizza carta ecologica
non trattata con cloro**

Notizie - Febbraio 2003 n. 1

PET e Ciclotrone: una nuova era per la Medicina Nucleare

A cura di: **Dott.ssa Diana Salvo** Direttore U.O. Medicina Nucleare
Dott. Giovanni Borasi Direttore Area Tecnologico-Scientifica
Dott.ssa Federica Fioroni Fisica Sanitaria

La Tomografia ad Emissioni di Positroni (PET) è una nuova tecnica di imaging di grande importanza per la diagnosi di numerose patologie: rivelazione precoce dei tumori, verifica dello stadio della malattia e dell'efficacia della terapia, studio di malattie cardiache e cerebrali.

Diversamente da quanto avviene per la Tomografia Computerizzata (TC) e per la Risonanza Magnetica (RM), che forniscono immagini principalmente "morfologiche", la PET fornisce immagini "funzionali", che permettono cioè di evidenziare uno stato patologico attraverso la modificazione della funzione di un organo o di un apparato.

La PET si è dimostrata utile nell'inquadramento diagnostico e prognostico del paziente oncologico, modificando l'approccio terapeutico, a seconda della patologia neoplastica, anche oltre nel 30% dei casi.

Nel Settembre dell'anno 2000, presso il Servizio di Medicina Nucleare della nostra Azienda, è entrato in funzione il primo Tomografo PET dell'Emilia Romagna (C-Pet, Philips). Tale sistema è costituito da 6 cristalli curvi di NaI (TI), giustapposti a formare un cilindro di raggio pari a circa 60 cm per la rivelazione della radiazione gamma emessa dal paziente.

La PET impiega traccianti marcati con radioisotopi emittenti positroni, che vengono prodotti da un *Ciclotrone*. Si tratta di una macchina in grado di accelerare particelle nucleari che vengono poi inviate su un bersa-

glio che, a causa dell'urto, produce atomi radioattivi che vengono utilizzati per la sintesi di radiofarmaci ad uso clinico.

Il radiofarmaco più diffuso nell'ambito PET, e soprattutto in campo oncologico, è il 2-deossi-2-[¹⁸F]-fluoro-D-glucosio (¹⁸F-FDG). Numerosi studi hanno dimostrato che il tessuto neoplastico in rapida crescita utilizza il glucosio come substrato energetico. L'impiego di un tracciante analogo del glucosio permette di indagare il metabolismo glucidico del tessuto neoplastico in vivo in modo non invasivo; data la correlazione evidenziata tra l'elevato accumulo di tale tracciante e la malignità del tumore, la PET si è dimostrata utile sia in campo diagnostico che prognostico definendo la sede, l'estensione della malattia e la risposta alla terapia e contribuendo a modificare significativamente l'approccio terapeutico al paziente oncologico.

Per i primi 18 mesi di attività PET, il radiofarmaco (¹⁸F-FDG) è stato acquistato in Svizzera da una Ditta Produttrice (Iason) e trasportato per via aerea e su ruote fino al

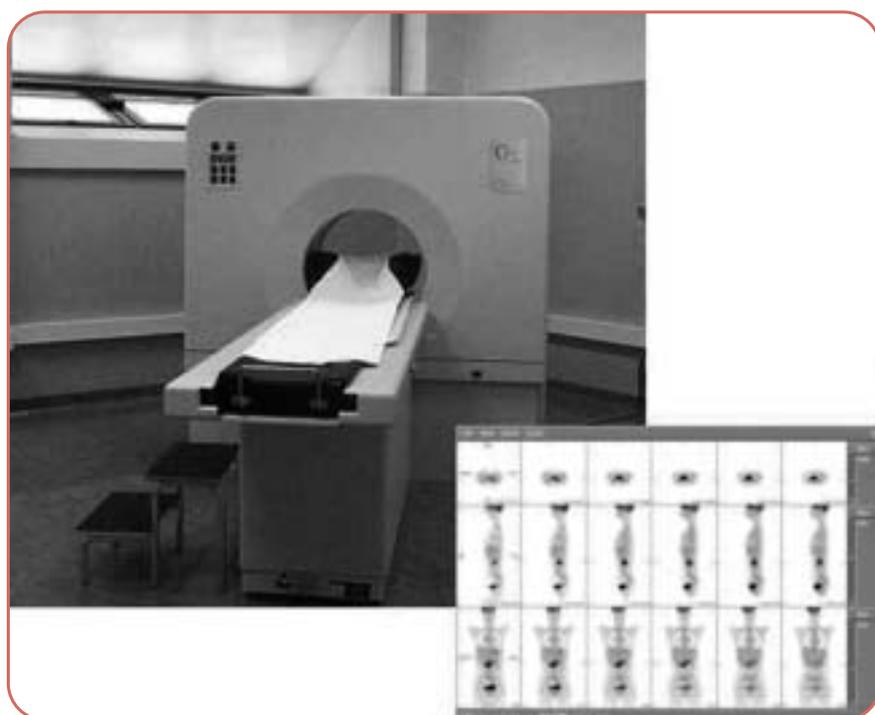


fig. 1
Tomografo PET



fig. 2
Interno della camera di accelerazione del ciclotrone

nostro Ospedale; ma le difficoltà economiche e logistiche connesse a questo tipo di approvvigionamento esterno ed il travolgente sviluppo della tomografia ad emissione di positroni cui abbiamo assistito in questi 2 anni, ci ha spinto a valutare l'opportunità di disporre in sede oltre che del tomografo PET anche di un piccolo ciclotrone per la produzione dei radiofarmaci.

Una generosa donazione della Fondazione Manodori ha consentito l'avvio del progetto che ha richiesto un intenso "lavoro di squadra" tra i Servizi di Medicina Nucleare, di Fisica Sanitaria, l'Ufficio Tecnico, la Direzione dell'Ospedale nonché le Ditte produttrici.

Il Ciclotrone installato, è un acceleratore autoschermato (MINItrace, General Electric) in grado di accelerare ioni negativi (H-) ad energia di 9.6 MeV. La macchina vera e propria è circondata da uno schermo composito, di circa 1 metro di spessore, di materiale ad alto contenuto di idrogeno e boro, che racchiude completamente il magnete ed il circuito di accelerazione.

Una volta prodotto l'isotopo radioattivo, questo viene inviato attraverso un condotto schermato al

locale di Radiochimica dove sono alloggiati vari tipi di celle e cappe schermate: due celle sono destinate al momento a contenere i moduli per le sintesi chimiche dei farmaci radioattivi, mentre le altre sono usate per il frazionamento dell'attività prodotta e la preparazione delle singole dosi iniettabili. L'automazione del sistema di trasferimento e di quasi tutti gli steps di preparazione del farmaco, oltre a ridurre al massimo l'esposizione alle radiazioni del personale, vuole evitare quanto più possibile l'eventuale errore umano nel trattare liquidi e gas radioattivi, e assicurare la maggiore rapidità e riproducibilità possibile dei risultati.

Terminata la fase di sintesi, viene prelevato un piccolo quantitativo di radiofarmaco che viene sottoposto a specifici controlli di qualità che ne garantiscano l'iniettabilità.

Un montacarichi, con accesso riservato al personale della Medicina Nucleare, collega in modo diretto la nuova Unità Ciclotrone con il Servizio di Medicina Nucleare, dove il tracciante viene rapidamente consegnato e quindi utilizzato per l'acquisizione di studi clinici PET.

La realizzazione di questo progetto, che ha richiesto grande inte-

grazione tra le diverse professionalità coinvolte, non è sicuramente un punto di arrivo, ma apre nuovi percorsi, tra cui la sintesi di nuovi radiofarmaci, con l'utilizzo di molecole altamente specifiche. Attualmente, l'ambito di sviluppo tecnologico PET che sta raccogliendo il maggiore interesse per il grande impatto nell'ambito della diagnosi oncologica, è rappresentato dalla realizzazione di sistemi integrati multi-modalità PET/TAC.

Un sistema PET/TAC consiste di un tomografo PET e di un tomografo TAC di ultima generazione assemblati in un unico stativo, controllati da una unica stazione di comando con un unico lettino porta-paziente.

Il sistema PET/TAC permette di acquisire le immagini PET e TAC in una unica sessione di esame con i seguenti vantaggi:

- riduzione dei tempi di esame,
- diagnosi integrata mediante uso sinergico delle informazioni PET e TAC,
- accurata interpretazione delle immagini funzionali PET sulla base delle immagini anatomiche TAC (correlazione anatomo-funzionale),
- miglioramento della qualità delle immagini funzionali PET usando le informazioni anatomiche TAC.

L'impiego sinergico di immagini biomediche acquisite con differenti modalità, dovrebbe permettere un utile superamento dei limiti di ciascuna di esse, offrendo un più semplice approccio alla diagnostica differenziale clinica.

La Biologia Molecolare Oncologica in Anatomia Patologica: dalla sperimentazione alla pratica clinica

A cura di: **Dott.ssa Marcella Flora Titolare incarico di alta professionalità in biologia molecolare U.O. di Anatomia Patologica**

L'oncologia, patrimonio culturale storico dell'anatomia patologica, e' un campo nel quale l'identificazione di alterazioni genetiche sta per avere un enorme impatto nella diagnostica e nella predizione del comportamento di una neoplasia, fino a riuscire a definire la tanto importante "prognosi individuale" e piu' ancora la terapia personalizzata di una neoplasia.

Già da alcuni anni, anche grazie a una borsa di studio messa a disposizione dalla Lega Tumori, nel nostro Servizio di Anatomia Patologica, abbiamo sviluppato una tecnologia molecolare che applichiamo direttamente sui vetrini citologici e istologici di tumori mammari, polmonari e linfomi.

Questa tecnologia si chiama FISH (Fluorescent In Situ Hybridisation) su nuclei in interfase.

In particolare la messa a punto del test molecolare per valutare lo stato dell'oncogene HER - 2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) ha permesso di definire una nuova strategia terapeutica del carcinoma mammario.



In circa il 20 - 30% dei tumori mammari esiste un'amplificazione dell'HER-2, correlata con una maggiore aggressività e maggiore velocità di crescita del tumore. Questa conoscenza ha portato alla creazione di un anticorpo monoclonale, il Trastuzumab (Herceptin), specifico per il recettore Her-2, che si è dimostrato in grado di distruggere in una alta percentuale di casi le cellule tumorali con questi recettori, potenziando l'effetto della chemioterapia e dell'ormonoterapia e migliorando la prognosi.

Il test in FISH IN INTERFASE per l'HER 2 /neu sulle cellule neoplastiche è quello che ci permette l'identificazione di tumori mammari con questa caratteristica ed il conseguente trattamento mirato.

