



ARCISPEDALE  
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA  
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

# Notizie

*Direzione Sanitaria*

**Health Technology Assessment:  
un valido strumento per valutare l'impatto  
clinico, economico ed organizzativo  
delle tecnologie sanitarie**

pag. 3



*Area Medica 1^*

**La relazione infermieristica  
di dimissione/trasferimento  
per migliorare la comunicazione nel  
Dipartimento, in Ospedale e sul territorio,  
per i pazienti con dimissione integrata**

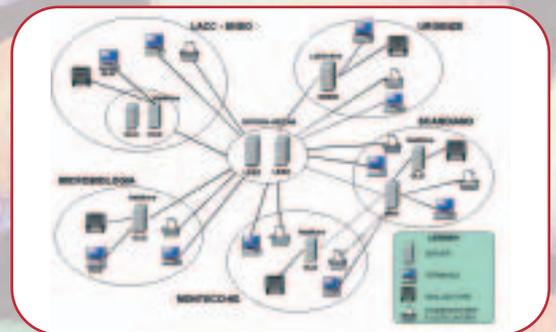
pag. 6

ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA "GREGORIO MARCONI" Via del Galvani, 1 41100 REGGIO EMILIA	
RELAZIONE INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE/TRASFERIMENTO	
Allegato alla Scheda 1^ di Dimissione Sanitaria	
Espresso a: Nome:	Prato di nascita:
Professione di riferimento (professione o attività):	
Problemi prevalenti e programmi:	
Stato sociale:	
Spettatore e beneficiario:	

*Informatizzazione in Azienda*

**Laboratory  
Information System**

pag. 14



*Ricerca & Didattica*

**"Galeno":  
il nuovo sito web  
della Biblioteca Medica**

pag. 22



# SOMMARIO

Luglio 2003

- Pag. 3** *Direzione Sanitaria*  
**Health Technology Assessment:  
un valido strumento per valutare l'impatto  
clinico economico ed organizzativo  
delle tecnologie sanitarie**
- Pag. 4** *Area Medica 1^*  
**Le ulcere flebotatiche degli arti inferiori:  
esperienza dell'U.O. di Angiologia**
- Pag. 6** *Area Medica 1^*  
**La relazione infermieristica  
di dimissione/trasferimento per migliorare  
la comunicazione nel Dipartimento, in Ospedale  
e sul territorio, per i pazienti con dimissione  
integrata**
- Pag. 8** *Dipartimento Area Medica 2^*  
*Dipartimento Area Chirurgica 1^*  
**Carcinoma mammario: prevenzione, diagnosi  
e terapia del linfedema e degli esiti chirurgici**
- Pag. 10** *Area Chirurgica 1^*  
**Evoluzione del Day Hospital Chirurgico**
- Pag. 14** *Informatizzazione in azienda*  
**Laboratory Information System**
- Pag. 16** *Servizio prevenzione e protezione*  
**Gestione integrata dei gas medicali**
- Pag. 18** *Informatizzazione in azienda*  
**IAP: parliamone**
- Pag. 19** *Dipartimento di Patologia Clinica*  
**La determinazione del Paratormone  
intraoperatorio. Un anno di esperienza**
- Pag. 20** *Dipartimento Area Critica*  
**Una scelta consapevole**
- Pag. 21** *Servizio Sviluppo Organizzativo*  
**Esperienze di integrazione di sistemi gestionali:  
qualità e budget**
- Pag. 22** *Ricerca & didattica*  
**Il nuovo sito internet della Biblioteca**

## 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. 3  
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 2^  
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 1^  
Paolo Marconi / Dip. Emergenza Urgenza  
Massimo Pantaleoni / Dip. Area Critica  
Vando Piccagli / Area Tecnologica Scientifica  
Luigi Rizzo / Direzione Sanitaria  
Maria Ravelli / Autorizzazione/Accreditamento  
Guglielmo Rossi / Dip. Area Medica 2^  
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 1^  
Giulio Zuccoli / Dip. Diagnostica per Immagini

### Hanno collaborato a questo numero

Cinzia Morena Arduini  
Manuela Badiali  
Mauro Barani  
Giuseppe Cassetti  
Elena Costa  
Fiorenza Costi  
Nicoletta Di Prospero  
Claudio Dotti  
Laura Favilli  
Mauro Frattini  
Lorena Giglioli  
Iori Rita  
Maira Paola Lince  
Vanda Lucenti  
Manuela Melandri  
Rossella Morbilli  
Maria Ravelli  
Lidia Scalabrini  
Francesco Vercilli  
Mirco Pinotti  
Luca Sircana

### Progetto Grafico

Scriba - Forlì

### Sede Redazione

Via L. Sani, 15 - 42100 R.E.  
Tel. 0522/296836 - 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*

# Health Technology Assessment: un valido strumento per valutare l'impatto clinico, economico ed organizzativo delle tecnologie sanitarie

A cura di: **Dott. Francesco Vercilli**, *Medico Specializzando, Direzione Medica di Presidio*  
**Dott. Mirco Pinotti**, *Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio*  
**Dott. Luca Sircana**, *Direttore Medico di Presidio*

*La crescente innovazione tecnologica e la continua introduzione di tecnologie in campo sanitario, a cui si è assistito negli ultimi decenni, rende ormai indispensabile per le organizzazioni sanitarie disporre di uno strumento per misurare la validità e la sicurezza delle tecnologie sanitarie, che comprendono non solo presidi, dispositivi e attrezzature mediche ma anche farmaci e sistemi di supporto (cartelle cliniche elettroniche, telemedicina, ecc.).*

Siffatto strumento può essere individuato nell'Health Technology Assessment (HTA) ovvero un processo di valutazione globale e multidisciplinare delle tecnologie utilizzate per l'assistenza sanitaria, che consiste in una verifica dettagliata delle caratteristiche tecniche, dell'efficacia, della sicurezza clinica, delle indicazioni d'uso, dell'impatto economico nonché degli aspetti etici, sociali e medico legali. L'HTA è in grado di supportare scientificamente diversi livelli decisionali, dalle Agenzie che autorizzano l'immissione sul mercato di un farmaco o di un'altra tecnologia sanitaria, alle organizzazioni sanitarie che spesso si trovano a doverne valutare l'opportunità di acquisto o la modalità di gestione. Esistono numerose Agenzie internazionali che operano nel campo del Technology Assessment, alcune in modo indipendente, altre che aderiscono all'International Network of Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA, fondato nel 1993 con l'obiettivo di coordinare l'attività internazionale di HTA. Le Agenzie facenti parte dell'INAHTA sono, ad oggi, 41 con sede in 20 differenti Paesi e si caratterizzano per essere organizzazioni no-profit, connesse con istituzioni regionali o nazionali e finanziate per almeno il 50% con fondi istituzionali. Nessuna di queste Agenzie ha sede in Italia e non esiste ancora né a livello regionale né nazionale alcun organismo istituzionale dedito ad attività di valutazione multidisciplinare delle tecnologie sanitarie. L'ultimo Piano Sanitario Regionale (1999-2001) ha individuato come priorità per le Aziende Sanitarie il "Governo Clinico" ovvero un sistema volto a perseguire il miglioramento della qualità dei loro servizi assicurando l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza delle prestazioni erogate. In questa ottica l'Health Technology Assessment può essere senza dubbio visto come uno dei principali strumenti del governo clinico. La nostra Azienda ha pertanto organizzato, nell'ambito delle iniziative intraprese inerenti il programma di governo clinico, un primo corso di formazione sul ruolo del Technology Assessment nelle organizzazioni sanitarie. Il corso, promosso in collaborazione col GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze), tenuto dal Dott. Antonino Cartabellotta presso palazzo Rocca Saporiti nelle giornate del 20 e 21 maggio c.a., ha visto tra i partecipanti il Direttore Sanitario, il Direttore della Direzione Medica di Presidio, i Direttori dei Servizi di Tecnologie Biomediche, Fisica Sanitaria, Farmacia, Sviluppo Organizzativo, i Direttori del Dipartimento Diagnostica per Immagini e Patologia Clinica, i Direttori del

U.O. Medicina Nucleare, del Laboratorio di Microbiologia, del Laboratorio di Endocrinologia, i Referenti della Qualità Clinica della Direzione Medica di Presidio e del Dipartimento di Patologia Clinica e altri collaboratori. Durante il workshop sono stati affrontati i principali temi del Technology Assessment, sono state svolte esercitazioni pratiche sulle modalità di reperire in rete un report di HTA (nella banca dati "Health Technology Assessment Database" ne sono archiviati quasi 2000) e sono stati forniti gli strumenti necessari (a checklist for Health Technology Assessment reports) per una valutazione qualitativa del report individuato e per una applicazione a livello locale. Il corso ha rappresentato il primo passo per introdurre nella nostra Azienda un nuovo sistema di valutazione delle tecnologie sanitarie basato sulle evidenze di efficacia. A breve si procederà infatti alla definizione delle fasi ulteriori da percorrere, dei possibili attori da coinvolgere e dei tempi necessari a realizzarle.



# Le ulcere flebostatiche degli arti inferiori: esperienza dell'U.O. di Angiologia

A cura di:

Manuela Melandri, Manuela Badiali, Cinzia Morena Arduini U.O. di Angiologia

*Da studi epidemiologici eseguiti negli anni '80 si evince che le ulcere degli arti interessano circa l'1-2% della popolazione adulta (Widmer 1978; Callam 1985).*

Sebbene i fattori eziologici possano essere assai vari, la maggior parte dei pazienti con ulcere delle gambe è affetta da malattia venosa.

