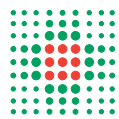


n.4/5

Notizie

novembre

Arcispedale
Santa Maria
Nuova



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA
Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno X • 2004 • n. 4/5
"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

**RICERCA, INNOVAZIONE, SANITÀ
PUBBLICA & TAGLI ALLA SPESA**

LA NUOVA CARTA DEI SERVIZI

**RIPARTE L'INDAGINE DI QUALITÀ
PERCEPITA DAGLI UTENTI DEL
NOSTRO OSPEDALE**

A PROPOSITO DI VASCULITI

**LA VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE**

MOSAIC

RICERCA FINANZIATA DA BLUMET

**L'ALLATTAMENTO MATERNO IN
NEONATOLOGIA**

**LABORATORIO DI
NEUROPSICOLOGIA**

DALLA BIBLIOTECA ALLA RETE

**COLORIAMO DI IMMAGINI IL
NUOVO OSPEDALE**

IN GITA

OCCHIO ALLA PENNA

**VACCINAZIONE
ANTIINFLUENZALE**



SOMMARIO

Servizio Sviluppo Organizzativo

3 RICERCA, INNOVAZIONE, SANITÀ PUBBLICA & TAGLI ALLA SPESA

Dr.ssa Barbara Curcio Rubertini

Direzione Medica di Presidio- Servizio Sviluppo Organizzativo

5 LA NUOVA CARTA DEI SERVIZI

Dr. sse Maria Ravelli, Loredana Cerullo, Cinzia Gentile

Servizio Sviluppo Organizzativo

6 RIPARTE L'INDAGINE DI QUALITÀ PERCEPITA DAGLI UTENTI DEL NOSTRO OSPEDALE

Dr.ssa Debora Formisano

Dipartimento Diagnostica per Immagini – Medico I

9 A PROPOSITO DI VASCULITI

Dott. Bruno Tumiatì

Dipartimento Medico II

10 LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Vecchi Orietta e Dott.ssa Davoli Maria Luisa

Dipartimento Oncoematologico

14 MOSAIC

Dott. Corrado Boni

Dipartimento Oncoematologico

16 RICERCA FINANZIATA DA BLUMET

Dott.ssa Marcella Flora

Dipartimento Materno Infantile

18 L'ALLATTAMENTO MATERNO IN NEONATOLOGIA

Dott. G. Bonacini, P. Beltrami, Ave Lupi, Dr.ssa P. Fagandini

Dipartimento Medico II

21 LABORATORIO DI NEUROPSICOLOGIA

Dott. Enrico Ghidoni, Dott.ssa Caterina Barletta-Rodolfi

Ricerca & Didattica

22 DALLA BIBLIOTECA ALLA RETE

Dr.ssa Rita Iori, Dr.ssa Itala Rossi, Dott.ssa Debora Formisano

La voce delle Associazioni

25 COLORIAMO DI IMMAGINI IL NUOVO OSPEDALE

Dott. Luciano Bonacini

La voce delle Associazioni

26 IN GITA

Un paziente

U. O. di Oculistica

27 OCCHIO ALLA PENNA

28 VACCINAZIONE ANTIINFLUENZALE

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA
NUOVA DI REGGIO EMILIA
REG. TRIB. DI REGGIO E. N. 940 DEL 11/02/97
ANNO X - 2004 - N. 4/5

"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale
- 70% - DBC 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
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

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Lidia Scalabrini

Via L. Sani, 15 • 42100 Reggio Emilia
Tel. 0522 296836 • Fax 0522 296843
E-mail: redazione.notizie@asmn.re.it

GRAFICA E STAMPA

Emmestudio di Reggio Emilia



Ricerca, Innovazione, Sanità Pubblica & **Tagli alla Spesa**

Dal 12 luglio 2004 un decreto del Governo nazionale italiano, poi convertito in legge nel giro di pochissimi giorni (definito sulla stampa "decreto tagliaspese" o "manovrina"), pone la formazione del personale della Pubblica Amministrazione tra i sorvegliati speciali. In particolare pone limiti economici per il ricorso ad alcune tipologie di attività didattiche (stage all'estero e convegni) e riduce la discrezionalità delle amministrazioni nella scelta dei docenti e delle agenzie di formazione da utilizzare per i programmi di educazione continua del proprio personale. Non viene prevista nessuna differente regolazione per le aziende sanitarie.