Dopo una fase di sperimentazione, iniziata per la prima volta in Italia nel 1999 presso la nostra Unità Operativa di Anatomia Patologica, e tuttora utilizzato solo in pochi Centri di riferimento, il test in FISH per l'HER-2 è ora impiegato routinariamente, grazie anche all'assunzione in ruolo nella nostra azienda ospedaliera, della dott.ssa CRISTINA BASSANO. Il test è in genere positivo nel 20 -

30% dei carcinomi mammari e permette di identificare le pazienti che hanno la possibilità di rispondere alla terapia con il nuovo farmaco Herceptin®. Vista l'importanza del trattamento ed anche i costi ad esso correlati è estremamente importante l'affidabilità del test e la sua esecuzione in Centri che abbiano ampia esperienza in questo campo. Presso la nostra Unità Operativa di Anatomia Patologica dal 1999 ad oggi il test è stato eseguito su circa 1500 pazienti.

Grazie a questa grande esperienza clinica e diagnostica l'Unità Operativa di Oncologia di Reggio Emilia è stato uno dei centri italiani che per primo ha utilizzato il nuovo trattamento con Herceptin®, ormai entrato di routine nelle pazienti con metastasi di carcinoma mammario HER-2 positive.

Proprio per la disponibilità di questa tecnologia, l'Unità Operativa di Anatomia Patologica e l'Unità Operativa di Oncologia sono stati selezionati per partecipare ad un importante studio internazionale che prevede la sperimentazione dell' Herceptin® anche nella fase precoce della malattia, cioè come trattamento adiu-

vante dopo intervento chirurgico radicale.

In questo stadio le pazienti, che alla diagnosi risultavano positive al test HER 2, dopo una terapia convenzionale vengono inserite in uno studio che confronta nessun ulteriore trattamento verso terapia con Herceptin® per un anno verso terapia con Herceptin® per due anni. In tutto il mondo il carcinoma mammario costituisce uno dei problemi principali per la salute femminile. In Europa si contano circa 200.000 nuovi casi all'anno di cui circa 35.000 in Italia con una incidenza in costante aumento negli ultimi anni; rappresenta la principale causa di morte nelle donne in età compresa fra i 35 e i 55 anni.

Solo nel nostro servizio vengono diagnosticati circa 300 nuovi casi ogni anno.

Nonostante ciò, la mortalità per questa neoplasia non è aumentata, ma, anzi, è in costante riduzione. Cio' è dovuto in parte al miglioramento nel campo della diagnosi precoce conseguente ai programmi di screening, ma, soprattutto, ai grandi progressi della terapia medica, sia in stadio precoce (terapia adiuvante) sia in stadio avanzato.

Il convegno dal titolo "Herceptin® due anni dopo" che si è tenuto il 7 novembre u.s. presso Palazzo Rocca Saporiti ha consentito di fare il punto su uno dei traguardi più importanti raggiunto in questi ultimi anni nel trattamento del carcinoma mammario.

L'appuntamento è ora fra 5 anni per fare il punto sui risultati ottenuti da questo importante studio.



Advanced Cardiac Life Support (ACLS): dalle linee guida all'azione sul campo

A cura di: **Dantina Rinaldi** Responsabile Infermieristico Dipartimento Area Critica
Anna Maria Lodesani Coordinatrice Infermieristica U.O. Degenza Cardiologia
Monica Benassi Infermiera Cardiologia
Riccardo Righetti Infermiere Cardiologia

Alla fine del 1999 gli operatori del reparto cardiologia, durante la programmazione della formazione del personale, hanno rilevato la necessità di impostare nuove strategie lavorative, adottando le linee guida internazionali (L.G.) per creare linee guida locali (L.G.L.).

L'analisi della situazione ha evidenziato:

- disomogeneità comportamentale dovute ad un recente accorpamento di due unità operative (cardiologia 1, cardiologia 2) con metodologie di lavoro diverse.
- Elevato turnover infermieristico con inserimento di neo-assunti, quindi la necessità di creare un percorso didattico uniforme.
- Difficoltà di retraining anche per brevi periodi di assenza (es. ferie, malattie ecc.)

Per giungere alla stesura delle L.G.L. il percorso è iniziato con un corso di aggiornamento tenuto dal Dott. Danilo Manari, in cui venivano presentate le più recenti L.G. internazionali (American Heart Association) e italiane (Italian Resuscitation Council) sugli scenari di Advanced Cardiac Life Support (A.C.L.S.) Si sono prese in considerazione le maggiori emergenze cardiologiche, quali: Infarto Miocardico Acuto (IMA); aritmie; Edema Polmonare Acuto; Tromboembolia Polmonare; Bradi-Tachi- Aritmie; Fibrillazione Ventricolare; Asistolia; Attività Elettrica senza Polso.

A questo punto dividendosi per piccoli gruppi sono stati effettuati una serie di incontri nei quali abbiamo analizzato attentamente e valutato criticamente le raccomandazioni delle L.G. approfondendo aspetti del nursing non sempre esplicitati.

La metodologia seguita è quella dell'Evidence Based Nursing, che come nell'Evidence Based Medicine prevede:

1. Valutazione delle priorità, per definire su quali condizioni cliniche mettere a punto L.G., in base ai criteri di: variabilità / frequenza / costi / rischio / ansietà
2. Fase FAIAU: per definire uno standard assistenziale che rappresenti il miglior compromesso tra le evidenze scientifiche e il contesto locale, ovvero:
 - Finding, cioè la ricerca di L.G. esistenti

- Appraising, valutazione critica delle L.G. trovate
 - Integrating, integrazione della L.G.
 - Adapting, adattamento locale della L.G.
 - Updating, ovvero aggiornamento della L.G.
3. Fase D.I.E.
- Disseminating, cioè la diffusione locale della L.G.
 - Implementing, implementazione
 - Evaluating, cioè la valutazione di efficacia delle L.G.

Ciascun gruppo ha lavorato autonomamente su una L.G. sino alla creazione del prodotto finito (L.G.L.)

All'aggiornamento delle L.G. così concepite è stato preposto un gruppo di lavoro costituito da:

- Responsabile medico della qualità clinica,
- Responsabile infermieristico della formazione,
- Referente di ogni gruppo di lavoro.

Si sono previste revisioni annuali. E' in corso la definizione degli indicatori di efficacia sull'applicazione delle L.G.L. utili per la gestione dell'audit infermieristico.

GRUPPO 1 I.M.A.

Battitori A. - Benassi M. - Incerti - R. Grassi G. - Righetti R. - Verardo D. - Margini S.

GRUPPO 2 DOLORE TORACICO

Boccelli L. - Cervi E. - Farioli G. - Ferrari P. - Frassinetti L. Germani L.

GRUPPO 3 E.P.A. T.E.P.

Abatianni T. - Campagna S. - Ferrari E. - Losi L. - Masini S. - Romani C.

GRUPPO 4 BRADI-TACHIARITMIE

Castagnoli L. - Cecchelani F. - Dall'Aglio A. - Dini M. - Pavarelli L. - Bottazzi S. - Gianfrida E.

GRUPPO 5 ASISTOLIA PEA

Annigoni G. - Cipriani F. - Ferretti F. - Navanzino F. - Saccaggi M. - Wildner J.

Comunicazione con utenti stranieri nel Dipartimento Chirurgico 2°

A cura di:

Capo Sala Speranza Pisuttu Referente Dipartimentale Accreditamento

Capo Sala Claudia Cagossi Referente Dipartimentale Rete Intranet

Il territorio Reggiano si caratterizza per l'elevato numero di cittadini di diversa nazionalità e cultura. Anche in ambito sanitario si è verificato un incremento del numero di persone con svariate caratteristiche socio/culturali e linguistiche che afferiscono ai Dipartimenti/Servizi del nostro ospedale. Nel Dipartimento Chirurgico 2° si verificavano frequentemente problematiche relative alla comunicazione fra operatori e persone di lingua straniera che a diverso titolo si presentavano in Azienda.

Pertanto da un primo momento dove si percepivano sensazioni di disagio si è ritenuto opportuno effettuare una raccolta dati che quantificasse il reale peso operativo di tale disagio.

DATI

La raccolta dati ha interessato tutte le Unità Operative del Dipartimento e i Poliambulatori Divisionali per il primo semestre anno 2001.

Attività ambulatoriale	N. casi	Valore in %
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	453	14,04
OCULISTICA	1474	45,70
CENTRO ORTOTTICO	99	3,06
OTORINOLARINGOIATRIA	531	16,46
CENTRO AUDIOMETRICO	668	20,71
	3.225	

Attività di degenza ordinaria e day hospital	N. casi	Valore in %
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	48,64
OCULISTICA	16	21,62
OTORINOLARINGOIATRIA	22	29,72
	74	

L'analisi dei dati ha confermato le prime sensazioni percepite e ha motivato lo sviluppo del progetto "Comunicazione con utenti stranieri" il cui obiettivo è: migliorare la comunicazione con l'utente straniero al fine di garantire una presa in carico più appropriata ai suoi bisogni di salute.

SOGGETTI COINVOLTI

Operatori infermieristici del dipartimento (ORL, Oculistica, Ortopedia) e dei poliambulatori già referenti nel programma di accreditamento aziendale; mediatori culturali; operatori dell'ufficio sviluppo organizzativo.

DESCRIZIONE

Utilizzo del manuale multi lingue (arabo, cinese, inglese, francese) co-

me strumento di lavoro degli operatori affinché possano individuare i bisogni assistenziali dei cittadini stranieri superando gli ostacoli linguistici.

DESTINATARI

Operatori sanitari e cittadini stranieri con difficoltà di comprensione linguistica.

OBIETTIVO SPECIFICO

Riduzione delle criticità legate alla comunicazione fra operatori cittadini in relazione a procedure di ricovero, controlli successivi al ricovero e indicazioni terapeutiche.

FASI DEL PROGETTO

- Raccolta dati relativa al numero dei cittadini stranieri afferenti al dipartimento chirurgico 2° nel primo semestre 2001.
- Elaborazione dei testi da inserire nel manuale mediante gruppo di lavoro composto da operatori rappresentanti la unità operative del dipartimento.
- Scelta della presentazione grafica.
- Realizzazione del manuale.
- Socializzazione e divulgazione dello strumento all'interno del dipartimento e poliambulatori divisionali.
- Valutazione dello strumento tramite somministrazione di scheda per raccolta dati inerente l'utilizzo ed efficacia del manuale (rilevazione trimestrale).

Il percorso del progetto è attualmente nella sua fase di valutazione. Nello sviluppo del medesimo si è chiaramente percepita una compartecipazione al lavoro fra i vari operatori dipartimentali appartenenti ai diversi ruoli.

Questi piccoli passi permettono ai singoli di sentirsi parte del dipartimento e di vederne il fine comune che altro non è che: "Prendersi cura della persona nella sua globalità fisico-psichico-sociale".

La modalità operativa scelta si inserisce a tutti gli effetti nell'ambito dell'Accreditamento Aziendale.