Si ritiene che l'insufficienza venosa cronica, benchè sia stata meno studiata ed abbia ricevuto meno attenzione dell'insufficienza arteriosa, colpisca la popolazione adulta in misura 10 volte superiore. Nonostante ciò la cura dell'ulcera venosa è spesso trascurata o è del tutto inadeguata. Molti pazienti convivono per molti mesi o addirittura per anni con un'ulcera con trattamenti locali molto disparati, senza che venga minimamente corretta l'insufficienza venosa che ne sta alla base. Dai dati della letteratura internazionale emerge la necessità di istituire unità operative specificatamente dedicate allo studio ed alla cura dell'ulcera degli arti inferiori, con possibilità sia di assistenza a domicilio sia di attività riabilitativa, nell'ottica di un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, di un contenimento dei costi e, non ultimo, di una più accettabile qualità di vita del paziente. A fronte degli studi epidemiologici effettuati in molti paesi sono stati analizzati sia i costi globali sia le risorse necessarie per offrire servizi adeguati. Per la cura di questa patologia la Comunità Europea stanziava il 2% del budget sanitario annuale che ammonta ad oltre 1.187.850.000 di €, pari a 2.300 miliardi in lire. A ciò sono da aggiungere i costi indiretti non facilmente valutabili (ore lavorative perse, costi e tempi di trasferimento ai luoghi di cura, inabilità temporanea e definitiva, precoce pensionamento). Una recente inchiesta italiana ha rilevato che annualmente nel nostro paese si effettuano 291.000 visite per lesioni ul-

cerative degli arti, nel 95% delle quali vengono prescritti materiali di medicazione, detergenti, disinfettanti, topici, antibiotici ed altro, con una spesa di € 125.500.000 (pari a circa 243 miliardi di lire) ad esclusione di tutti i mezzi elasto-compressivi.

Poiché l'ulcera venosa è una patologia frequente e da sempre seguita presso la nostra U.O., facendo riferimento alle realtà angiologiche di alcuni paesi europei (soprattutto nel Regno Unito) ed italiane, dove già da anni è operativa la gestione ambulatoriale delle lesioni trofiche vascolari da parte di personale infermieristico specializzato, nel 1999 abbiamo organizzato un ambulatorio specialistico per i pazienti affetti da ulcere degli arti prevalentemente flebostatiche. L'obiettivo è stato quello di creare un punto di riferimento per tali pazienti e di preparare un protocollo operativo da condividere con i colleghi che operano sul territorio in modo da mantenere una continuità terapeutica soprattutto per quei pazienti con difficoltà di spostamento. Il protocollo presentato durante il Convegno "Le ulcere flebostatiche degli arti inferiori: presentazione del protocollo operativo" in data 20 Aprile 2002, prevede:

- 1) visita angiologia per identificare il tipo di lesione, le patologie concomitanti ed eventuale terapia,
- 2) presa in carico del paziente con compilazione della scheda infer-



mieristica che contiene dati anagrafici, caratteristiche della lesione, documentazione fotografica e planimetrica,

3) scelta del trattamento locale previo eventuale tampone per esame colturale, detersione con prodotti antisettici non citotossici, medicazioni locali, diverse, adatte al tipo di lesione.

4) bendaggio elasto compressivo (vedi foto).

Oltre alla specifica competenza del medico, la gestione di questi pazienti, necessita di personale infermieristico adeguatamente formato nel trattamento topico dell'ulcera, nell'applicazione di idonei bendaggi elastocompressivi, nell'educazione sanitaria e nella valutazione del paziente durante il follow-up.

La razionalizzazione dell'utilizzo delle differenti medicazioni associata alla gestione del paziente al proprio domicilio con controlli periodici o in caso di necessità presso il nostro ambulatorio, comporterebbe, oltre a minori disagi per il paziente e familiari, anche una riduzione di spesa, problema per altro oltremodo attuale. I pazienti con lesioni particolarmente estese che non dimostrano tendenza alla cicatrizzazione o che necessitano di terapia antibiotica endovenosa, vengono in genere ricoverati presso il nostro DH ANGIOLOGICO.

Relativamente alla nostra esperienza, dal 1° Aprile 1999 al 31 maggio 2003 sono stati trattati presso la nostra U.O. di Angiologia 257 pazienti, 52 dei quali sono stati esclusi dalla casistica in quanto hanno interrotto il trattamento entro il primo mese. La maggior parte dei pazienti (circa il 90%) è giunto presso il nostro ambulatorio con procedura d'urgenza e quasi tutti con schemi terapeutici precedentemente sperimentati senza successo. I risultati sono riportati nel grafico, dove vengono considerati il nume-

ro delle lesioni trofiche, le dimensioni, ed i tempi di cicatrizzazione. Siamo consapevoli dei limiti di questa analisi che non vuole avere carattere strettamente scientifico, perché effettuato tra l'altro senza un gruppo di controllo, anche se i risultati raggiunti (in termini di tempi di cicatrizzazione) sono sovrapponibili a quelli della letteratura. Dall'analisi della attività svolta in questi due anni risulta che la nostra capacità operativa ottimale, in base all'attuale organizzazione, consente di seguire 45 pazienti al trimestre, per un totale di circa 400 accessi; ovviamente i pazienti che raggiungono la cicatrizzazione lasciano spazio ad altri pazienti, ma ci rendiamo conto che le necessità della popolazione sono nettamen-

te superiori alle nostre possibilità. Proprio al fine di una ottimizzazione del lavoro che possa avere ricadute positive sia per il paziente che per il personale, a livello del Dipartimento di Area Medica 1° è stato istituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle varie unità operative, con preparazione specifica, che sta elaborando linee guida comuni basate su evidenze scientifiche, per il trattamento delle lesioni cutanee (piede diabetico, lesioni flebostatiche degli arti inferiori, lesioni da decubito) e supporta la Direzione per l'acquisto di materiali più idonei nell'ottica del rapporto costo/beneficio; questo progetto è in fase di condivisione anche con i servizi territoriali dell'azienda USL.



*Equipe infermieristica Angiologia ambulatori*



*Equipe infermieristica Day Hospital unificato Angiologia*

# La relazione infermieristica di dimissione/trasferimento per migliorare la comunicazione nel Dipartimento, in Ospedale e sul territorio, per i pazienti con dimissione integrata.

A cura di:  
**Mariapaola Lince** - R.I.D Dipartimento Medico 1A  
**Vanda Lucenti** Coordinatore U.O. Lungodegenza

*La necessità di creare una relazione infermieristica di dimissione/trasferimento nasce dall'analisi della realtà aziendale.*

I pazienti che necessitano di cure e assistenza post-dimissione, sono indirizzati verso strutture di Lungodegenza sia aziendali che convenzionate, oppure affidati ai servizi di assistenza territoriali (case di riposo o servizio infermieristico domiciliare, n.o.d.o. ecc.). Questi pazienti presentano la necessità di un alto contributo assistenziale infermieristico e il passaggio di dati sulle attività di cura svolte spesso sono lasciate alla soggettività del singolo o dell'équipe che vaglia i dati, secondo abitudini e convenzioni interne e che di conseguenza risultano diverse e disomogenee.

Le strutture che accolgono questi pazienti si trovano a doversi adattare a passaggi di informazioni diverse o peggio ancora, si trovano in assenza di informazioni. Questo ha da sempre provocato lacune nella continuità assistenziale e momenti importanti sono andati persi da questo mancato feedback fra struttura ospedaliera, struttura di Lungodegenza e territorio.

Nel Dipartimento Medico 1A i fattori che hanno portato ad una riflessione in questo campo sono stati la presenza sia di una struttura di Lungodegenza, sensibile e attrice del problema come fruitore sia di schede di dimissione infermieristica già strutturate, ma diverse fra loro.

La sollecitazione del Servizio Infermieristico a muovere passi verso la lettera di dimissione integrata, ha contribuito ulteriormente a riflettere sulle possibilità di sviluppo e miglioramento di questo strumento.

Nel corso di riunioni di dipartimento è stato deciso di tentare di omogeneizzare le schede presenti, creandone una che potesse rispondere sia alle esigenze informative della U.O. di Lungodegenza sia alle caratteristiche di completezza, ma anche di agilità nella compilazione, per le altre U.O..

Avendo evidenziato la necessità di completo coinvolgimento del personale al fine di ottenere risultati apprezzabili, il Dipartimento ha deciso di affidare alla Caposala della U.O. di Lungodegenza il coordinamento di un gruppo di infermieri rappresentativo di ogni Unità Operativa di degenza. Il gruppo costituitosi ha evidenziato i seguenti obiettivi da perseguire per ottenere risultati apprezzabili:

- semplificare il percorso assistenziale dell'utente,
- dare continuità assistenziale in merito ai trasferimenti di pazienti

- con dimissione problematica,
- facilitare la presa in carico del caso da parte delle strutture,
- mettere in evidenza gli interventi attuati o in corso sui bisogni alterati,
- avere uno strumento uniforme ed unico a livello dipartimentale, facile da consultare e semplice da compilare sia in forma cartacea che elettronica.

Il progetto è stato svolto secondo le seguenti fasi:

1. Reclutamento dei collaboratori: Settembre '02.
2. Presentazione del progetto e condivisione degli obiettivi col gruppo di lavoro: Settembre '02.
3. Progettazione e realizzazione dell'elaborato per dimissione /trasferimento: Ottobre '02.
4. Presentazione dell'elaborato alle U.O. del Dipartimento: Novembre '02.
5. Sperimentazione della compilazione della scheda della durata di un mese: Dicembre '02
6. Riunione con i collaboratori, per valutazione, dopo sperimentazione.
7. Elaborato reso definitivo: entro 2003.

I risultati che il gruppo si è prefissato sono i seguenti:

*Per l'utenza:* garanzia della continuità assistenziale per gli utenti affidati a strutture di Lungodegenza o territoriali.

*Per gli operatori:* semplificazione della presa in carico del caso e continuità degli interventi intrapresi durante il ricovero.

*Per l'organizzazione:* ottimizzazione dei percorsi assistenziali e affidabilità dei trattamenti.

I parametri predefiniti per il raggiungimento dei risultati attesi sono i seguenti:

*Per l'utenza e per l'organizzazione:* N° di reclami giunti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico inferiori 5%/ anno

*Per gli operatori:* N° di casi segnalati (con apposita scheda) di compilazione incompleta o non compilazione, dello strumento, considerando a campione come U.O. di riferimento per la segnalazione, quella che riceve il maggior N° di Pazienti dal dipartimento: la Lungodegenza inferiori 2 schede incomplete o non compilate/anno. Tali parametri avranno la seguente metodologia di verifica:

- riunione con il gruppo che ha elaborato il progetto dopo 6 e 12 mesi per la valutazione dello standard proposto.

L'implementazione della relazione infermieristica di dimissione/trasferimento avviene a partire dal gennaio 2003; responsabili della raccolta dei dati

sono gli Infermieri della Lungodegenza e responsabile della elaborazione dei dati la Coordinatrice della U.O. di Lungodegenza, Lucenti Vanda.

Il progetto è stato portato a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento Medico 1A attraverso i rappresentanti delle U.O. che hanno partecipato all'elaborazione del progetto che si sono fatti promotori della diffusione dello strumento nella U.O. di appartenenza, supportati dalla responsabile del progetto, attraverso riunione di reparto.