Il 15 novembre prossimo, per la prima volta il Governo regionale dell'Emilia Romagna presenta, a Bologna, il Programma regionale di Ricerca e Innovazione nel Servizio Sanitario Regionale (Responsabile: Prof. Alessandro Liberati), un programma di sostegno alla ricerca clinica indipendente che conta, per il proprio svolgimento, sulle competenze e sulle strutture delle Aziende Sanitarie e delle Università del nostro territorio. La Regione Emilia Romagna, insieme al Piemonte, fu l'unica che varò un Programma Regionale di Ricerca Sanitaria Finalizzata nella seconda metà degli anni '80, in tempi nei quali la ripartizione del Fondo Sanitario nazionale a copertura delle spese per la sanità veniva decisa a Roma (e le spese rimborsate a piè di lista alle allora Unità Sanitarie Locali), secondo una regola ben precisa: le spese per ricerca non erano fra quelle considerate a carico del Fondo sanitario e solo le Università o gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (gli IRCCS, come gli Istituti Ortopedici Rizzoli)

erano deputati a questa funzione.

All'epoca, la Regione finanziò due programmi poliennali di ricerca, con fondi propri provenienti dal bilancio regionale.

Ricordo (ero allora segretaria della Commissione Tecnica Regionale, diretta dal Prof. Lucio Montanaro, che selezionava i progetti, assegnava i finanziamenti e faceva le valutazioni dei risultati) che la AUSL di Reggio Emilia e in particolare il Santa Maria Nuova erano ai primi posti per il numero e la qualità dei progetti presentati.

Molta acqua è passata sotto i ponti, da quegli anni di entusiasmo e di forte tensione sociale verso politiche sanitarie universalistiche e solidali.

I Sistemi Sanitari europei hanno compreso che le attività di ricerca sono fondamentali per garantire la qualità dei servizi.

Ormai tutti i programmi di accreditamento professionale (altrimenti detti di Continuing Medical Education), con l'unica eccezione di quello italiano, valutano la competenza degli operatori sanitari in termini di:

- a. risultati clinici individuali e dell'équipe di appartenenza
- b. percorsi di aggiornamento
- c. crediti acquisiti nello svolgimento di attività didattiche (come docente) e di ricerca.

Nessuna di queste tre dimensioni può essere trascurata e, anche se ogni Paese ha dato un proprio peso ad ognuna, si intende che esse devono far parte del bagaglio di competenze di ogni professionista sanitario impegnato nella diagnosi e nella cura dei pazienti e che devono essere fra loro coerenti e coordinate, lungo tutto l'arco della vita professionale (l'accreditamento, ...



per sua natura, è periodico e va rinnovato). Venendo a noi, penso si possa facilmente intuire che il contesto nel quale ci troviamo ad operare è problematico.

Da una parte, i vincoli alle risorse che possiamo decidere di dedicare allo sviluppo delle competenze dei nostri professionisti (i vincoli di spesa in percentuali di riduzione sullo "storico", soprattutto quello dedicato agli scambi con strutture sanitarie all'estero).

Dall'altra, una politica regionale che sostiene nuovamente, attraverso misure concrete di reperimento dei fondi anche dai privati, il finanziamento di due tipi di studi:

- innovazione: valutazione di pratiche cliniche e organizzative che hanno bisogno di essere sottoposte a misure di efficacia e appropriatezza e che, se positivamente valutate, dovranno essere sostenute perchè possano essere messe a disposizione di tutti gli utenti del Servizio Sanitario Regionale, cioè dovranno diventare pratiche diffuse e sostitutive di quelle tradizionali;
- ricerca: sviluppo e sperimentazione di nuove pratiche e nuovi modelli organizzativi dell'assistenza, in condizioni controllate

il tutto in campi di interesse determinati secondo le priorità di salute per la società civile dei cittadini dell'Emilia Romagna e non di opportunità di mercato per i produttori di farmaci e tecnologie.