Dipartimento Chirurgia 2

ORTOPEDIA

ARTI FRATTURATE IN TRAZIONE O IN APPARECCHI GESSATI

- E' necessario che tenga l'arto sollevato? SI NO
- Riesce a muovere le dita? SI NO
- Ha sensibilità alle dita?
- Indichi quale dita non riesce a muovere
- Indichi quale dita non riesce a sentire
- Ha formicolio alle dita?
- Indichi quali dita
- Sente il gesso troppo stretto?
- C'è un punto lì cui il gesso le provoca dolore?
- Mi indichi dove
- La sensibilità alle dita è: Migliorata Peggiorata
- La mobilità alle dita è: Migliorata Peggiorata
- Deve restare fermo a letto/supino
- Quando e in quali posizioni deve appoggiarsi ai piedi
- Non può sedersi

Destro Sinistro

EMERSIONE

- Deve procurarsi un paio di stampelle
- E' necessario che lei acquisti un tutor ortopedico
- E' in grado di pagarle?
- In caso di problemi a casa, si rechi al Pronto Soccorso Ortopedico
- Può camminare con le stampelle Con carico Senza carico

18

E' necessario con gli stessi simboli

Dipartimento Chirurgia 2

التجبير

أستخدام مسامير مسمومة أو في آلات للتجبير

- 1 لا، لا أستطيع حملها
- 2 نعم، أستطيع حملها
- 3 نعم، أستطيع حملها ولكن مع بعض الألم
- 4 نعم، أستطيع حملها ولكن مع الكثير من الألم
- 5 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد
- 6 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 7 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 8 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 9 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 10 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 11 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 12 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 13 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 14 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 15 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 16 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 17 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 18 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 19 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 20 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً

الخروج من المستشفى

- 1 لا أستطيع حملها
- 2 نعم، أستطيع حملها
- 3 نعم، أستطيع حملها ولكن مع بعض الألم
- 4 نعم، أستطيع حملها ولكن مع الكثير من الألم
- 5 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد
- 6 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 7 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 8 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 9 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 10 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 11 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 12 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 13 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 14 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 15 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 16 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 17 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 18 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 19 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً
- 20 نعم، أستطيع حملها ولكن مع ألم شديد جداً

19

E' necessario con gli stessi simboli



L'evoluzione del nostro ospedale

A cura di:

Geom. Giuseppe Arduca

P.I. Massimo Magnani

Ing. Enzo Mazzi

Servizio Attività Tecniche

Il Servizio Attività Tecniche e la Direzione Medica di Presidio a partire da questo numero presentano la rubrica "L'ampliamento del nostro ospedale". Il contributo in questa edizione di "Notizie" è a cura del Servizio Attività Tecniche.

Cenni relativi alla "Nuova Area Ospedaliera"

L'ampliamento dell'Arcispedale Santa Maria Nuova, ormai in fase conclusiva, vedrà anche il riassetto dell'intera area di pertinenza degli edifici (vedi Tav. "Vista tridimensionale dell'area ospedaliera" allegata), mediante realizzazione di parcheggi per dipendenti (accessibili da via Benedetto Croce), la riorganizzazione della viabilità interna all'area nel suo complesso, la creazione di una "isola ecologica", la costruzione di nuovi manufatti tecnologici, il riordino complessivo delle aree verdi, l'adeguamento, alla prevista intensità giornaliera degli accessi, del piazzale antistante l'ingresso principale della struttura ospedaliera da viale Risorgimento, con eliminazione delle barriere architettoniche.

Esaminiamo più nel dettaglio le caratteristiche di ogni singolo intervento.

Nuovi parcheggi

Nella nuova struttura ospedaliera riorganizzata è prevista la realizzazione di nuovi parcheggi per il personale, nel rispetto delle vigenti normative urbanistiche del Comune di Reggio Emilia.

Il nuovo parcheggio, costituito da due blocchi, separati unicamente da rallentatori di velocità, ottenuti con un leggero rilevato del tronco stradale, sarà contornato da una opportuna alberatura con funzioni di barriera nei confronti del ciglio di via Beccaria.

Tali due nuovi parcheggi saranno volutamente separati tra loro per permettere il facile collegamento, da parte delle autoambulanze, tra il nuovo Pronto Soccorso e il nuovo Eliporto che si prevede di realizzare in futuro.

Si è inoltre previsto un parcheggio accessibile dalla zona della Camera Mortuaria creando un collegamento con la nuova viabilità che confluisce su via Benedetto Croce.

L'accessibilità a tali parcheggi avverrà in maniera esclusiva, secondo le prescrizioni fornite dall'Amministrazione Comunale, da via B. Croce tramite.

Per quanto concerne i posti macchina per disabili essi sono stati previsti concentrati nelle vicinanze dei percorsi pedonali. Sono inoltre previsti alcuni posti macchina, pavimentati con manto bituminoso ed attrezzati con torrioni di alimentazione idrica ed elettrica, utilizzabili anche co-

me piazzole di sosta per autocaravan.

All'interno dell'area ospedaliera sono inoltre previsti parcheggi a servizio del nuovo Pronto Soccorso.

La rete stradale di nuova previsione, le corsie di manovra, i posti macchina per disabili e quelli attrezzati per sosta autocaravan sono costituiti da manto bituminoso mentre i posti macchina ordinari sono in pavimentazione filtrante tipo "garden".

I parcheggi, le aiuole su cui insistono le alberature per l'ombreggiatura dei parcheggi e i percorsi pedonali, è previsto siano delimitati da cordoli in cemento armato di opportuna sezione, mentre la pavimentazione dei percorsi pedonali di nuova previsione sarà in cubetti di porfido.

Tutta l'area ed i percorsi pedonali saranno opportunamente illuminati nelle ore notturne.

Viabilità interna

Nella progettazione dell'area particolare cura è stata rivolta alla definizione dei percorsi e della viabilità interna e nonostante i numerosi vincoli urbanistici presenti nell'area ospedaliera è stato possibile differenziare, anche se solo in parte, le varie tipologie di percorsi:

- veicolare e pedonale visitatori;
- veicolare pedonale dipendenti;
- emergenza urgenza;
- veicolare accompagnatori Pronto Soccorso;

- veicolare tecnico;
- Carico e scarico "isola ecologica".

Isola ecologica

Il progetto dell'isola ecologica, è stato redatto secondo le precise indicazioni fornite al riguardo da AGAC e consentirà la raccolta differenziata dei rifiuti (carta, plastica, legno, ecc.) all'interno di un'area opportunamente attrezzata e recintata. Questo permetterà inoltre di eliminare gli attuali cassoni per i rifiuti attualmente distribuiti su tutta l'area ospedaliera.

L'isola sarà dotata di due accessi contrapposti con cancello scorrevole, uno per il carico dei materiali con i mezzi dell'Azienda Ospedaliera, l'altro per lo scarico con i mezzi AGAC.

Il perimetro dell'isola ecologica sarà opportunamente alberato conformemente al progetto di riordino delle aree verdi.

Riordino delle aree verdi

La realizzazione del progetto ha comportato, nella prima fase, l'abbattimenti di numerose piante, la maggior parte delle quali secche o in stato di conservazione ormai compromesso, come risulta da uno studio realizzato in collaborazione con il Comune di Reggio Emilia. La seconda fase del riordino prevede la piantumazione di nuovi alberi in numero di molto superiore a quelli abbattuti.

Riqualificazione accesso principale su viale Risorgimento e abbattimento barriere architettoniche

La nuova configurazione dell'accesso pedonale principale all'Arcispedale S. Maria Nuova da viale Risorgimento si pone il duplice obiettivo di eliminare le barriere architettoniche presenti in tale zona e di ridisegnare l'accesso pedonale in prossimità del ciglio di viale Risorgimento laddove la situa-

zione attuale è certamente da migliorare.

L'accesso pedonale da viale Risorgimento avviene infatti attualmente attraverso la corsia di manovra di due file di posti macchina (per taxi e per portatori di handicap). Il presente progetto in corso di realizzazione consente di avere, al centro dell'area di accesso, un sistema di tre percorsi pedonali paralleli, di cui quello centrale dotato di tutti gli accorgimenti (rampe e pianerottoli di riposo) necessari al superamento delle barriere architettoniche da parte di disabili. I percorsi saranno inoltre dotati di corrimani continui ed illuminazione notturna antiabbagliamento.

L'atrio di ingresso, in cui sarà collocato uno speciale zerbino drenante, è già stato ad oggi dotato di una nuova bussola costituita da una doppia parete vetrata con porte scorrevoli di tipo automatico.

La riorganizzazione del piazzale d'ingresso, reso completamente pedonale, comporterà lo spostamento, ai suoi lati, dei parcheggi per disabili e per taxi, con posti macchina previsti in adiacenza al piazzale pedonale per ovvi motivi di praticità d'uso.

Percorsi interni per visitatori

Con l'imminente entrata in funzione dell'ampliamento ospedaliero si è reso necessario prevedere opere volte al miglioramento della fruibilità della struttura da parte dei visitatori ed all'abbattimento delle barriere architettoniche.

Alcune di queste opere, già eseguite, riguardano il potenziamento dell'accesso alla struttura e si riferiscono alle seguenti realizzazioni:

- sostituzione delle porte di accesso con porte automatiche;
- installazione di scale mobili che dal piano terra conducono al piano primo ove avviene il principale smistamento dei percorsi;

- installazione di una coppia di ascensori per disabili che dal piano terra porta al piano primo. Oltre a questi interventi è stato definito un progetto per la segnaletica in modo da fornire all'utente, nel modo più semplice e preciso possibile, le informazioni necessarie ad orientarsi nella struttura (vedi Tav. "percorsi colore" allegata). L'utente che accede dall'ingresso sarà indirizzato a salire al piano primo utilizzando le scale, le scale mobili o gli ascensori a sua disposizione nell'atrio.

La zona d'atrio al primo piano sarà il centro dello smistamento dei flussi di accesso ai diversi reparti di tutti i corpi di fabbrica (A, B, C, D, E, come precisato nel pieghevole); qui l'utente raccoglierà le informazioni globali inerenti ai servizi presenti all'interno della struttura, ed ai percorsi da utilizzare per raggiungere la propria destinazione.

La segnaletica progettata individuerà, per tutto il complesso ospedaliero, n. 6 "gruppi di salita" costituiti da scale ed ascensori, che consentiranno i collegamenti verticali tra i piani: quattro sono ubicati nel monoblocco esistente, rinnovati specie negli ascensori, mentre gli ulteriori due saranno ubicati nel nuovo corpo di fabbrica (ampliamento).

Per facilitare la lettura e l'interpretazione dei percorsi ogni gruppo di salita sarà identificato da un numero (da 1 a 6) cui è assegnato un colore ed un simbolo; tali riferimenti accompagneranno costantemente l'utente lungo il percorso. I pannelli riepilogativi, pertanto, porteranno l'indicazione del gruppo di salita, individuato anche da un colore e un simbolo geometrico, e l'indicazione dei reparti raggiungibili.

I gruppi di salita 5 e 6 saranno rispettivamente collegati ad ogni

L'ampliamento del nostro ospedale

piano (con esclusione dei piani -1 e 5) ai gruppi 3 e 4 mediante passerelle di collegamento tra l'ampliamento ed il monoblocco esistente.