Al momento attuale è stata attuata la prima verifica e il coordinatore ha evidenziato che non sono state raccolte particolari criticità tra gli operatori relative alla individuazione dei pazienti per i quali compilare la lettera di dimissione e nella compilazione della lettera

stessa.

Tale dato è confermato anche dagli operatori della Lungodegenza che effettuano la raccolta dati per la verifica. Infatti risulta che le lettere di dimissione/trasferimento dei pazienti accolti in Lungodegenza, sono state tutte compilate in modo corretto e non è presente evidenza di reclami aziendali.

In conclusione, visto il successo nell'adozione di questo strumento e gli innegabili vantaggi per l'utente che questo comporta, si auspica che uno strumento simile diventi di uso comune anche per altre Unità Operative che offrono assistenza a pazienti con dimissioni "difficili e protette".

Gruppo di lavoro:

**Simona Cavecchi, Simona Folloni, Marco Ganassi, Federica Lollo, Marco Marzi, Claudia Meli, Lara Pedretti, Vanda Lucenti**

The image shows two overlapping forms used for patient discharge or transfer documentation. The top form, titled "ALLEGATO ALLA LETTERA DI DIMISSIONE E/O TRASFERIMENTO", includes fields for patient name, date of discharge, and a body diagram with checkboxes for various symptoms. The bottom form is a continuation of the same process, featuring a table for recording specific observations or interventions.

# Carcinoma mammario: prevenzione, diagnosi e terapia del linfedema e degli esiti chirurgici

A cura di:

**Nicoletta Di Prospero** U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale

**Lorena Giglioli** - Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Generale a prevalente indirizzo oncologico e ricostruttivo

*Il lavoro riabilitativo svolto con integrazione tra le varie U.O. di questo ospedale e la nostra a favore di pazienti sottoposte a trattamento chirurgico al seno, ha permesso di relazionare la nostra esperienza al corso "Carcinoma Mammario: prevenzione, diagnosi e terapia del linfedema e degli esiti chirurgici" che si è tenuto a Orta S. Giulio nel 2002. Il successo ottenuto in tale sede conferma la validità del percorso intrapreso per queste importanti patologie.*

Siamo due professioniste che lavorano presso l'ASMN di Reggio Emilia: Nicoletta Di Prospero masso-fisioterapista di ruolo presso l'U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale, Lorena Giglioli infermiera professionale di ruolo presso la struttura semplice Chirurgia Generale a prevalente indirizzo Oncologico e Ricostruttivo.

Il 12 e 13 Dicembre 2002 abbiamo partecipato al corso "Carcinoma mammario: prevenzione, diagnosi e terapia del linfedema e degli esiti chirurgici" tenuto presso Orta S. Giulio dalla Lega Italiana per la lotta contro i tumori di Reggio Emilia.

La nostra esperienza è stata sicuramente positiva, poiché ci ha permesso di confrontarci con altri colleghi che lavorano nel territorio nazionale, ampliando in questo modo le nostre conoscenze a tutti i livelli e imparando nuove terminologie che ora ci permettono di riconoscere vari tipi di interventi: R.O.L.L.: localizzazione radio-guidata del linfonodo sentinella

Definizione:

- il linfonodo sentinella è il primo linfonodo o gruppi di linfonodi che ricevono linfa direttamente dal tumore.

Vantaggi:

- miglior approccio chirurgico
- maggior centralità della lesione

Controindicazioni:

- microcalcificazione diffuse
- lesioni multicentriche
- lesioni superficiali cutanee

S.N.O.L.L.

- inoculazione del tracciante cioè R.O.L.L.
- inoculazione del linfonodo sentinella

ELIOT

- Radioterapia intraoperatoria (solo nel caso di tumore Mammario iniziale, ancora in fase di studio)

Per l'individuazione del linfonodo sentinella il chirurgo praticherà una piccola incisione per la dissezione ascellare e, scollato il sottocutaneo, individuerà il linfonodo sentinella mediante una sonda. Questo è possibile perché il tracciante rivela la zona con la maggior captazione del tracciante radioattivo.

Abbiamo notato che in molte altre città non sono a conoscenza delle innovazioni chirurgiche e riabilitative che qui da noi a Reggio Emilia invece pratichiamo già da molti anni e certamente per la nostra utenza è un grosso vantaggio sotto l'aspetto fisico e psicologico.

Per facilitare il percorso riabilitativo dopo intervento chirurgico al



seno l'U.O. di Recupero Funzionale in collaborazione con:

- Struttura Semplice dipartimentale di Chirurgia Generale a prevalente indirizzo oncologico e ricostruttivo
  - U.O. di Oncologia
  - U.O. di Radioterapia Oncologica
- e con il contributo della Lega Contro i Tumori sezione di Reggio Emilia, è stata prodotta una guida che ha lo scopo di suggerire un aiuto pratico alle donne sottoposte ad un intervento chirurgico al seno fornendo le indicazioni essenziali per praticare a domicilio esercizi di ginnastica riabilitativa. Questa guida contiene anche una serie di indirizzi e numeri telefonici per avere un accesso diretto alle strutture coinvolte: servizio di Oncologia Medica, Radioterapia, Servizio di Recupero Rieducazione Funzionale e Divisione Chirurgiche. Alla paziente viene comunque garantito anche nel corso degli anni un sostegno da parte del personale medico, infermieristico, tecnico della riabilitazione, e da parte degli assistenti sociali e psicologi.
- Il modello di Reggio Emilia è stato

scelto dal Prof. Umberto Veronesi per uno studio multicentrico sul trattamento radioterapico, postoperatorio dopo intervento chirurgico in ambito senologico; inoltre la rivista ufficiale italiana di Senologia, di cui il Prof. Veronesi è il presidente, ha pubblicato un articolo dal titolo "Qui curano così" a cura del Dott. Pedrazzoli, responsabile della struttura semplice dipartimentale di Chirurgia Generale a prevalente indirizzo oncologico e ricostruttivo dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia. Si tratta di un importante riconoscimento frutto della collaborazione di più professionisti.

Dopo l'incontro avvenuto a Orta S. Giulio è pervenuta una lettera inviataci dalla D.ssa Gemma Martino direttore METIS (Centro studi in oncologia- formazione e terapia) in cui ci invita a far parte di un progetto per la realizzazione di un info-point della Lega Italiana tumori, per formare un protocollo comune che definisca tempi, metodi, figure professionali da indicare agli utenti.

Con una attenzione particolare per:

- la prevenzione: da quale età,

ogni quanto tempo, attraverso quali visite ed esami,

- la diagnosi: supporto psicologico pre-intervento,
- l'intervento: contatto con il chirurgo, contatto con l'unità di riabilitazione, e
- il ricovero: valutazione esiti funzionali e psicologici, riabilitazione, sostegno psicologico,
- il follow-up: lavoro psico-motorio, lavoro occupazionale, formazione.

Inoltre si auspica l'istituzione di una Commissione Nazionale con lo scopo di individuare e realizzare le fasi organizzative e coordinare gli info-point provinciali.

Compito della Commissione Nazionale sarà quello di stendere un protocollo comune che definisca:

- professionalità degli operatori
- caratteristiche delle informazioni da fornire agli utenti
- organizzare corsi di preparazione per gli operatori
- verificare i requisiti per il riconoscimento dell'info-point da parte della Sede Centrale
- provvedere a verifiche periodiche degli info-point provinciali.



# Evoluzione del Day Hospital Chirurgico

A cura di:

**Fiorenza Costi Caposala Day Hospital**

**Dott. Giuseppe Cassetti Responsabile Day Hospital**

*Il DAY HOSPITAL chirurgico ha iniziato la propria attività nel 1997 e in breve tempo ha accentrato presso di sé tutta l'attività di Day Surgery dipartimentale e gran parte dello studio delle patologie più complesse e la loro successiva preparazione all'intervento. Anche se quasi sconosciuto alla maggior parte degli utenti, l'organizzazione innovativa e scrupolosa, affiancata da quella informatica, ha fatto sì che i pazienti trovassero un punto di riferimento preciso nell'ambito dipartimentale.*

Nell'ambito del Day Hospital da giugno 2002 è attivo anche il servizio di Day Service.

L'unità è operativa dal lunedì al venerdì dalle ore 7 alle ore 19 e il sabato dalle ore 7 alle ore 13, chiude la domenica e i giorni festivi. Si accolgono i degenti di tutte le Unità Operative del dipartimento che vengono sottoposti a intervento chirurgico o endoscopico che possono essere dimessi in giornata.

L'identificazione delle Unità Operative avviene tramite codice colore che viene utilizzato su tutta la modulistica interna ed esterna oltre al braccialetto identificativo messo al paziente al momento della preparazione all'intervento chirurgico che viene eseguita nelle sale operatorie del 5° piano.

## PERCORSO ORGANIZZATIVO E ASSISTENZIALE

Responsabile: *Dott. Cassetti Giuseppe*

Equipe assistenziale infermieristica:

*Costi Fiorenza caposala*

*Guidetti Anna Maria*

*Valentini Lorenzo*

*Cilloni Israele*

## Personale di supporto:

Il personale O.T.A. Ausiliario

## Linee guida

tipologia dei ricoveri

- ricoveri programmati che necessitano di studio per patologia complessa,
- preparazione ad intervento chirurgico per patologia grave,
- ricoveri per interventi chirurgici dimissibili in giornata,
- posizionamento port a cath,
- esecuzione esami angiografici,
- biopsie,

- mapping prostatici,
- trattamenti terapeutici endocavitari,
- procedure e interventi endoscopici,
- non sono previsti ricoveri urgenti.

## ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E' prevista un'organizzazione infermieristica personalizzata.

L'infermiere in servizio prende in carico i pazienti al momento del loro arrivo, dando la priorità ai pazienti che devono essere sottoposti a intervento chirurgico o esame angiografico.

I degenti vengono presi in cura dal medico della rispettiva unità operativa che effettuerà la visita con l'infermiere prima dell'intervento o esame angiografico, che avverrà in mattinata. La dimissione è prevista nel pomeriggio dalle ore 16.30 alle ore 18.30 dopo visita medica.

Dopo la presa in carico dei pazienti che devono sottoporsi a intervento il personale in servizio provvederà all'accoglienza dei pazienti che necessitano di studi diagnostici e quindi alla loro preparazione.