Per tale motivo in corrispondenza di ognuno di questi gruppi saranno posti pannelli segnalatori, completi di una planimetria schematica e dell'elenco dei soli Re-

parti raggiungibili dal gruppo di salita in cui ci si trova.

Collocazione Unità Operative nel Nuovo Fabbricato di Ampliamento

L'ultimazione dei lavori del nuovo fabbricato di ampliamento ospedaliero, ormai imminente, ha spinto l'Azienda Ospedaliera a de-

finire un Programma dei Trasferimenti delle Unità Operative Interessate, che già dai prossimi mesi prenderanno possesso delle nuove sedi.

Le Unità Operative/Servizi che occuperanno il nuovo fabbricato (corpi D ed E) sono le seguenti (vedi Tav. "collocazione unità operative" allegata):

CORPO	PIANO	UNITA' OPERATIVE/SERVIZI
D	4	Medicina II Ematologia Bassa Carica Microbica (B.C.M.)
D	3	Medicina I Day Hospital Endocrinologia e Reumatologia Endocrinologia Reumatologia
D	2	Medicina III Lungodegenza Dermatologia
D	1	Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche Laboratorio di Endocrinologia Laboratorio di Genetica Laboratorio di Biologia Molecolare Angiologia Diagnostica Mammografica Ambulatori
E	1	Laboratorio di Microbiologia Laboratorio di Anatomia Patologica
D	0	Radiologia I e II Medicina D'Urgenza Day Hospital Area Medica I
E	0	Pronto Soccorso
D	-1	Spogliatoi personale Sale Riunioni Centro Elaborazione Dati Deposito Grandi Emergenze Palestra Gestanti Cappella
E	-1	Archivio Sanitario Sottocentrale e locali tecnici



COLLOCAZIONE UNITA' OPERATIVE

Anatomia Istologia Patologica	da L Piano 0 a E Piano 1	Medicina Nucleare	G Piano 1'
Angiologia Medica	da Z Piano 2' a D Piano 1'	Nefrologia e Dialisi	A Piano 4'
Biologia Molecolare	da F Piano -1' a D Piano 1'	Neonatologia	B Piano 2'
Camera Mortuaria	L Piano 0	Neurologia	A Piano 5'
Cardiologia Degenza	C Piano 0	Neuropsichiatria Infantile	
Cardiologia Diagnostica ed Interventistica	C Piano 0	Studi Medici	C Piano 1'
Centrale Operativa 118 "Reggio Soccorso"	N Piano 0	Degenza e Day Hospital	A Piano 3'
Centro Prelievi	F Piano 2'	Neurotraumatologia	
Chirurgia Generale, Oncologica e Ricostruttiva	C Piano 3'	Studi Medici	C Piano 1'
Chirurgia Generale II	C Piano 3'	Oculistica	C Piano 5'
Chirurgia Toracica	C Piano 3'	Oncologia	H Piano 0
Chirurgia Vascolare	C Piano 3'	Ortopedia e Traumatologia	C Piano 4'
Day Hospital Area Medica I	da Z Piano -1' a D Piano 0	Ostetricia Ginecologia I	C Piano 2'
Dermatologia	da Z Piano 1' a D Piano 2'	Ostetricia Ginecologia II	C Piano 2'
Ematologia BCM	da Z Piano 3' a D Piano 4'	Otorinolaringoiatria	C Piano 4'
Ematologia		Pediatria	A Piano 3'
Degenza	da Z Piano 3' a I Piano 1'	Pneumologia	H Piano 1'
Day Hospital	I Piano 0	Presidio Regionale per la Riabilitazione delle Disabilità Infantili	R Piano 1'
Endocrinologia	da Z Piano 1' a D Piano 3'	PRONTO SOCCORSO	da B Piano 0 a E Piano 0
Endoscopia Digestiva	C Piano 1'	Radiologia I	da A Piano 1' a D Piano 0
Geriatria	A Piano 2'	Centro Tac	da A Piano 0 a D Piano 0
Immunematologia e TrASFusionale	F Piano -1'	Radiologia II	da Z Piano -1' a D Piano 0
Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche	da B Piano 1' a D Piano 1'	Radioterapia Oncologica "G. Prodi"	G Piano 0
Laboratorio di Endocrinologia	da A Piano 1' a D Piano 1'	Recupero e Riabilitazione Funzionale	
Laboratorio di Genetica	da N Piano 0 a D Piano 1'	Ambulatori	R Piano 0 / 1'
Lab. di Microbiologia Sierologia e Virologia	da N Piano 0 a E Piano 1'	Degenza	C Piano 1'
Lungodegenza	da Z Piano 0 a D Piano 2'	Reumatologia	da Z Piano 1' a D Piano 3'
Malattie Infettive	I Piano 0 / 1'	Rianimazione	C Piano 0
Medicina d'Urgenza	da C Piano 1' a D Piano 0	Urologia	C Piano 0'
Medicina Interna I	da Z Piano 2' a D Piano 3'		
Medicina Interna II	da Z Piano 1' a D Piano 4'		
Medicina Interna III	da Z Piano 0' a D Piano 2'		

ARCISPEDALE S. MARIA N PERCORSI COL

Gruppo Salita 5

Angiologia
Diagnostica Vascolare
Ecografia
Lab. Chimico Clinico
Medicina I - II - III
Microbiologia
Pronto Soccorso 
Emergency / 
Radiologia

Gruppo Salita 3

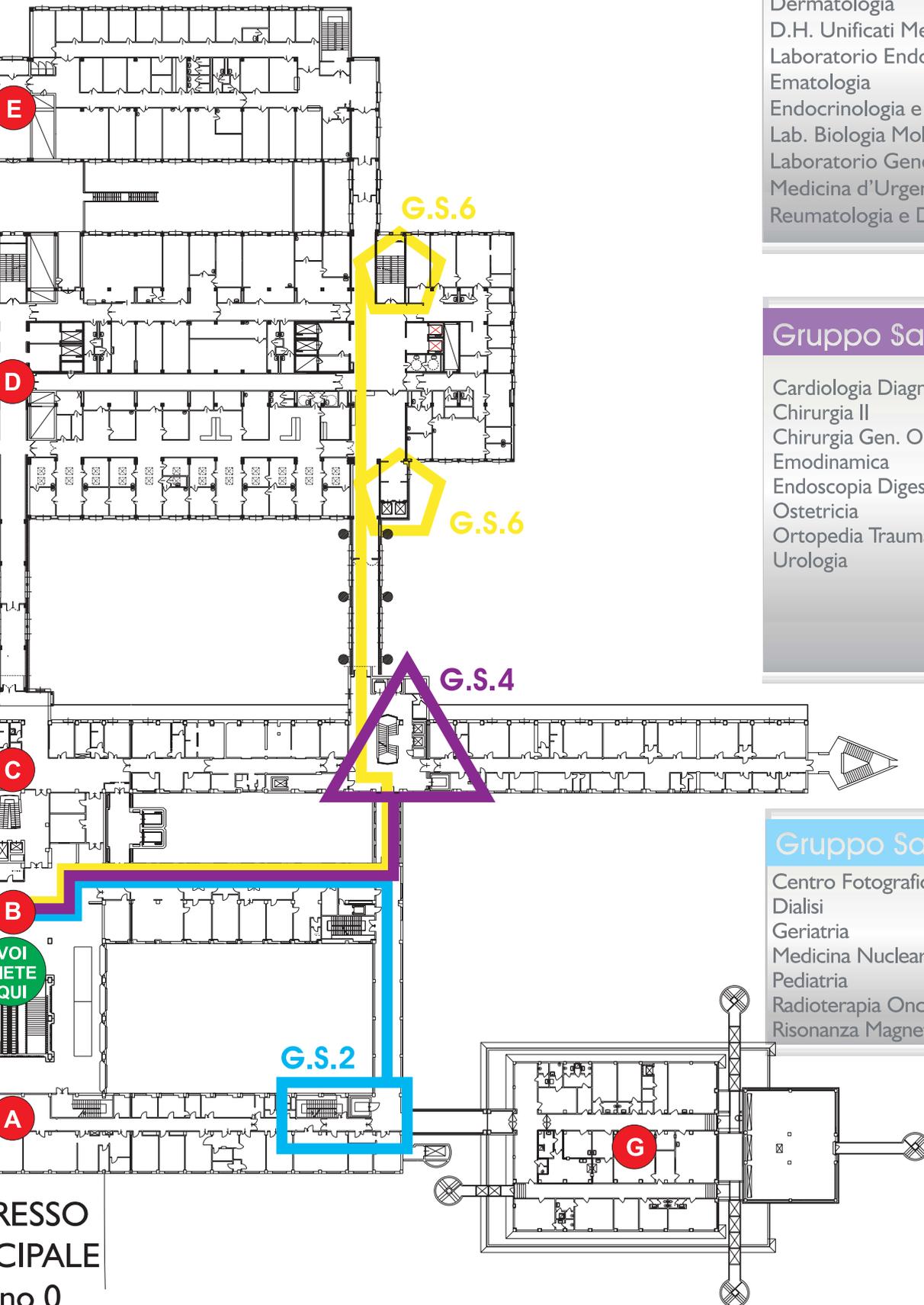
Cardiologia U.tà Coronarica
Chirurgia Vascolare - Toracica
Degenza Breve
Neonatologia
Neuropsichiatria Infantile
Neurotraumatologia
Oculistica
Ginecologia
Otorinolaringoiatria
Rianimazione

Gruppo Salita I

Nefrologia
Neurologia
Pediatria - visite accesso diretto



NUOVA di REGGIO EMILIA CORE - PIANO I



Gruppo Salita 6



Ambulatori
Anatomia Patologica
Dermatologia
D.H. Unificati Medicina
Laboratorio Endocrinologia
Ematologia
Endocrinologia e D.H. Endocrinol.
Lab. Biologia Molecolare
Laboratorio Genetica
Medicina d'Urgenza
Reumatologia e D.H. Reumatol.