Durante le varie fasi della giornata il personale assiste e indirizza i pazienti nei vari percorsi interni per semplificare e facilitare l'esecuzione dei vari accertamenti, esegue le terapie (specifiche quelle endocavitari) e infine provvede

alla preparazione della documentazione per l'accoglienza dei pazienti del giorno successivo. I pazienti in fase di studio verranno chiamati a colloquio con i medici delle rispettive unità operative previo appuntamento al termine degli accertamenti.

### PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Viene eseguita dall'infermiere che collabora con il medico per:

1. Raccolta dati anamnestici
2. Individuazione dei bisogni
3. Informazioni



### DAY SURGERY

Per day surgery (o anche one day surgery) si deve intendere un modello organizzativo che permetta l'esecuzione di interventi chirurgici con ospedalizzazione non superiore alle 24 ore, in questo ambito si è soliti includere interventi di durata inferiore alle 2 ore che non devono essere seguiti da dolore intenso, né essere gravati da elevata percentuale di complicanze, specie emorragiche.

Per un corretto approccio al problema è dapprima necessario distinguere la day surgery dalla chirurgia ambulatoriale.

Quest'ultima, infatti, per definizione, è una chirurgia praticata in ambulatorio e per patologie che non necessitano di una, se pur breve, degenza post-operatoria; la day surgery, invece, per l'entità stessa degli interventi chirurgici effettuati, è praticabile solo in una sala operatoria e con degenza post-operatoria svolta in un ambiente ospedaliero. Differenze non solo terminologiche devono

essere fatte, invece, per la "short-stay surgery" e la "same-day surgery": con questi termini, infatti, ci si riferisce a regimi di ricovero per procedure chirurgiche che necessitano di una degenza post-operatoria superiore alle 24 ore e che, pur avvicinandosi concettualmente alla day surgery, a questa devono esserne distinte.

### ASPETTI TECNICO-ORGANIZZATIVI

La day surgery non deve essere intesa come una chirurgia più veloce e quindi più semplice; al contrario richiede una specifica preparazione da parte del chirurgo, dell'anestesista e del personale paramedico. La realizzazione di un corretto programma di day surgery deve realizzarsi attraverso il rispetto di 4 "regole" fondamentali:

- Individuazione degli interventi eseguibili in day surgery
- Selezione dei pazienti
- Informazione dei pazienti
- Strutture "dedicate"

### Interventi-chirurgici.

Tutte le discipline chirurgiche possono, oggi, programmare l'esecuzione di interventi chirurgici in regime di day surgery: chirurgia generale, neurochirurgia, chirurgia plastica, oculistica, chirurgia vascolare, chirurgia urologica, chirurgia pediatrica, chirurgia mini-inva-

siva, chirurgia odontoiatrica, chirurgia otorinolaringoiatria, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia ortopedica, chirurgia ginecologica.

### Selezione dei pazienti.

Una corretta selezione dei pazienti è il momento fondamentale per il successo di un intervento chirurgico da eseguire in regime di day surgery. Secondo quanto riportato in Letteratura i pazienti da ammettere per un programma di day surgery devono essere di classe ASA I o II, devono essere residenti all'interno del bacino di utenza dell'ospedale nel quale saranno operati e devono dare un consenso informato alla dimissione a distanza di poche ore dall'intervento.

### Informazione dei pazienti.

L'informazione del paziente sul fatto che la sua dimissione avverrà dopo poche ore dall'intervento è un altro elemento importante per la buona riuscita della day sur-

gery. Al paziente deve essere spiegato in maniera completa ed esauritiva che, grazie all'adozione di adeguate tecniche chirurgiche ed anestesiolgiche la dimissione avverrà in un tempo inferiore a quello previsto dalla chirurgia tradizionale. Al momento della dimissione il paziente dovrà essere correttamente ed esaurientemente istruito sul comportamento da tenere durante il periodo post-operatorio e sui problemi che potrebbero insorgere oltre che sulle modalità di risoluzione degli stessi; il paziente deve aver la possibilità di contattare la struttura ospedaliera presso la quale è stato operato in un tempo breve durante tutto l'arco delle 24 ore. A tal proposito, come già detto prima, è importante che i pazienti selezionati per la day surgery appartengano al bacino di utenza dell'Ospedale dove sono stati operati; questo è un aspetto fondamentale dal momento che il paziente deve poter essere riospedalizzato in caso di necessità nel più breve tempo possibile. Nell'ambito di questo nuovo rapporto paziente-ospedale un ruolo fondamentale dovrebbe essere svolto dal Medico di Medicina Generale che deve interagire con la struttura ospedaliera al fine di consentire una degenza post-operatoria qualitativamente migliore di quella che avrebbe potuto essere se l'intervento chirurgico si fosse svolto in un regime di ricovero tradizionale. Ciò non significa che il Medico di Medicina Generale debba farsi carico totalmente della degenza post-operatoria (il "postoperative workload" del quale parlano gli autori anglosassoni) ma solo che deve collaborare più attivamente con la struttura ospedaliera per la gestione del singolo paziente.

### **Strutture dedicate.**

L'équipe chirurgica ed anestesio-

logica deve operare in una struttura dedicata solo alla chirurgia in day surgery. Tale struttura può anche essere inserita in un reparto chirurgico tradizionale ma è importante che abbia stanze di degenza e sale operatorie dedicate. Le motivazioni sono diverse. Innanzitutto la chirurgia in D.S. per essere realmente tale deve essere "sganciata" da un punto di vista organizzativo dalla gestione di un tradizionale reparto di chirurgia: la sua realizzazione, cioè, non deve dipendere, per esempio, dalla presenza o meno di "casi più urgenti" che toglierebbero spazio e tempo per la realizzazione della D.S.. La degenza post-operatoria dei pazienti operati in day surgery deve realizzarsi in ambienti diversi da quelli che ospitano i pazienti non trattati in day surgery.

Infine anche il personale paramedico dovrebbe essere dedicato a questo tipo di attività al fine di assimilare una "nuova mentalità" e quindi modulare i propri atti professionali in relazione alle diverse esigenze dei pazienti operati in day surgery.

La valutazione dei risultati di un programma di day surgery così realizzato deve essere condotta sulla base della analisi di questi 4 elementi:

- Prolungamento del tempo di degenza postoperatoria oltre quello previsto
- Percentuali di riammissione in ospedale dopo l'intervento chirurgico
- Grado di soddisfazione dei pazienti a distanza di tempo dall'intervento
- Vantaggi di tipo economico per la struttura sanitaria

### **Criteri di selezione dei pazienti**

Per l'ammissione del paziente al trattamento, si fa riferimento a:

Criteri di esclusione assoluti:

- Valutazione clinico anamnestica (stato clinico, malattie concomitanti, età, peso)

- Valutazione logistica e dell'ambiente familiare, in relazione alla continuità assistenziale

La presenza di una delle condizioni di esclusione assoluta, verificata da chi cura l'accettazione del paziente, preclude l'accesso alla visita chirurgica ed agli esami preoperatori.

### **Criteri di esclusione clinici sono:**

- anamnesi di shock anafilattico
- diabete insulino-dipendente
- sindromi convulsive
- coagulopatie a rischio emorragico
- infarto del miocardio nell'anno precedente
- paziente in dialisi
- patologia psichiatrica che limita severamente la possibilità di cooperazione e comprensione
- epatopatia in fase itterica e/o ascitica
- età <12 anni >75 anni (per la sola cataratta deroga ad 80 anni)
- peso uomini >100kg donne > 80kg (ove necessario anche attraverso la valutazione dell'indice di massa corporea)

### **Criteri di esclusione logistici sono:**

- distanza del luogo di residenza >100Km e/o >1 ora d'auto
- mancata possibilità di utilizzo di auto privata
- assenza di telefono in casa
- mancata disponibilità di un adulto "accompagnatore/tutore" che controfirmi il consenso informato
- mancata capacità del paziente e del tutore di assolvere alle prescrizioni.

### **PROCEDURE AMMESSE**

Chirurgia generale

Chirurgia vascolare flebologica

Chirurgia urologica

Chirurgia toracica

**PERCORSI ASSISTENZIALI**

L'assistenza viene erogata su un minimo di tre accessi. Per ognuno vengono indicate le relative fasi assistenziali:

**primo accesso**

- accoglienza, raccolta dati anagrafici

- visita specialistica
- apertura cartella clinica
- indagini preoperatorie
- individuazione tutore accompagnatore
- Consenso informato
- Questionario autocompilato

**secondo accesso**

- Verifica del questionario auto-compilato
- visita anestesiologicala
- intervento
- affidamento ai dispositivi della continuità assistenziale

**terzo accesso**

- controllo ambulatoriale
- dimissione

PAZIENTE INVIATO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE A VISITA CHIRURGICA

CONSULENZA CHIRURGICA

**ATTIVAZIONE DAY SERVICE**

IL CHIRURGO DEVE COMPILARE LE RICHIESTE S.S.N. O MPA E LE RICHIESTE A USO INTERNO E INVIARE IL PAZIENTE IN SEGRETERIA UNIFICATA CHE PROVVEDERA' A INTESSTARE PRATICA DI DAY SERVICE E SUCCESSIVAMENTE INOLTRETA' IL TUTTO AL DAY HOSPITAL

IL PAZIENTE VERRA' CONTATTATO TELEFONICAMENTE DAL PERSONALE DEL DAY HOSPITAL E FISSATA LA DATA DI APERTURA PRATICA DAY SERVICE

ESECUZIONE ACCERTAMENTI

ACCERTAMENTI NON INDICATIVI PER PRATICA CHIRURGICA.

COLLOQUIO CON IL MEDICO CHE HA DATO INDICAZIONI AD ESEGUIRE ACCERTAMENTI IN DAY SERVICE IL QUALE PROVVEDERA' A CHIUDERE LA PRATICA E A SCRIVERE UNA RELAZIONE PER IL PAZIENTE.

ACCERTAMENTI CHE DANNO INDICAZIONE PER INTERVENTO CHIRURGICO.

COLLOQUIO CON IL MEDICO CHE HA DATO INDICAZIONI AD ESEGUIRE ACCERTAMENTI IN DAY SERVICE IL QUALE AVVIERA' IL PAZIENTE IN UNO DEI DUE PERCORSI CHIRURGICI A SECONDA DEL TIPO DI PATOLOGIA.