Gruppo Salita 4



Cardiologia Diagnostica Interv.
Chirurgia II
Chirurgia Gen. Oncologica Ricostr.
Emodinamica
Endoscopia Digestiva
Ostetricia
Ortopedia Traumatologia
Urologia

Gruppo Salita 2



Centro Fotografico
Dialisi
Geriatria
Medicina Nucleare
Pediatria
Radioterapia Oncologica "G. Prodi"
Risonanza Magnetica

GRESSO
CIPALE
no 0

VISTA TRIDIMENSIONALE DELL'AREA OSPEDALIERA

PLANIMETRIA AREA OSPEDALIERA

LEGENDA

- | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|------------------------------|--|
| A | EDIFICIO ANTERIORE | H | GENETICA - MICROBIOLOGIA |
| B | EDIFICIO CENTRALE | C | FISICA SANITARIA - SERVIZIO INFORMATICA |
| Ch | CHIESA | P | ALLOGGIO FRATI |
| C | EDIFICIO POSTERIORE | D | CUCINA - MENSA |
| D E | AMPLIAMENTO OSPEDALE | R | RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (AMBULATORIO)
PRESIDIO REGIONALE PER LA RIABILITAZIONE
DELLE DISABILITÀ INFANTILI - CRAL |
| F | POLIAMBULATORI | T | SERVIZIO ATTIVITÀ TECNICHE
SERVIZIO TECNOLOGIE BIOMEDICHE |
| O | MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA | U | SERVIZIO ATTIVITÀ TECNICHE
OFFICINE - MANUTENZIONE |
| N | ONCOLOGIA - PNEUMOLOGIA | V | DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE SERV. ASSIST. INFERMIERISTICA E TECNICA
SERVIZIO LOGISTICO ALBERGHIERO
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| I | MALATTIE INFETTIVE | Z Za Zb | PADIGLIONE SPALLANZANI |
| L | ANATOMIA - ISTOLOGIA PATOLOGICA | W | EDIFICIO ROCCA - SAPORI
BIBLIOTECA - C.I.S.D. - MUSEO |
| Ca | CAPPELLA MORTUARIA | | |
| Ca | CAMERA MORTUARIA | | |
| Ca | ANATOMIA PATOLOGICA (CITODIAGNOSTICA) | | |

S. MARIA NUOVA	
Piano Terra	
A	UFFICIO CASSA CUP - CASSA AUTOMATICA ACCETTAZIONE RICOVERI PORTINERIA
Piano 1°	
i	INFORMAZIONI U.R.P.
PAD. SPALLANZANI	
Z	CASSA AUTOMATICA
Za	PORTINERIA
Zb	CASSA TICKET
i	INFORMAZIONI
P	PARCHEGGIO
➔	INGRESSO
H	ELISOCORSO



Catalogo aziendale informatizzato dei prodotti gestiti a scorta di magazzino

A cura di (per il gruppo di lavoro): **Vanna Pinotti Servizio Acquisti**

Gruppo di lavoro 2002:

Giuseppina Bezzi (Giusy), Corrado Corradi, Alessandro Morini, Liliana Pati, Vanna Pinotti, Demetrio Romeo (Mimmo), Concetta Sagese, Cristina Vertice.

E' decollato il nuovo programma di inoltro automatico delle richieste dei generi a scorta di magazzino.

Già nei primissimi giorni di questo 2003 constatiamo, con piacere, che il programma "Catalogo aziendale informatizzato dei prodotti gestiti a scorta", attivo tramite l'INTRANET AZIENDALE, è davvero diventato una realtà operativa per noi tutti.

Infatti, dalla data della presentazione al 31/12/2002 sono state emesse n° 330 autorizzazioni ed il nuovo software è stato lo strumento per l'inoltro al magazzino di più di n° 1.800 ordini.

Gli ultimi tre mesi del 2002 hanno visto il personale del Servizio Acquisti e i programmatori della Ditta deputata all'assistenza rendersi disponibili per la soluzione di ogni tipo di problema e per fornire aiuto a tutti quegli operatori che ne hanno fatto richiesta.

Un importante aspetto è stato quello relativo all'addestramento del personale, che ha portato, tramite i contatti diretti, a confronti su esigenze e problematiche diverse e, proprio sulla base delle importanti indicazioni fornite direttamente dagli operatori dei singoli reparti, si sono effettuati ulteriori sviluppi e modifiche al progetto iniziale.

Tali contatti hanno evidenziato per parte del personale, oltre alle informazioni necessarie circa l'utilizzo del nuovo programma, anche l'esigenza di corsi Informatici di base.

Il "Catalogo" è così diventato per molti anche uno strumento per avvicinarsi al mezzo informatico e l'occasione di poter meglio conoscere, ed apprezzare, un fondamentale strumento di comunicazione e incontro

aziendale quale è la nostra INTRANET. Si è peraltro ravvisata la opportunità di inserire nei Corsi di introduzione all'uso del PC, in particolare nell'ambito dell'illustrazione dell'Intranet Aziendale, un accenno al nuovo Software.

Il nuovo strumento di lavoro, pur nella sua assoluta semplicità di utilizzo, ha comunque ancora necessità di essere alimentato da nuove idee e soluzioni per meglio adeguarsi alle vostre esigenze, in modo tale che il programma sia sempre più al servizio di tutti noi e mai debba esser di ostacolo o un problema per le nostre attività.

Così come per il tempo dedicato allo studio e sviluppo del progetto, fondamentale è stato il lavoro di gruppo, confermatosi, all'interno di un forte clima di collaborazione e di alta motivazione, altrettanto importante anche nella fase di messa a regime e decollo del progetto permettendo il raggiungimento dell'obiettivo fissato con ampio anticipo rispetto alle previsioni iniziali. L'esperienza e la conoscenza acquisita nella realizzazione del progetto ci permette di sperare, in futuro, di poter realizzare allo stesso modo altri obiettivi, magari anche più ambiziosi.

Il progetto "CATALOGO" si è rivelato anche una piacevole occasione per conoscerci meglio lavorando insieme e il Servizio Acquisti vuole ancora una volta ringraziare tutto il personale per la grande collaborazione fornita, che è stata e sarà fondamentale per un successo pieno del programma.



*perché UN CATALOGO
INFORMATIZZATO*

- *Per una maggiore informazione ai reparti circa la disponibilità e le caratteristiche dei prodotti gestiti a scorta di magazzino*
- *Per limitare al massimo le incomprensioni tra il richiedente e il magazziniere*
- *Per velocizzare l'inoltro delle richieste e la loro conseguente evasione*



OSPEDALE SICURO

Rischio lavorativo: patologia da guanti

A cura di:

Dott.ssa Leda Ghizzoni Medico Competente Servizio Prevenzione e Protezione

In realtà non è storicamente certo chi introdusse l'uso dei guanti come mezzo di protezione. Già nella metà del 1700 si cita un ginecologo che utilizzava guanti ottenuti dall'intestino di pecora.

Il guanto in lattice fece la sua apparizione a seguito del processo di vulcanizzazione della gomma brevettato dalla Goodyear a metà 800, dapprima utilizzato in ambiente sanitario solo in poche operazioni (dissezioni anatomiche) poi, in seguito a studi che comprovarono l'efficacia dei guanti sia per i pazienti sia per gli operatori fu sempre più largamente usato.

L'*Hevea brasiliensis* o albero della gomma inciso rilascia un fluido lattescente definito lattice. Il processo industriale di vulcanizzazione conferisce le caratteristiche di elasticità e resistenza tipici dei manufatti in gomma. Questo processo prevede che il lattice venga additivato con alcune sostanze che hanno funzioni di antiossidanti coloranti acceleranti della lavorazione. Tali sostanze hanno alto potere sensibilizzante e possono innescare meccanismi allergici cellulomediati (Tipica la dermatite da contatto).

La gomma, causa il suo potere di adesione, ha bisogno, nel caso di guanti, di aggiunta di polveri ad azione lubrificante (amido di mais-talco) che attenuano il potere di adesione. Tali prodotti presenti nel lattice nativo possono avere effetti irritanti (dermatite irritativa), sono inoltre veicoli delle proteine del lattice nell'ambiente.

Le proteine hanno forte potere reattivo, persistono come tali o parzialmente modificate e scatenano meccanismi IgE e cellulomediati (Rinocongiuntivite, orticaria, shock, asma, edema della glottide, edema da contatto).

Le prime segnalazioni di allergia da lattice risalgono al 1980 (2 in tutta Europa). Da allora il problema della rilevanza dell'allergia ha assunto i

contorni di una vera epidemia.

I guanti vanno intesi come D.P.I. (Dispositivi di Protezione Individuale) pertanto la loro gestione seguendo il dettato del D.Lgs. 626 e successive modifiche è di stretta pertinenza del Medico Competente e del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (rischi connessi con l'uso di questi mezzi di protezione).

PATOLOGIE DA USO DI LATTICE:

- Orticaria, Rinocongiuntivite
- Asma, Edema della glottide
- Shock anafilattico
- Dermatite da contatto

L'aumento di patologie da guanti ha portato:

- all'esigenza di definire la grandezza del fenomeno,
- a valutare la biocompatibilità,
- a valutare criteri diagnostici per la formulazione dei giudizi di idoneità,
- a intraprendere la strada della massima tutela possibile degli





operatori.
 Nell'ottica della prevenzione nel corso del 2001/2002 nella nostra Azienda sono stati sottoposti a Visita Specialistica Dermatologica e Test allergologici (Serie G.I.R.D.C.A.) 56 Operatori (38 Infermieri Professionali, 11 Ota/Auxiliari, 2 Medici, 3 Ostetriche, 2 Tecnici di Laboratorio) :

- 29 sono risultati negativi a tutti Test
- 8 sono risultati positivi al Latice
- 12 sono risultati positivi a Nichel Solfato
- 7 sono risultati positivi a Nichel

ad altri componenti(Tiuram Mix, Timerosal, Graminacee, Acari ..)

Per tutti gli operatori con Test positivi al Latice è stata inoltrata Denuncia di Malattia Professionale all'INAIL e prescritto guanti analergici per sé e per i colleghi di lavoro dello stesso turno e del turno precedente.

UNA CONSIDERAZIONE FINALE

In base alle considerazioni sopra esposte si sta procedendo ad una progressiva sostituzione, ove tecnicamente possibile di tutti i mez-

zi di protezione individuali nonché di tutti i materiali che contengono lattice con l'obiettivo di arrivare a reparti latex-free.

Oltre che protezione degli operatori tali percorsi di progressiva riduzione-eliminazione del rischio protegge parimenti i pazienti (Binkley 1992- Una rilevante parte delle reazioni in corso di anestesia può essere imputabile al lattice).

Si ringrazia per la collaborazione l'Unità Operativa di Dermatologia nella persona del Dott.Mariani.



Estrazione della gomma

Infortunio a rischio biologico: la procedura da seguire in caso di infortunio a rischio biologico di un dipendente dell'ASMN.

A cura di:

Dott. Guglielmo Rossi U.O. Malattie Infettive

Il presente articolo tratta brevemente della procedura da seguire nell'occorrenza di un infortunio a rischio biologico di un operatore sanitario derivante dal contatto accidentale con sangue od altri liquidi biologici.

L'operatore in caso di infortunio a rischio biologico dovrà adottare le misure di prevenzione consigliate dal documento aziendale 3/7/97, avvisare il responsabile o il medico di guardia dell'U.O., quindi recarsi al Pronto Soccorso. Sarà garantito all'operatore, compatibilmente con le esigenze di servizio, il percorso più rapido possibile.

Il medico di Pronto Soccorso provvederà al caso verificando il rischio e inviando l'operatore sanitario al medico di guardia dell'U.O. di Malattie Infettive e all'ufficio delle assistenti sanitarie. Sempre a carico del medico di Pronto Soccorso è la certificazione dell'infortunio.

Il medico dell'U.O. di Malattie Infettive effettuerà il counseling, proporrà eventualmente la profilassi chemioterapica post-esposizione nel qual caso attiverà un programma di follow-up inviando copia degli esami di laboratorio all'ufficio delle assistenti sanitarie.

L'ufficio delle Assistenti Sanitarie Vigilatrici della Direzione Sanitaria trasmette il certificato di infortunio a rischio biologico redatto dal medico del Pronto Soccorso all'ufficio competente per l'apertura della pratica di infortunio. Sempre compito delle ASV è attivare il programma di follow-up degli operatori infortunati e raccogliere i dati di laboratorio.

Le ASV inoltre provvedono alla vaccinazione anti-epatite da HBV degli operatori infortunati per la profilassi post-esposizione parenterale.

Ricordiamo a tutti gli operatori che è disponibile un vaccino per la prevenzione dell'epatite da HBV e tutti i soggetti suscettibili d'infezione dovrebbero sottoporsi alla vaccinazione. Esistono inoltre delle precauzioni da adottare per limitare le possibilità di contagio nel caso di infortunio. Tali misure prevedono:

- il lavaggio delle mani,
- l'impiego dei guanti,
- il corretto smaltimento degli aghi e degli altri taglienti,
- l'utilizzo di mascherine con visiera, etc.

Infine qualche informazione di carattere generale su questi agenti infettivi. *Modalità di trasmissione* dell'HBV, HCV ed HIV. Può verificarsi la trasmissione per via percutanea (endovenosa, intramuscolare, sottocutanea o intradermica) oppure per esposizione mucosa a fluidi organici infetti. Le esposizioni percutanee comprendono: trasfusioni di sangue o di emoderivati, condivisione di aghi, punture di aghi o taglienti. Altre modalità di trasmissione sono quella "parenterale inapparente", sessuale e perinatale.

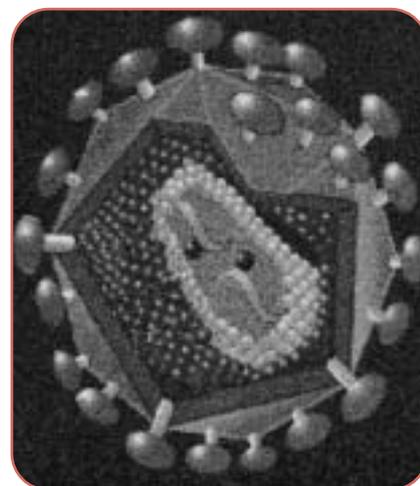
Periodo di incubazione:

- a) HBV: per l'epatite acuta 45-180 giorni, in media 60-90 giorni;

- b) HCV: per l'epatite acuta da 2 settimane a 6 mesi, per lo più 6-9 settimane;
- c) HIV: variabile, il tempo che intercorre tra l'infezione e lo sviluppo di anticorpi evidenziabile è di solito 1-3 mesi.

Periodo di contagiosità:

- a) HBV: inizia alcune settimane prima del manifestarsi della sintomatologia e permane per tutta la durata della malattia. Tutti i soggetti HBsAg positivi sono potenzialmente contagiosi; il grado di contagiosità aumenta in presenza di Hbe Ag e/o HBV-DNA;
- b) HCV: inizia una o più settimane prima dell'esordio dei primi sintomi, può persistere indefinitamente. Attualmente non esistono metodi sierologici per determinare con certezza il grado di contagiosità;
- c) HIV: dal momento dell'acquisizione dell'infezione per tutta la vita del paziente.



Il Sistema Informativo Ospedaliero ed il Sistema Territoriale (CUP)

A cura di:

Ing. Sergio Bronzoni *Direttore Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche*

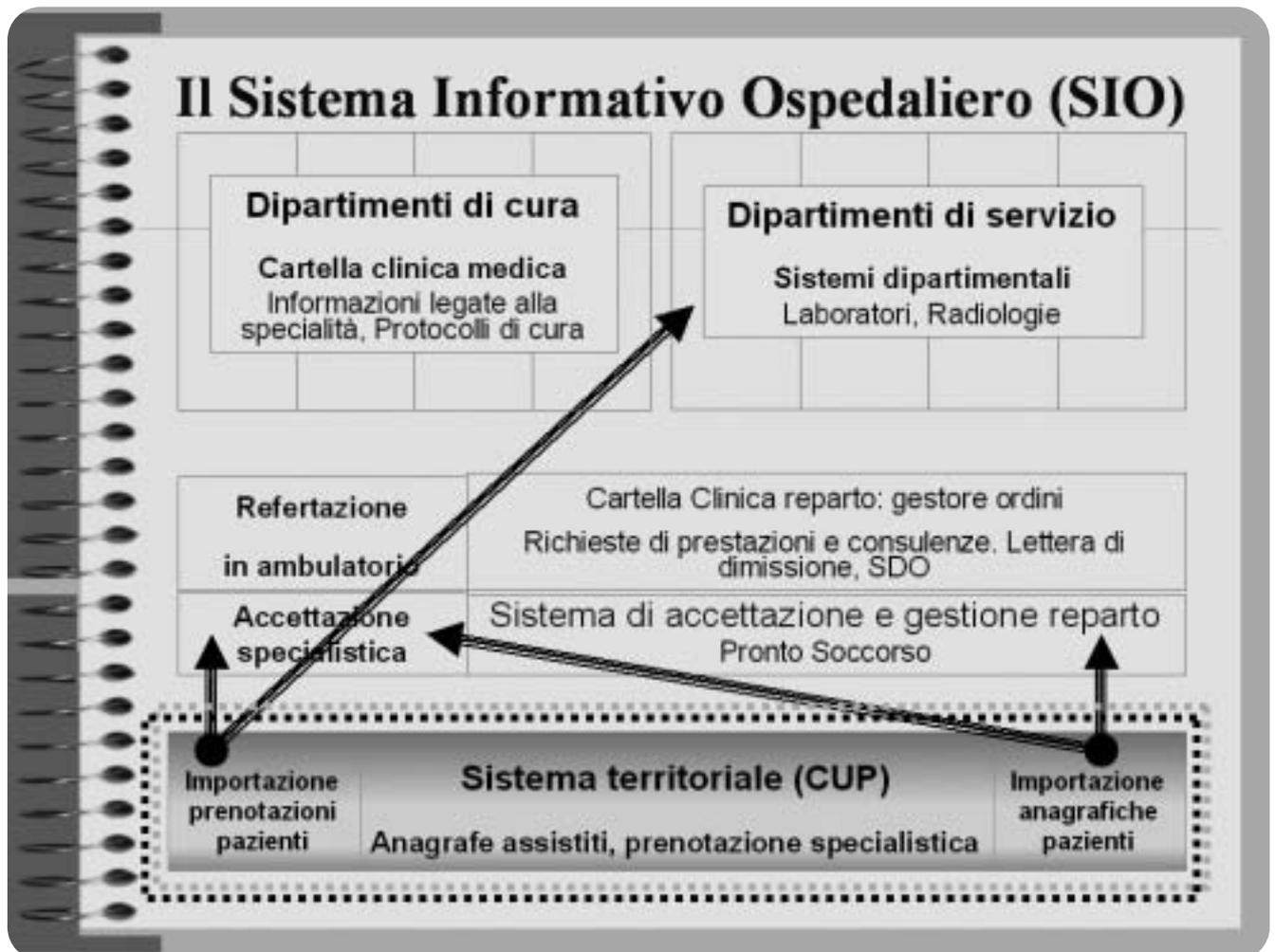
Dott. Mirco Pinotti *Direzione Medica di Presidio*

Prosegue, a cura del Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche con la collaborazione della Direzione Medica di Presidio, l'analisi dei principali moduli componenti il sistema informativo ospedaliero. Questa volta ci occupiamo del Sistema Territoriale provinciale, del suo utilizzo nell'ambito della ns. azienda, delle sue interazioni con il Sistema Informativo Ospedaliero.

Cos'è il Sistema Territoriale

Fin dalla sua nascita l'Azienda Ospedaliera condivide con l'AUSL RE il sistema informatico territoriale. Del complesso insieme di funzionalità che lo costituiscono, sono fondamentali per la ns. azienda quelle destinate a gestire i rapporti degli assistiti con il SSN (anagrafe assistiti, scel-

ta del medico di base, livelli di esenzione) e quelle che li accompagnano nel percorso di accesso alle prestazioni sanitarie specialistiche. Vale la pena di rimarcare che il Sistema Territoriale sarà oggetto, nel corso del 2003, di una importante revisione tecnologica che consentirà una maggiore diffusione delle funzionalità (farmacie e medici di base) e facilità di



accesso alle informazioni.

L'anagrafe degli assistiti SSN

L'anagrafica degli assistiti SSN del Sistema Territoriale provinciale è aggiornata attraverso le informazioni provenienti dalle anagrafi dei 45 comuni della provincia e dalle registrazioni degli uffici SAUB che, istituzionalmente, gestiscono lo status amministrativo dell'assistito SSN.

Come evidenziato dall'immagine, l'anagrafica dei pazienti del Sistema Informativo Ospedaliero, utilizzata dai reparti ed in prospettiva dalle accettazioni distribuite della specialistica, è mensilmente aggiornata con i dati provenienti dal Sistema Territoriale. Pertanto comprende sia gli assistiti della provincia, rielaborati dinamicamente, sia i pazienti che accedono alle ns. strutture da altre province, con immissione diretta delle informazioni da parte dei ns. operatori.

La prenotazione delle prestazioni specialistiche

La prenotazione informatizzata delle prestazioni specialistiche richiede la disponibilità delle seguenti informazioni in formato elettronico:

- catalogo delle strutture eroganti - gli ambulatori/medici che erogano le prestazioni
- catalogo delle prestazioni - le prestazioni erogate da un determinato ambulatorio/medico
- le agende delle strutture - insieme delle regole relative ai giorni e orari di disponibilità, alle modalità di erogazione, ai tempi di erogazione, ecc.
- il calendario della struttura - archivio informatico dove inserire gli appuntamenti dell'agenda.

In fase operativa, solo il calendario viene gestito allo sportello o comunque da chi è a contatto con il paziente, tutte le altre informa-

zioni (cataloghi e agende) sono immesse ed organizzate da un ufficio di retro-sportello, l'Ufficio gestione risorse, che, ovviamente, conosce benissimo l'organizzazione ospedaliera.

Il Sistema Territoriale viene spesso assimilato al CUP (Centro Unico di Prenotazione) che, viceversa, è una struttura organizzativa AUSL alla quale rivolgersi per l'accesso alle prestazioni specialistiche. Più propriamente, il CUP prenota le prestazioni specialistiche di primo livello, la cui erogazione non prevede un percorso di accesso ed una preparazione clinica particolarmente complesse e pertanto può essere effettuata ad uno sportello con personale non specializzato. Le prestazioni di primo livello erogate dall'Azienda Ospedaliera sono da tempo prenotabili presso il CUP provinciale.