**PERCORSO 1****PATOLOGIA NON NEOPLASTICA**

- IL MEDICO CONSEGNA AL PAZIENTE IL FOGLIO PER ESAMI PREOPERATORI
- COMPILA LA PROPOSTA DI INTERVENTO CHIRURGICO PROGRAMMATO E INVIA IL PAZIENTE ALLA SEGRETERIA UNIFICATA PER LA PREACCETTAZIONE E PERCORSO ESTERNO PREOPERATORIO
- CHIUDE LA PRATICA DI DAY SERVICE CON LA RELATIVA DICHIARAZIONE SCRITTA.

**PERCORSO 2****PATOLOGIA NEOPLASTICA**

- IL MEDICO PROVVEDERA' A DARE INDICAZIONI PER ATTIVARE UN PRERICOVERO COMPLESSO PRESSO IL D.H., COMPILA LA PROPOSTA DI RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO E INVIA IL PAZIENTE ALLA SEGRETERIA UNIFICATA PER LA PREACCETTAZIONE.
- IL MEDICO INVIA IL PAZIENTE ALLA SEGRETERIA UNIFICATA PER LA PREACCETTAZIONE E CONSEGNA FOGLIO PROFILO PREOPERATORIO PERCORSO ESTERNO.

**DAY SERVICE**

S'intende per day service il servizio di organizzazione delle procedure diagnostiche, comprensive di indagini ematochimiche e strumentali, richieste da un Medico di una Unità Operativa, per pazienti nei quali non siano presenti caratteristiche di urgenza o di gravità tali da comportare l'accesso alla Degenza ordinaria o al Day Hospital, ma che necessitano di una serie integrata di indagini per molteplici aspetti patologici. Questo percorso permette all'utente di essere inquadrato dal punto di vista clinico - diagnostico in breve tempo, "bypassando" l'allungamento burocratico dei tempi che spesso si interpongono tra le richieste del Medico di Medicina Generale e l'effettuazione di ogni singola prestazione, si ricalca così in tal modo, un percorso analogo a quello di un ricovero in Day Hospital. In definitiva si tratta di un modello di attività specialistica che si rende particolarmente utile nella gestione di situazioni cliniche per le quali il ricovero risulta inappropriato ma tali da richiedere comunque una presa in carico del paziente.

**PERCORSO:**

Per ogni singola unità operativa sono stati definiti ambiti di patologie per le quali è possibile attivare un percorso di day service, tali prestazioni sono soggette se dovuto in termini di legge, al pagamento del ticket.

# Laboratory Information System

A cura di:  
**TSLB Mauro Frattini** CED Laboratorio Analisi Chimico Clinico  
**Ing. Mauro Barani** Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche

*Il L.I.S., acronimo di Laboratory Information System, è un sistema di gestione informatizzata che permette l'acquisizione delle richieste di esami clinici, l'inserimento dei risultati, la refertazione e l'archiviazione in formato digitale dei dati. I campioni vengono identificati univocamente tramite barcode; l'automatizzazione di quasi tutti gli esami fa sì che gli analizzatori siano in grado di riconoscerli, ed il passaggio dei dati avvenga 'via cavo' in modo sicuro, cioè senza trascrizioni a mano, lasciando che gli operatori si concentrino sul controllo del processo e sulla validazione dei risultati. Questi costituiscono circa l'80% dei dati contenuti in una cartella ospedaliera e della storia clinica di ogni individuo. Un profilo base di esami su sangue ed urina restituisce non meno di una sessantina di risultati numerici e/o testuali.*

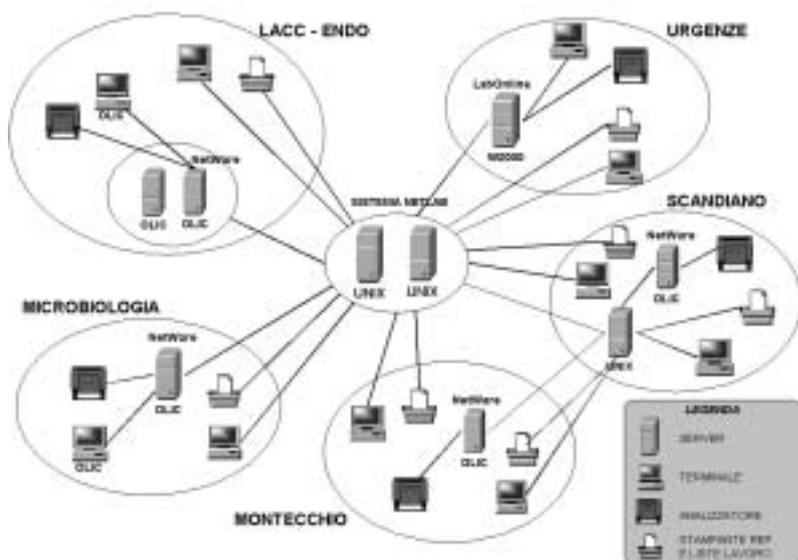
In ASMN, il L.I.S. di maggiori dimensioni è quello amministrato dal CED del Laboratorio Analisi Chimico Cliniche (LACC), che al momento gestisce l'attività del LACC stesso, del Laboratorio Urgenze, del Laboratorio di Endocrinologia, del Laboratorio di Microbiologia, nonché dei Laboratori degli Ospedali di Scandiano e di Montecchio. Quest'ultimi sono stati recentemente acquisiti dal Dipartimento di Patologia Clinica della nostra Azienda in seguito ad una riorganizzazione provinciale delle risorse. Oltre alla distribuzione sul territorio dei laboratori gestiti, la

Durante i picchi di attività si connettono contemporaneamente al sistema più di 60 operatori; pressoché lo stesso numero è quello degli analizzatori interfacciati e delle stampanti di referti e liste lavoro collegate.

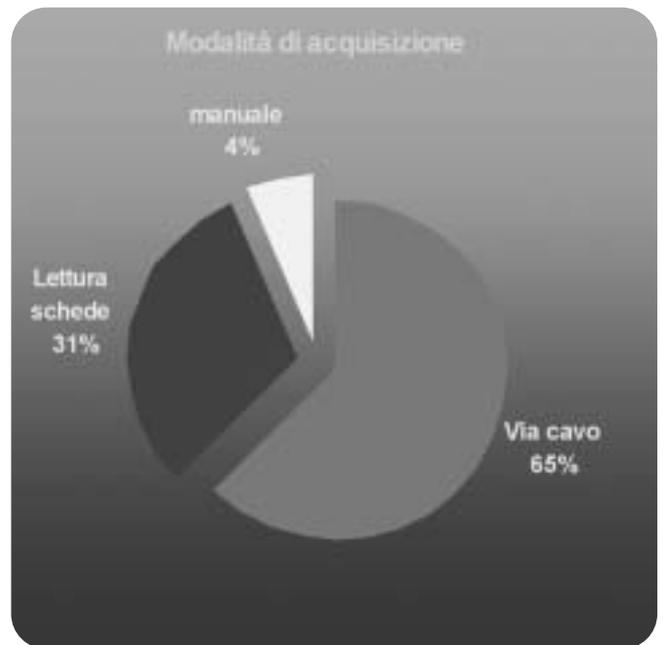
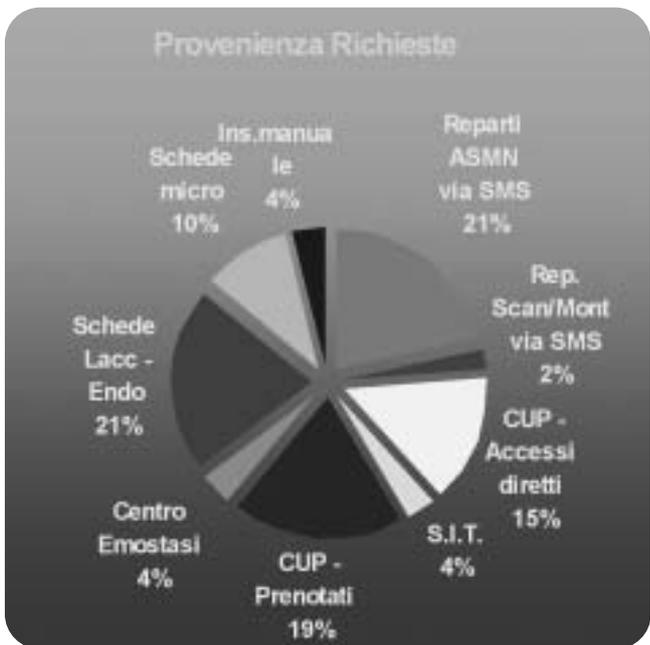
Il L.I.S. acquisisce, processa e referta giornalmente tra le 2.500 e le 3.000 richieste di utenti prevalentemente ambulatoriali. La crescente integrazione con altri sistemi informatici del S.I.O. fa sì che i 2/3 delle richieste vengano acquisiti 'via cavo', quindi senza l'utilizzo di schede a lettura ottica od altro supporto cartaceo.

Le interfacce già implementate sono:

- con il CUP, per lo scarico delle richieste degli esami prenotati sui Centri Prelievi dell'ASMN, dell'EX INAM, di Castelnuovo Sotto, Bagnolo, Sant'Ilario, Cavriago, Rubiera e Castellarano, oltre a quelli ad accesso diretto di Scandiano e Montecchio;
- con il S.I.T. (Servizio di Immunologia Trasfusionale), per le richieste di esami biochimici sui donatori provinciali (prelievi domenicali e non);
- con il Centro Emostasi della Medicina I, per gli esami di controllo della terapia anticoagulante orale sui pazienti seguiti dal centro stesso;
- con i reparti informatizzati dell'ASMN, per le richieste accettate direttamente dagli operatori di re-



complessità del L.I.S. è accentuata dal fatto di essere composto da più applicativi operanti su diverse piattaforme software. Il sistema principale (NETLAB) è affiancato da due sottosistemi destinati all'interfaccia con gli analizzatori (Figura 1).



parti e day hospital su SMS (Siemens Medical System);  
 - con i reparti informatizzati degli ospedali USL di Scandiano e Montecchio, secondo modalità simili

alle precedenti.  
 L'alta integrazione tra il L.I.S. ed i programmi dei servizi sopra citati consente anche una restituzione dei risultati 'via cavo'. Si tratta di

un aspetto interessante che apre la possibilità di accedere ai risultati con tecnologia web e di cui si parlerà in un altro articolo.