Quando il percorso di accesso sia particolarmente complesso, come spesso avviene per le prestazioni di 2° livello erogate dal Santa Maria Nuova, il calendario, anziché essere gestito dal personale CUP, viene compilato direttamente dal personale della struttura erogante che ha accesso riservato ed esclusivo a questa funzione. Ad esempio, le agende dei Poliambulatori ASMN e della segreteria del Dipartimento Chirurgico I sono attive sul Sistema Territoriale e la loro compilazione è riservata solamente agli operatori di queste

strutture.

E' possibile importare elettronicamente sul sistema informativo ospedaliero le prestazioni prenotate sul Sistema Territoriale sia dal CUP (1° livello) che dagli operatori ASMN (2° livello). Questa pratica, molto utile in quanto consente di non reinserire le informazioni relative al paziente e a quanto prenotato, è attiva verso i sistemi dipartimentale dei Laboratori Analisi e Radiologie. Come si evidenziava nel precedente articolo, è in fase di attivazione anche verso gli ambulatori.

I Punti di Accoglienza

L'evoluzione del sistema porterà ad espandere la prenotazione informatizzata a tutte le prestazioni erogate sui pazienti esterni, estendendo il modello sopra descritto ad un maggior numero di punti di prenotazione interni alla struttura aziendale e coincidenti, ove possibile, con le segreterie dipartimentali. Questi punti sono anche denominati PdA (Punti di Accoglienza).

E' peraltro evidente che l'estensione del numero dei PdA così come l'ampliamento delle funzionalità, ad esempio l'accettazione del paziente oltre che la prenotazione, consentirà un miglior servizio al paziente ed una gestione più puntuale e tempestiva dei dati di attività.



Novità dal Servizio di Microbiologia

A cura di:

Dott. Luigi Vecchia *Direttore Laboratorio di Microbiologia, Sierologia e Virologia*

Il laboratorio di Microbiologia, nell'ambito di un processo di riorganizzazione e di ammodernamento, sta introducendo diversi nuovi sistemi per analisi in campo batteriologico.

Identificazioni ed antibiogrammi

La maggior parte delle identificazioni ed antibiogrammi batterici è basata su un nuovo sistema articolato su due strumenti automatici (Vitek 2) ed un sistema manuale integrato con il sistema informatico dei precedenti due.

Tale complesso sistema, grazie ad una tecnologia estremamente avanzata, consente l'identificazione automatica di una più vasta gamma di specie batteriche.

Il sistema, nel suo complesso, esegue test di sensibilità con una gamma di antibiotici più ampia che in precedenza e in particolare:

- chinolonici quali la levofloxacina e, in futuro, altre molecole non appena inserite nel prontuario;
- Quinupristin/dalfopristin, insieme a Linezolid (disponibile fra breve tempo), per la terapia e/o profilassi dei ceppi MRSA, quando Teicoplanina e Vancomicina non possono essere utilizzati.
- Inoltre possono essere saggiate cefalosporine di 4° generazione (cefepime).

Severi parametri sono usati dal sistema al fine di produrre delle MIC (concentrazione minime inibente la crescita batterica) che possono consentire al clinico un'applicazione terapeutica più personalizzata al singolo paziente, specialmente per gravi patologie.

Il microbiologo è il primo a rilevare e documentare l'aumento delle resistenze di un dato antibiotico, l'emergere di nuovi meccanismi di resistenza o il manifestarsi di meccanismi già noti in specie fino a quel momento sensibili.

Tale sistema automatizzato per l'antibiogramma consente l'intervento di un sistema esperto per la convalida dell'antibiogramma e la segnalazione dei profili sospetti.

Il dato prodotto dal laboratorio può consentire un monitoraggio per offrire al clinico un'informazione utile nella scelta dell'antibiotico più sensibile e per attuare misure di contenimento del fenomeno della resistenza.

Germi Anaerobi

Nella prima metà di febbraio 2003 entrerà in routine la cappa che garan-

tisce un'atmosfera anaerobia. Tale cappa è necessaria per il trattamento e coltura di campioni biologici in cui si debbono ricercare batteri anaerobi che in presenza anche di piccole quantità di ossigeno sono incapaci di sopravvivere.

Certamente questa cappa è un acquisto qualificante per un buon laboratorio di microbiologia. Richiede una buona professionalità che non manca ai tecnici operanti nel nostro laboratorio.

Batteri anaerobi, quando responsabili di una patologia, allungano sicuramente il periodo del decorso clinico e pertanto una loro corretta individuazione può contribuire ad una cura più precoce ed una diminuzione del tempo di degenza.

Su queste tematiche verranno intraprese iniziative specifiche di formazione per una corretta esecuzione della fase preanalitica.

Diagnostica micobatteri

Di prossima introduzione (marzo 2003) un sistema per il monitoraggio continuo della crescita, in mezzo di coltura liquido, dei micobatteri (tubercolari e non).

Tale sistema consentirà un più rapido riconoscimento della presenza, nei vari materiali, di questi agenti infettivi, con caratteristiche particolarmente insidiose.

Da segnalare, in questo campo, l'introduzione dall'estate 2002, di protocolli analitici conformi alle

prescrizioni NCCLS, in particolare per quanto riguarda l'esecuzione degli antibiogrammi.

Sorveglianza epidemiologica

Il laboratorio di Microbiologia da tempo collabora con il CIO nella lotta alle infezioni nosocomiali e nella sorveglianza delle antibiotico-resistenze nell'ambito del nostro Ospedale.

È cruciale in quest'ambito la comunicazione tra il laboratorio e i reparti. Su questo tema la Microbiologia è impegnata da tempo su più fronti:

- oltre al bollettino epidemiologico, che ha cadenza semestrale e che è prodotto fin dal 1999, sono state introdotte procedure di allerta rapida ai reparti ed al CIO in caso di comparsa di gravi infezioni o di resistenze batteriche potenzialmente diffusibili.
- Il gruppo operativo del CIO, che comprende anche un microbiologo, negli ultimi mesi ha effettuato incontri con la maggior parte dei dipartimenti per presentare i dati relativi al 2002, per fare il punto della situazione e per discutere con i clinici dei metodi migliori per affrontare i problemi emersi nelle diverse realtà.

Sito intranet

Contiene la lista degli esami, il manuale dei prelievi, i bollettini delle statistiche epidemiologiche.



Per un nuovo percorso di nascita: la sinergia dell'agire dei professionisti

A cura di:

Patrizia Borgognoni Responsabile Infermieristica Dipartimento Materno Infantile

Monica Guberti Direzione Infermieristica

Ave Lupi Coordinatrice Nido e Neonatologia

Continuano le iniziative nel Dipartimento Materno-Infantile per essere più vicine a mamme, neonati e papà.

Il dipartimento Materno Infantile, da diversi anni ha perseguito l'integrazione dei vari professionisti, quali medici, ostetriche, infermiere, infermiere pediatriche, puericultrici, nipiologhe, personale di supporto, ecc, per offrire risposte sempre più adeguate e puntuali a mamme, papà e neonati.

In più occasioni si è ribadito l'importanza di condividere una filosofia comune che potesse guidare l'agire quotidiano dei professionisti lungo un percorso comune.

Il primo presupposto è quello che i professionisti si conoscano e riconoscano le competenze e il diverso contributo specifico che ogni unità operativa e ogni singolo operatore offrono all'utente.

Un primo passo è stato compiuto in tal senso attraverso la realizzazione di un corso interprofessionale, frequentato da circa 100 professionisti di tutto il Dipartimento, dal titolo "L'accoglienza: per un'assistenza basata su una relazione efficace".

Un merito di quell'iniziativa è stato quello di far lavorare insieme operatori provenienti da diverse realtà dell'area Materno-Infantile, conoscersi, mettersi in relazione e condividere esperienze, criticità e proponendo soluzioni.

Se la tematica dell'accoglienza è trasversale ed ha rappresentato una risposta ad una prima esigenza, oggi è necessario continuare il percorso, cercando di approfondire le tematiche specifiche, più legate alla pratica clinica, per la creazione di un percorso nascita basato su una filosofia comune che possa orientare mamma e papà in un momento così importante come la nascita di un figlio. Momento denso di significato, carico di emozioni, aspettative, ansie, che può essere di grande gioia, ma può diventare anche fonte di grande preoccupazione e dolore.

Da questo presupposto nasce l'idea di coinvolgere tutti i professionisti in un percorso di formazione che affronta le varie tematiche legate alla gravidanza, al parto, all'accoglienza del neonato, allo sviluppo neurofisiologico del neonato, affinché possa essere compreso il contributo di ogni professionalità in un'ottica globale, dal concepimento alla gravidanza, dalla nascita allo sviluppo della relazione, dalla fisiologia alla riabilitazione, qualora insorgano problematiche. Conoscere ciò che avviene nel concepimento, quali valenze emotive e culturali sono alla base della gravidanza e di quali aspettative sia investita la maternità e la paternità, sono fondamentali per comprendere meglio le loro esigenze e di quali risposte necessitano.

E allora le infermiere e le infermiere pediatriche del nido e della neonatologia partecipano al corso di formazione con le ostetriche sulle tematiche del dolore del parto e dell'analgia naturale, per comprendere meglio quanto sia importante condividere uno stesso approccio nell'accogliere poi il neonato. Il corso di formazione progettato in tre edizioni e realizzato da un'ostetrica della Scuola Elementare di Arte Ostetrica di Firenze è iniziato nel dicembre 2002 e sarà terminato nel febbraio 2003.

Successivamente il percorso continuerà nell'autunno 2003, con un corso tenuto dal Centro Brazelton di Firenze sulla valutazione del comportamento del neonato sano e la promozione dello sviluppo neurocomportamentale all'interno della famiglia.

A questo corso parteciperanno le ostetriche, le infermiere e le infermiere pediatriche del nido, della neonatologia, della neuropsichiatria infantile, ma anche i fisioterapisti del Presidio Regionale di 3° livello per le Disabilità Infantili.

Una strada comune per un nuovo percorso nascita più vicino alle famiglie.



Ricerca & Didattica



In medicina, la pubblicazione scientifica rappresenta la migliore forma di divulgazione delle osservazioni nate non solo nel laboratorio di ricerca, ma anche dalla riflessione sulla esperienza clinica di ogni giorno.

Per questo, fin dalla metà degli anni 80 la biblioteca dell'Arcispedale Santa Maria Nuova gestisce un archivio dei lavori prodotti a stampa dal personale dell'Azienda.

Tutte le pubblicazioni fatte pervenire direttamente dagli autori in forma cartacea, apparse su riviste o monografie, sono state regolarmente inventariate, schedate e messe a disposizione per la consultazione come ogni altro documento.

Tutti i riferimenti ai lavori giunti in biblioteca venivano, mano a mano, riportati sul "Bollettino delle acquisizioni", distribuito trimestralmente a tutto il personale, contribuendo in questo modo ad una maggiore circolazione delle informazioni sull'attività, più specificamente scientifica, della nostra struttura. Attualmente l'archivio conta 1394 lavori.

Successivamente, il trasferimento della Biblioteca al Padiglione De Sanctis, necessario per predisporre una sede più adeguata alle attuali necessità di spazio e potenziamento dei servizi, ha reso comunque più difficoltosi i rapporti di scambio con l'utenza istituzionale che piano piano ha smesso, pressoché totalmente, di inviare le copie dei propri lavori. E' nostra intenzione rivitalizzare questo servizio operando nel seguente modo:

- 1. segnalare su ogni numero della newsletter aziendale "Notizie" l'elenco delle pubblicazioni giunte in biblioteca nell'intervallo fra un fascicolo e l'altro;*
- 2. prevedere uno spazio "elettronico" da dedicare a questo archivio, da dove ogni singolo autore potrà ricercare informazioni o ricavare l'elenco ordinato della propria produzione scientifica.*

Infatti, a partire dai prossimi mesi estivi sarà accessibile e visibile a tutti un nuovo sito web della biblioteca che sostituirà totalmente l'attuale.

In questo rinnovato primo numero di "Notizie" riportiamo l'esito di una ricerca effettuata sulla banca dati Medline, con la quale sono stati selezionati tutti i lavori del 2002/2003 di autori appartenenti alla nostra

azienda. E' noto a tutti che Medline indicizza solo una selezione della letteratura scientifica mondiale e che moltissime riviste italiane ed europee in genere non sono inserite in tale selezione.

Per garantire la completezza dei dati inseriti nell'archivio gestito dalla biblioteca, tutti gli autori sono quindi invitati a segnalare personalmente alla biblioteca l'uscita a stampa dei propri lavori, inviando una copia cartacea o elettronica degli stessi.

PUBBLICAZIONI DEL PERSONALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA INSERITE NELLA BANCA DATI MEDLINE DAL 2002

Ricerca realizzata il 22 febbraio 2003 con la seguente strategia di ricerca: (arcispedale [ad] OR ospedale [ad] OR hospital [ad]) AND "reggio emilia" [ad] Limits: Publication date from 2002.

Sul risultato di 25 citazioni è stata fatta un'ulteriore selezione manuale per escludere lavori non pertinenti con il risultato finale di 24 citazioni. Il risultato della stessa ricerca realizzata a far tempo dal 1998 è consultabile sul sito Intranet della biblioteca alla voce Ricerca & Didattica.

1: Zuccoli G, Guidetti D, Nicoli F, Giovanardi F, Ferrozzi F. [Carotid and vertebral artery dissection: Magnetic Resonance findings in 15 cases] Radiol Med (Torino). 2002 Nov-Dec;104(5-6):466-71. Italian.

2: Fabio A, Corona A, Forte E, Quaglio P. Inhibitory activity of spices and essential oils on psychotropic

bacteria. *New Microbiol.* 2003 Jan;26(1):115-20.

3: Cavazza A, Gallo M, Valcavi R, De Marco L, Gardini G. Large cell neuroendocrine carcinoma of the ampulla of Vater. *Arch Pathol Lab Med.* 2003 Feb;127(2):221-3.

4: Rossi G, Valli R, Rivasi F, Longo L. Does primary pulmonary choriocarcinoma really exist? *Chest.* 2003 Jan;123(1):313. No abstract available.

5: Frasoldati A, Pesenti M, Gallo M, Caroggio A, Salvo D, Valcavi R. Diagnosis of neck recurrences in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Cancer.* 2003 Jan 1;97(1):90-6.

6: Salvarani C, Cantini F, Olivieri I. Disease-modifying antirheumatic drug therapy for psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2002 Nov-Dec;20(6 Suppl 28):S71-5.

7: Salvarani C, Farnetti E, Casali B, Nicoli D, Wenlan L, Bajocchi G, Macchioni P, Lo Scocco G, Grazia Catanoso M, Boiardi L, Cantini F. Detection of parvovirus B19 DNA by polymerase chain reaction in giant cell arteritis: a case-control study. *Arthritis Rheum.* 2002 Nov;46(11):3099-101. No abstract available.

8: Cavazza A, Rossi G, Agostini L, Facciolongo N, De Marco L, Putrino I, Gardini G. [Small-cell mesothelioma of the pleura: description of a case] *Pathologica.* 2002 Oct;94(5):247-52. Italian.

9: Rossi E, Regolisti G, Negro A, Sani C, Davoli S, Perazzoli F. High prevalence of primary aldosteronism using postcaptopril plasma aldosterone to renin ratio as a screening test among Italian hypertensives. *Am J Hypertens.* 2002 Oct;15(10 Pt 1):896-902.

10: Cavazza A, Gelli MC, Agostini L, Sgarbi G, De Marco L, Gardini G. [Calcified pseudotumor of the pleura: description of a case] *Pathologica.* 2002 Aug;94(4):201-5. Review. Italian.

11: Nicolini A, Ghirarduzzi A, Iorio A, Silingardi M, Malferrari G, Baldi G. Intracranial bleeding: epidemiology and relationships with antithrombotic treatment in 241 cerebral hemorrhages in Reggio Emilia. *Haematologica.* 2002 Sep;87(9):948-56.

12: Piana S, Cavazza A, Pedroni C, Scotti R, Serra L, Gardini G. Dedifferentiated acinic cell carcinoma of the parotid gland with myoepithelial features. *Arch Pathol Lab Med.* 2002 Sep;126(9):1104-5.

13: Paci M, Annessi V, de Franco S, Ferrari G, Sgarbi G. Videothoroscopic evaluation of thoracic injuries. *Chir Ital.* 2002 May-Jun;54(3):335-9.

14: Salvarani C, Silingardi M, Ghirarduzzi A, Lo Scocco G, Macchioni P, Bajocchi G, Vinceti M, Cantini F, Iori I, Boiardi L. Is duplex ultrasonography useful for the diagnosis of giant-cell arteritis? *Ann Intern Med.* 2002 Aug 20;137(4):232-8.

15: Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):261-71. Review. No abstract available.

16: Calzolari M, Gaddi O, Ilari B, Iotti R, Tortorella G, Muia N, Guiducci U. [Association of non-compacted myocardium and patent ductus arteriosus in a young asymptomatic male patient: findings in screening for contact sport eligibility] *Ital Heart J.* 2002 Jun;3(6 Suppl):659-64. Review. Italian.

17: Cavazza A, Facciolongo N, De Marco L, Piana S, Putrino I, Gardini G. [Pulmonary metastasis of epidermoid carcinoma of the larynx: a case with an interstitial pattern of growth] *Pathologica.* 2002 Jun;94(3):136-41. Italian.

18: Albertazzi A. Once-weekly epoetin-beta in renal anemia: the clinical evidence. *Contrib Nephrol.* 2002;(137):408-11. No abstract available.

19: Menozzi C, Brignole M, Garcia-Civera R, Moya A, Botto G, Tercedor L, Migliorini R, Navarro X. Mechanism of syncope in patients with heart disease and negative electrophysiologic test. *Circulation.* 2002 Jun 11;105(23):2741-5.

20: Sassatelli R, Roncoroni L, Conigliaro R, Bedogni G. Giant abdominal stromal cell tumour diagnosed at endoscopic ultrasonography: is there a need for systematic use of endoscopic ultrasonography in submucosal gastric tumours? *Dig Liver Dis.* 2002 Apr;34(4):302-5.

21: Paci M, Annessi V, Giovanardi F, Ferrari G, De Franco S, Casali C, Sgarbi G. Preoperative localization of indeterminate pulmonary nodules before videothoroscopic resection. *Surg Endosc.* 2002 Mar;16(3):509-11.

22: Cavazza A, Pasquinelli G, Damiani S, Annessi V, De Franco S, Putrino I, Gardini G. [Pulmonary carcinoma with myoepithelial differentiation, analogous to basal cell adenocarcinoma of the salivary glands: description of a case] *Pathologica.* 2002 Feb;94(1):32-7. Review. Italian.

23: Salvarani C, Boiardi L, Casali B, Olivieri I, Ciancio G, Cantini F, Salvi F, Malatesta R, Govoni M, Trotta F, Filippini D, Paolazzi G, Nicoli D, Farnetti E, Macchioni P. Endothelial nitric oxide synthase gene polymorphisms in Behcet's disease. *J Rheumatol.* 2002 Mar;29(3):535-40.

24: Piana S, Gelli MC, Cavazza A, Serra L, Gardini G. Ancient schwannoma arising in a lymph node: report of a case and review of the literature. *Pathol Res Pract.* 2002;198(1):51-4.

Notizie in breve

Casa di Accoglienza "Enzo Piccinini"



In ottobre 2002 è stata ufficialmente presentata la nuova Casa di Accoglienza "Enzo Piccinini" (insigne chirurgo nativo di Reggio Emilia, tragicamente deceduto il 26 maggio 1999, a soli 48 anni) che si inserisce a

Reggio Emilia in una tradizione di accoglienza. All'Associazione "Cilla" operano una decina di volontari, presenti tutti i pomeriggi alla casa, tesi ad accogliere gli ospiti come persone, non come "utenti di un servizio". Per questo non c'è tecnica, ma uno sguardo cordiale all'uomo. L'ordine in casa è funzionale a questo sguardo. In questo modo, oltre ad offrire un gesto di condivisione e compagnia sono disponibili per un aiuto nelle problematiche piccoli e grandi che si presentano durante il soggiorno. Per ulteriori informazioni Casa "E. Piccinini" Via Nobili, 19 tel. 0522-440800.

Richiesta esami e link on line

Visitando la pagina Intranet del Dipartimento di Diagnostica per Immagini troverete un nuovo "link": Moduli Richiesta Esami. Il collegamento permette l'apertura diretta dei moduli di richiesta per le indagini da eseguire nel nostro Dipartimento e dei moduli per il Consenso Informato al Paziente. Le richieste che trovate in elenco sono suddivise in base alla tipologia dell'esame (standard, TAC, RM, vascolare, Mammografia ecc.) e, nel caso degli esami di radiologia tradizionale, anche in base al criterio d'urgenza della richiesta stessa. Le richieste possono essere compilate direttamente dal vostro PC ed inviate per posta interna alle segreterie del Dipartimento, dopo averle stampate su carta. Si tratta di una novità finalizzata a facilitare il reperimento e la compilazione di moduli di richiesta sempre aggiornati.

La pagina del Dipartimento di Diagnostica per Immagini è integrata da un elenco di "link" di interesse radiologico. Oltre ai collegamenti con le Società radiologiche nazionali ed internazionali sono stati inseriti siti didattici contenenti "teaching files" per ogni metodica radiologica. Vi invitiamo inoltre a visitare il "link" della National Library of Washington contenente preziose tavole anatomiche d'epoca.

Dott. Giulio Zuccoli
Referente Intranet/Internet Dipartimento
Diagnostica per Immagini