# Gestione integrata dei gas medicali

A cura di:

**Ing. Giovanni Guatelli** Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

**P.I. Massimo Magnani** Servizio Attività Tecniche

*Parliamo in questo campo di gestione integrata, perché la massima Qualità del servizio sanitario offerto con l'uso dei gas medicali, si ottiene insieme alla gestione attenta della Sicurezza di pazienti e operatori.*

Trattiamo di

- gas terapeutici (diventati medicinali e recepiti dalla Farmacopea Ufficiale XI edizione 10/2002) utilizzati a scopo terapeutico sui pazienti;
- gas tecnici utilizzati in ambito sanitario per scopi tecnici (apparecchiature, impianti, ecc...)

Vengono distribuiti nei reparti dell'Arcispedale S.Maria Nuova:

- in rete di tubazioni in rame, fino alle prese fisse a parete (alla pressione max di 8 bar), con alimentazione suddivisa da stoccaggio principale (bombolone) e da stoccaggio secondario (rampe di bombole); ormai in tutti locali di degenza troviamo la disponibilità di Ossigeno, Aria compressa, Aspirazione, oltre a Protossido d'azoto come gas anestetico dove occorre,
- in bombole, recipienti in pressione max di 200 bar, capacità più comune da 5 e 7 litri contenenti gli stessi gas, o miscele ad uso di apparecchiature particolari.

Concentriamo l'attenzione sulle BOMBOLE: dal 1996 le valutazioni rigorose prescritte dal D.Lgs.626/94 hanno permesso di definire una gestione molto più sicura di prima, che inizia dal momento in cui le bombole piene vengono scaricate dal fornitore in area ospedaliera, sino alla loro uscita; si tratta di recipienti in pressione, per i quali la normativa richiede certificazione, precauzioni d'uso, rintracciabilità e custodia, quindi di seguito illustriamo l'organizzazione esistente all'interno della nostra struttura.

## Proprietà e Manutenzione

Tutte le bombole utilizzate all'interno dell'ASMN sono di proprietà della ditta fornitrice la quale ha l'obbligo di mantenere collaudate e manutenzionate a norma di legge, in tutte le sue parti, le bombole che mette a disposizione. I certificati di collaudo delle bombole sono in carico al proprietario a disposizione per eventuali verifiche

## Acquisto e Fornitura

Attualmente la ditta a contratto è la CER-GAS (Consorzio Emiliano Romagnolo) che fornisce franco nostri magazzini le bombole necessarie

all'attività, ordinate a richiesta degli operatori meccanici interni.

E' in corso di definizione il capitolato di gara in comunione di acquisto con l'USL di MO, il Policlinico di MO e l'USL di Piacenza per il nuovo contratto di fornitura.

## Distribuzione e consegna

Le bombole all'interno dell'ASMN vengono distribuite dagli operatori meccanici interni con una procedura perfezionata e attivata nel 2002 (non ne conosciamo altre così puntuali in ambito Regionale), che permette di :

- catalogare e schedare tutte le bombole in arrivo franco magazzino, attraverso schede con numero progressivo che classificano fornitore, capacità, tipo valvola, tipologia contenuto, data ultimo COLLAUDO e SCADENZA;
- controllare i requisiti normativi (colorazione, etichettatura e punzonatura), funzionalità dei sistemi di utilizzo (volantino e valvole riduttrici)
- etichettare la bombola con cartellino compilato, suddiviso in tre parti staccabili che seguono il percorso della bombola, vale a dire ricevimento a magazzino, consegna a reparto, reso a magazzino.

Il tutto viene registrato in una scheda informatizzata mantenuta aggiornata da Servizio Tecnico, con cui è possibile controllare le scadenze ed eventualmente rintracciare e sostituire le bombole scadute.

Questo sistema di controllo attualmente manuale vuole essere informatizzato nella prossima ga-



ra di fornitura. La schedatura e gli aggiornamenti suddetti vengono oggi seguiti e custoditi dal Servizio Tecnico, consapevoli che l'utilizzo di queste apparecchiature ausiliarie è in mano ai sanitari: in futuro il percorso sarà migliorato con la regolamentazione degli spostamenti e della custodia anche all'interno dei reparti.

### Controlli periodici

Gli operatori meccanici interni eseguono giornalmente il controllo (funzionalità e pressione) delle bombole gas terapeutici di emergenza distribuite in tutti i reparti, delle rampe di emergenza, delle rampe dei gas-tecnici.

Gli impianti di gas in rete, sono più semplici da gestire delle bombole.

La gestione e manutenzione degli impianti di stoccaggio, produzione e distribuzione dei gas in rete viene eseguita dagli operatori meccanici interni (con reperibilità 24 ore su 24) e con il supporto di ditte esterne specializzate per le manutenzioni straordinarie (evaporatori esterni rampe di emergenza) e di produzione (compressori e pompe del vuoto).

Ai sensi della vigente recentissima regola tecnica di prevenzione incendi, Decreto Ministeriale del 18/09/2002, in tutti i reparti del corpo C di degenza nel monoblocco S. Maria sono già stati adeguati i dispositivi di intercettazione manuale posti all'esterno di ogni compartimento in posizione accessibile e segnalata da idonei cartelli, al fine di permettere l'interruzione della erogazione dei gas in emergenza.

### Manutenzione ordinaria

Vengono eseguiti dagli operatori meccanici interni controlli giornalieri dei principali impianti e su chiamata delle eventuali anomalie sui riduttori di secondo stadio e sulle prese.

Verifiche/Manutenzione periodica  
Con la ditta CER-GAS viene eseguito semestralmente il controllo completo degli impianti "stoccaggio, produzione e distribuzione" dei Gas-Medicali in rete, che con-

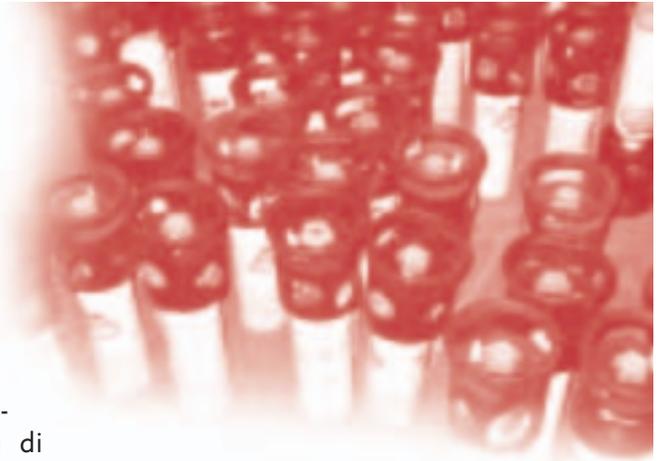
siste nel:

- controllo e misurazione centrali di decompressione Ossigeno, Protossido, Aria Compressa Medica e Gas Puri (funzionalità, pressioni, allarmi);
- controllo e misurazione centrali di produzione Aria Compressa Medica e Vuoto Terapeutico (funzionalità, pressioni, allarmi);
- controllo e misurazione riduttori di 2° stadio (funzionalità, pressioni, allarmi);
- controllo e misurazione posti presa (perdite, pressione, portate)
- controllo chimico qualità dell'Aria Medica prodotta

In base al risultato dei suddetti controlli gli operatori meccanici interni, personalmente o con il supporto delle ditte specializzate esterne eseguono la manutenzione periodica, regolarmente documentata.

Quali futuri obiettivi abbiamo, vista la presente organizzazione di cui possiamo essere soddisfatti?

1. Puntualizzazione della procedura per gestione ed uso dei gas all'interno dei reparti sanitari, anche alla luce della nuova farmacopea ufficiale; coinvolgimento di tutte le u.o. e divulgazione.
2. Puntualizzazione procedura per gestione dei trasporti esterni con necessità di bombole ausiliarie, particolarmente a bordo degli automezzi delle organizzazioni di soccorso convenzionate.
3. Programma di informazione e formazione dei coordinatori sanitari, referenti medici e preposti a queste attrezzature: si prevedono incontri di tre ore per gruppi di venti operatori, da iniziare a fine settembre 2003; si intende avvalersi di supporto nella docenza proposto dal fornitore del gas; i corsi saranno



organizzati quanto prima insieme a Ufficio Sviluppo.

4. In funzione della nuova regola normativa succitata, stiamo verificando le effettive necessità di bombole portatili con tutti i Coordinatori sanitari, poiché la legge recita :

*“Su specifica autorizzazione dell'autorità sanitaria competente, e' consentito che la distribuzione dei gas medicali avvenga mediante singole bombole, munite di idoneo sistema di riduzione della pressione, sotto l'osservanza delle seguenti prescrizioni:*

- a) *le procedure di utilizzazione di gas in bombole all'interno dei reparti e dei servizi devono formare oggetto di specifica trattazione nel documento di cui all'art. 4 del decreto legislativo n. 626/1994. Inoltre, il montaggio e lo smontaggio dei riduttori deve essere affidato esclusivamente a personale specializzato e formato ed e' vietato il caricamento delle bombole mediante travaso;*
- b) *il riduttore e i flussometri devono essere protetti dalle azioni meccaniche. All'interno dei reparti le bombole devono essere adeguatamente posizionate al fine di evitare cadute accidentali;*
- c) *e' vietato depositare, anche in via temporanea, le bombole lungo qualsiasi via di esodo;*
- d) *e' vietato l'utilizzo di gas in bombole in locali con presenza di visitatori non autorizzati all'assistenza.”*

# eAP: parliamone

A cura di:

**Rossella Morbilli** Ufficio Relazioni con il Pubblico - Ufficio Informazioni  
**Lidia Scalabrini** Servizio Sviluppo Organizzativo - Area Comunicazione



*Dove posso prenotare la visita specialistica .....*

*Quali documenti mi servono?*

*Quando e dove posso pagare il ticket?*

Potete trovare queste informazioni cliccando su eAP (Informazioni Accesso Prestazioni) sulla home page della intranet (versione n.4) o sulla home page di ogni Unità Operativa o Dipartimento.

iAP è un nuovo ambiente applicativo destinato primariamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico che l'Arcispedale S. Maria Nuova (ASMN) ha sviluppato grazie alla collaborazione fra Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche, URP e Servizio Sviluppo Organizzativo.

eAP si basa su tecnologie web e si integra con:

- i database dei sistemi di prenotazione ed incasso ticket al fine di rendere disponibile on line sia le informazioni di percorso sia quelle di disponibilità,
- il Numero Verde Regionale,
- la banca dati dell'URP,
- le informazioni relative ad ogni U.O. presenti nei protocolli informativi (disponibili all'ingresso di ogni U.O. e nel sito internet aziendale - percorso del cittadino).

Il sistema implementa diversi livelli di accesso ai dati e pertanto si caratterizza come strumento di comunicazione diretta verso il cittadino ma anche come supporto agli utilizzatori interni che devono fornire l'informazione al cittadino/utente (prenotatori e stakeholder\*) favorendone l'omogeneità. In questo modo qualsiasi operatore dell'ASMN collegandosi ad un computer, cliccando su eAP può fornire una corretta e tempestiva informazione. Il database eAP raccoglie tutte le informazioni relative al percorso di accesso ed erogazione delle prestazioni sanitarie. Le informazioni sono aggiornate dagli operatori dell'URP; la soluzione integra al proprio interno anche un motore in grado di aggiornare la base dati utilizzando le informazioni già presenti e consolidate nell'organizzazione. In particolare è stato progettato un apposito gateway\*\* per consentire all'Azienda di importare o esportare i dati di propria competenza, rispettivamente da o verso il database del call center del Numero Verde Regionale. Il progetto è stato condotto congiuntamente con l'Azienda USL di Reggio Emilia.

eAP raccoglie quindi in unica base dati le informazioni relative:

- alle prestazioni che eroga l'Azienda,
- ai luoghi di prenotazione ed erogazione,
- alle tariffe delle prestazioni e le rispettive modalità di pagamento,
- ai regimi di erogazione delle prestazioni (Servizio Sanitario Nazionale

- Libera Professione Individuale - Libera Professione d'Equipe),
- ai tempi di attesa (a breve disponibili),
- alla eventuale documentazione scientifica
- alla documentazione necessaria per accedere a particolari esami strumentali o visite,
- al personale.

eAP permette di condividere un patrimonio informativo aziendale ora all'interno dell'azienda e in prospettiva (autunno 2003) all'esterno attraverso l'accesso al sito internet. Prima della pubblicazione in internet sarà necessario che tutte le U.O. si attivino per una verifica delle informazioni disponibili on line (intranet) al fine di raggiungere una uniformità e codifica di tutti i percorsi di accesso in essere in azienda. Questo permetterà a tutti noi, operatori dell'ASMN, di informare in modo sempre più efficace e tempestivo il cittadino/utente che accede alla nostra struttura.

\* stakeholder: cittadino, medico curante, ente pubblico, ...

\*\* gateway: porta di ingresso



# La determinazione del Paratormone intraoperatorio: un anno di esperienza presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

A cura di:

**Dott. Claudio Dotti** *Coordinatore del Convegno*

*Dall'ottobre del 2001 è disponibile, presso L'Azienda Ospedaliera, la determinazione intraoperatoria del paratormone (PTH) durante l'intervento di asportazione delle ghiandole paratiroidi.*

Tale determinazione consente infatti di stabilire in tempo reale l'efficacia e la completezza dell'intervento stesso. L'atto chirurgico, effettuato dagli otorinolaringoiatri, è seguito direttamente in sala operatoria da personale del Laboratorio di Endocrinologia avvalendosi di precise strumentazioni, e la risposta analitica è fornita al chirurgo entro otto minuti dal prelievo, fornendo a questo modo un prezioso elemento prognostico. A tutt'oggi sono stati effettuati 38 interventi di paratiroidectomia con determinazione del PTH intraoperatorio, e gli operatori interessati hanno organizzato un Convegno allo scopo di presentare i risultati ottenuti e dibattere sulle problematiche connesse e sugli sviluppi futuri. Tale convegno si è tenuto Venerdì 28 Marzo 2003 presso l'Hotel Astoria Mercure di Reggio Emilia con il patrocinio di cinque Società Scientifiche delle branche specialistiche coinvolte: SIBioC (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica - Sezione Regionale Emilia Romagna), ELAS Italia (European Ligand Assay Society - Member of the European Forum of Ligand Assay Societies), AOOI (Associazione Otolgici Ospedalieri Italiani), AME (Associazione Medici Endocrinologi), SIOMMMS (Società Italiana Osteoporosi, Metabolismo Minerale e Malattie dello Scheletro), e con la collaborazione della ditta Pantec.

Relatori e i moderatori del convegno sono stati:

- *Angelo Caroggio* - Unità Operativa di Otorinolaringoiatria, Azienda Ospedaliera Arcispedale S.M. Nuova di Reggio Emilia
- *Claudio Dotti* - Unità Operativa Laboratorio di Endocrinologia, Azienda Ospedaliera Arcispedale S.M. Nuova di Reggio Emilia
- *Tiziano Lusenti* - Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Arcispedale S.M. Nuova di Reggio Emilia
- *Claudio Marcocci* - Dipartimento di Endocrinologia e Metabolismo, Ortopedia e traumatologia, Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Pisa
- *Marco Migliardi* - Laboratorio di Ormonologia, Unità Operativa di Endocrinologia, Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino
- *Roberto Valcavi* - Unità Operativa di Endocrinologia, Azienda Ospedaliera Arcispedale S.M. Nuova di Reggio Emilia

Il convegno è stato aperto alle ore 15.30 dal saluto del Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Dott.ssa Iva Manghi e si è concluso alle ore 19.00 con la consegna dell'attestato di partecipazione

a tutti i 126 i partecipanti. A tutti sono stati inoltre assegnati i crediti ECM (Educazione Continua in Medicina - Programma Nazionale per la Formazione Continua degli operatori della sanità) nonché il materiale documentale prodotto dai relatori.

La manifestazione ha suscitato un interesse superiore a qualsiasi aspettativa, infatti le preiscrizioni hanno raggiunto quota 185, nonostante il tema trattato fosse strettamente specialistico.

I partecipanti rappresentavano diverse categorie professionali (Medici, Biologi, Chimici e Tecnici di Laboratorio), a testimonianza della necessità di una fattiva collaborazione interdisciplinare tra laboratori e chirurghi assolutamente indispensabile affinché l'ausilio prognostico rappresentato dalla determinazione intraoperatoria del PTH si riveli realmente utile. Tale tecnica interdisciplinare è disponibile in pochissimi Policlinici Universitari, e il Centro dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia è attualmente l'unico della regione Emilia Romagna.

L'evento ha perciò richiamato congressisti non solo da tutte le città della regione ma anche da Lombardia, Trentino e Toscana. Gli organizzatori dell'incontro esprimono pertanto la loro soddisfazione per l'innegabile successo dell'iniziativa.

# Una scelta consapevole

A cura di:  
**Dott.ssa Laura Favilli U.O. Anestesia e Rianimazione**

*Il trapianto di organi rappresenta attualmente l'unica terapia per la cura di insufficienze d'organo, non responsive alla medicina conservativa.*

La Legge italiana regola da anni l'attività di donazione, così come le modalità di accertamento della morte cerebrale. In particolare, la Legge 91/99 stabilisce con chiarezza i termini della donazione e del prelievo, e pone l'accento sulla necessità che ogni cittadino maggiorenne esprima in modo esplicito il proprio parere circa la donazione dei propri organi a scopo di trapianto terapeutico. Parallelamente alla Legge, si sono sviluppate campagne d'informazione nazionali e locali che, interpretando lo spirito del Legislatore, hanno cercato di sviluppare nei cittadini la "cultura della donazione", consentendo di compiere una "scelta consapevole" per quanto riguarda il destino dei propri organi.

La Regione Emilia-Romagna si è mostrata subito in prima fila nel rispondere con generosità e senso civico alla richiesta di donazione. La nostra Azienda è apparsa in linea con l'andamento regionale, raggiungendo lo scorso anno un elevato numero di donazioni: tutto ciò naturalmente grazie all'elevata sensibilità reggiana ed alle forti motivazioni professionali ed umane dei tanti Operatori coinvolti.

Il 2002 si è chiuso con un attivo di 16 prelievi, di cui più della metà multior-gano, accompagnati da un elevato numero di prelievi di tessuti (cornee).

L'anno in corso sembra sovrapporre al precedente, poichè, già nei primi mesi, l'attività donativa è stata particolarmente intensa.

La consapevolezza di aver imboccato la strada della solidarietà umana e della civiltà è sicuramente motivo di conforto e speranza per tutti coloro che soffrono nell'attesa di un trapianto.



# Esperienze di integrazione gestionale: qualità e budget

A cura di:

**Dott.ssa Maria Ravelli** Servizio Sviluppo Organizzativo - Area Qualità Organizzativa

**Dott. Luca Sircana** Direttore Medico di Presidio

**Dott.ssa M. Elena Costa** Direttore Servizio Controllo di Gestione

Il 29 maggio si è svolta presso Rocca Saporiti una giornata di confronto che ha visto la partecipazione di tutte le aziende sanitarie della nostra regione sul tema dell'integrazione tra il sistema qualità e il budget.

La giornata è stata organizzata in collaborazione con le aziende sanitarie che hanno sperimentato l'integrazione dei sistemi gestionali. I promotori, oltre al S. Maria Nuova, erano l'Azienda USL di Piacenza, l'Azienda USL di Bologna Nord e l'Azienda Ospedaliera S.Orsola Malpighi, insieme all'Assessorato alla Sanità e all'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna.

L'esigenza era quella di confrontare esperienze diverse di integrazione di processi in un'ottica sistemica.

Il sistema qualità del modello di accreditamento regionale così come il sistema di certificazione ISO pongono una forte attenzione alla pianificazione/programmazione, alla definizione di un sistema di indicatori e ad una verifica costante dei risultati ottenuti.

La riflessione scaturita nelle aziende dapprima in modo autonomo e ora condiviso, ha portato a identificare il budget come strumento con il quale è possibile:

- assicurare la coerenza tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale,
- assicurare il rispetto della programmazione economica e una correlazione obiettivi/risorse,
- monitorare i risultati raggiunti.

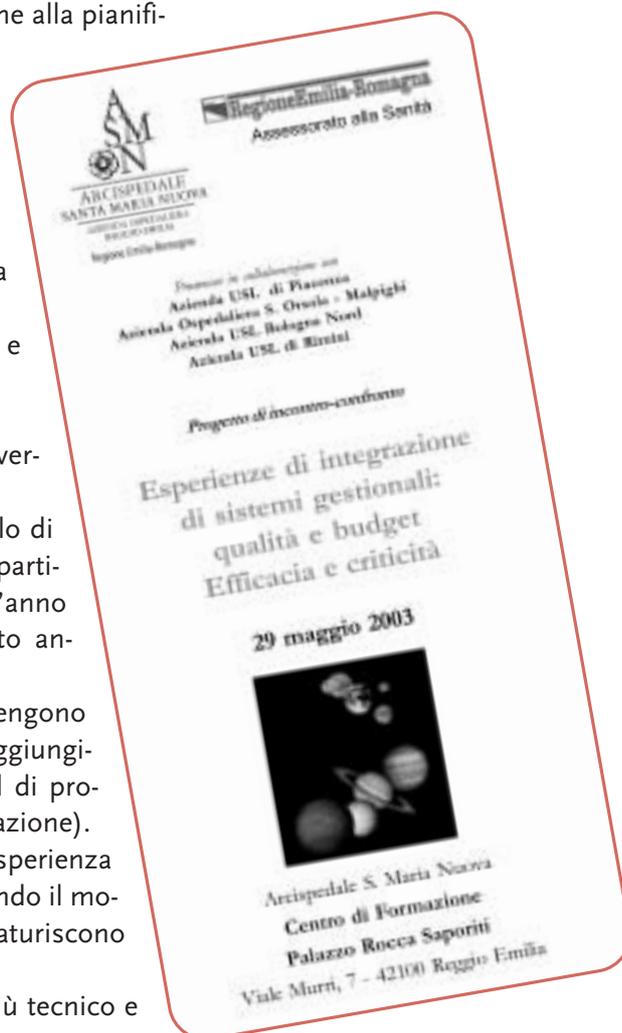
Le 4 aziende promotrici hanno presentato esperienze diverse ma complementari. Alcuni esempi.

L'ASMN ha posto l'attenzione sull'aver strutturato il ciclo di pianificazione in modo completo: sono stati illustrati in particolare il percorso aziendale dell'analisi dei risultati dell'anno precedente, la pianificazione biennale e l'aggiornamento annuale dei dati di attività e costo.

L'Azienda USL di Piacenza ha presentato invece come vengono utilizzati gli standard di prodotto per assicurare il raggiungimento dei livelli di servizio desiderati (quindi, standard di prodotto inseriti nel budget e legati alle politiche di incentivazione). L'Azienda Ospedaliera S.Orsola Malpighi ha esposto l'esperienza di integrazione tra il sistema qualità ISO e il budget trovando il momento di sintesi nel "riesame della direzione" da cui scaturiscono anche le azioni correttive e/o di miglioramento.

Nel pomeriggio il confronto è proseguito ad un livello più tecnico e

in conclusione si è deciso di proseguire in maniera stabile questo confronto fra le aziende ed è stato fissato il 2 luglio il prossimo incontro a Bologna.



# “Galeno”: il nuovo sito web della Biblioteca Medica

A cura di:  
**Dott.ssa Rita Iori** Responsabile della Biblioteca Medica

*La creazione di un rinnovato sito web della Biblioteca rientra tra gli obiettivi principali del più articolato progetto aziendale su “La Web Community per l’appropriatezza della pratica clinica” che prevede, appunto, di “...promuovere, nella comunità professionale del territorio provinciale,... l’utilizzo integrato delle risorse on-line e la diffusione degli strumenti e delle informazioni per il Governo Clinico”.*

Gli utenti della Biblioteca/Centro Documentazione saranno:

- Medici specialisti e professionisti sanitari dell’ASMN
- Medici specialisti e professionisti sanitari dell’AUSL di Reggio Emilia
- Tutti i medici iscritti all’Ordine dei Medici
- Tutti i professionisti sanitari iscritti ai Collegi

Naturalmente, i professionisti dell’ASMN avranno da subito l’accesso ad ogni sezione del sito, mentre per tutti gli altri si prevede un accesso scaglionato, basato sulla frequenza di corsi di Evidence-Based Medicine che verranno via via organizzati e che prevedono anche l’insegnamento delle tecnologie per l’interrogazione e la consultazione delle banche dati biomediche. Il sito, così come è stato progettato, dovrebbe rappresentare una strada di accesso facilitato alle informazioni scientifiche rilevanti per la biomedicina e la sanità disponibili in Biblioteca e di immediata interazione con le persone che vi lavorano. La struttura portante del portale si basa essenzialmente sull’accessibilità alle:

1) *Risorse interne della biblioteca:*  
**Cataloghi:** l’utente potrà accedere direttamente ai cataloghi della biblioteca e fare ricerche mirate per autore, titoli o argomenti, sia sulle monografie che sulle pubblicazioni seriali e periodiche possedute dalla biblioteca

**Servizi:** l’utente potrà usufruire dei servizi offerti interagendo con la biblioteca attraverso la modulistica predisposta prestito, acquisti, document delivery, ricerche bibliografiche, fotocopie

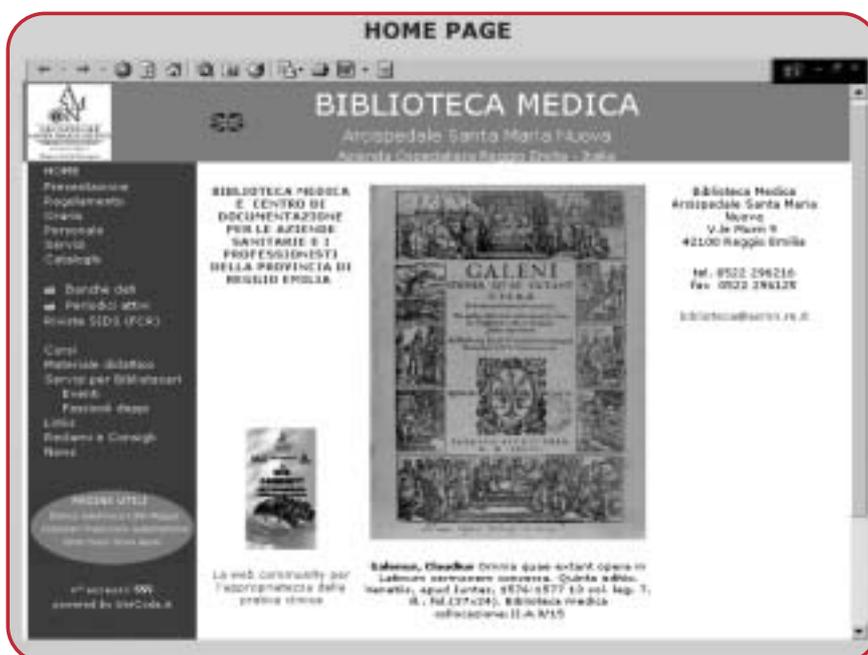
2) *Risorse esterne della biblioteca:*  
Banche dati a pagamento: gli utenti interni e convenzionati potranno accedere direttamente alle maggiori banche dati biomediche che al momento sono:

MEDLINE - b.d. bibliografica di letteratura biomedica prodotta dalla National Library of Medicine (USA)

EMBASE - Excerpta Medica Database b.d. bibliografica di letteratura biomedica. Si sovrappone a Medline solo per il 35%

CINHAL - La più importante b.d. per il nursing

The COCHRANE LIBRARY - Base dati full text di Revisioni Sistematiche prodotte dai gruppi Cochrane *Riviste scientifiche full-text:* E’ prevista la consultazione dell’elenco di tutte le riviste scientifiche disponibili in abbonamento. Per molte di queste è possibile l’accesso al “full text”, mentre per quasi tutte le altre (sono escluse solo alcune



riviste italiane) è disponibile la consultazione dell'indice dei rispettivi fascicoli.

Attraverso un'interfaccia estremamente "amichevole" (Tdnet), l'utente potrà:

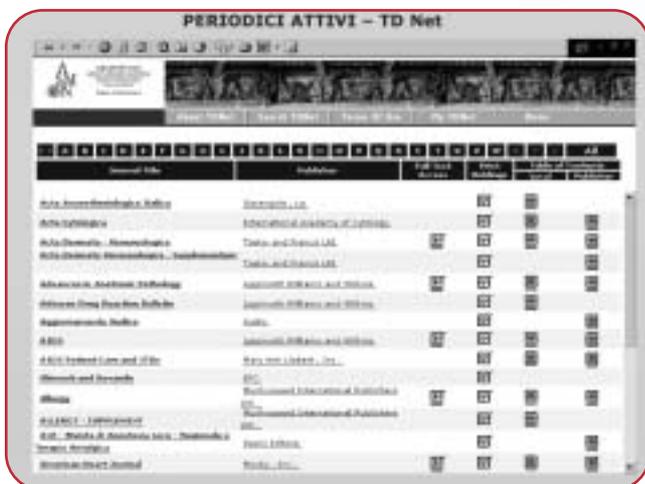
1. avere l'elenco completo dei periodici in corso ordinati alfabeticamente
2. effettuare rapide ricerche sulla presenza o meno di un periodico
3. fare una ricerca per "argomento" sulle riviste disponibili
4. richiedere un articolo in fotocopia
5. creare profili di interesse personali (invio tempestivo degli ultimi indici di un "core" selezionato di riviste)

*Links utili:* selezione commentata dei più importanti siti biomedici "evidence-based" disponibili gratuitamente in Internet.

Il sito è consultabile anche da parte di utenti esterni che potranno visitare liberamente le varie sezioni, con l'unica preclusione dell'accesso alle risorse online a pagamento, come le banche dati e i full text delle riviste medico-scientifiche. Questo accesso sarà consentito agli operatori esterni all'ASMN grazie a convenzioni che istituzioni e aziende sanitarie stipuleranno con il nostro ospedale. Nell'ambito del progetto Web Community sono in fase di perfezionamento gli accor-

di 2003-2004 con l'Azienda USL di Reggio Emilia e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia.

Il portale, come è naturale, necessita ancora di molto lavoro per mettere a punto le sue funzionalità e per completare le registrazioni dell'accesso al full text presso gli editori delle riviste, ma sarà compito delle bibliotecarie tenere costantemente aggiornato e monitorato il sito in modo da garantire la tempestività per quanto riguarda le modifiche da apportare e le novità da introdurre.



# Catalogo Eventi Formativi

con il Patrocinio di



AZIENDA  
UNITÀ  
SANITARIA  
LOCALE  
REGGIO  
EMILIA



Collegio Tecnici di Radiologia  
Medica della Provincia  
di Reggio Emilia e Modena



Collegio IPASVI  
di Reggio Emilia



Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli  
Odontoiatri della  
Provincia di Reggio Emilia

Anno 2003-2004