Coerentemente con queste politiche, la Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina dell'Emilia Romagna ci sta consentendo di sperimentare un modello di attribuzione di crediti ECM alle attività di ricerca (nell'ambito della cosiddetta "formazione sul campo").

Stesso impegno si richiede alle aziende sanitarie, nel garantire coerenza tra le priorità dei piani di ricerca e innovazione e di quelli formativi.

Il nostro ospedale sta rispondendo, su entrambi i versanti, con la consueta generosità e alta

professionalità che hanno caratterizzato il Santa Maria Nuova nella sua storia: si è fatto promotore di progetti di Ricerca e Innovazione in tutti i principali ambiti di interesse finora individuati dalla Regione (malattie oncologiche, malattie cardio- e cerebro- vascolari, nuove tecnologie), soprattutto caratterizzati dalla finalità di introdurre nella pratica clinica corrente tecnologie sanitarie che permettono trattamenti più efficaci e al contempo meno invasivi per il paziente, nella diagnosi e nella terapia di malattie molto frequenti (ad alta incidenza).

Ci stiamo caratterizzando per la particolare attenzione con la quale i nostri professionisti perseguono il proprio percorso di aggiornamento imparando dall'esperienza, attraverso programmi permanenti di revisione e auditing clinico ai quali partecipano anche colleghi esterni.

Cerchiamo di lavorare in reti di collaborazione con le altre strutture sanitarie del territorio, con i Medici di Famiglia, con colleghi che operano in prestigiose strutture in Italia e nel mondo.

Dedichiamo alla organizzazione e alla gestione di offerte didattiche di livello regionale, nazionale e internazionale un consistente impegno di tante équipes.

Dovremo continuare con il nostro impegno nonostante le contraddizioni del quadro nel quale ci troviamo ad operare con la consapevolezza che i nostri utenti continueranno a vedere i risultati concreti di miglioramento a seguito del nostro impegno e che saremo in grado, coadiuvati dalla organizzazione tecnica e amministrativa del nostro ospedale, di mettere a loro disposizione le migliori cure possibili consentite dai mezzi che abbiamo a disposizione.

a cura di: **Dr.ssa Barbara Curcio Rubertini**
Servizio Sviluppo Organizzativo



La nuova Carta dei Servizi

Abbiamo aggiornato la nostra carta dei servizi. La revisione è stata curata da un piccolo gruppo di operatori che ha effettuato una revisione critica della precedente. L'obiettivo di renderla utile strumento per i cittadini ha portato il gruppo a strutturare la seconda sezione per percorsi. Per costruire i percorsi è stato determinante l'apporto dei professionisti delle Strutture Complesse coinvolti nei percorsi stessi che hanno messo a disposizione tutte le informazioni utili.

Strutturare la carta per percorsi vuol dire leggere l'organizzazione in funzione dei problemi ed andare incontro anche ai concetti di semplificazione ed essenzialità. È diminuito il numero di informazioni e, auspicabilmente, è aumentata la loro fruibilità: è stato articolato ogni percorso ponendosi delle domande, le risposte alle quali saranno quegli input che servono al lettore per entrare meglio nei meccanismi organizzativi. La nuova Carta dei Servizi è stata costruita insieme con la Direzione Sanitaria che ha curato la parte relativa all'organizzazione e con l'URP che ha redatto la parte quarta relativa ai meccanismi di tutela dei cittadini. Il Comitato Consultivo Misto ha rivisto e ridefinito i diritti e doveri dei cittadini.

Abbiamo anche dedicato maggiore spazio al volontariato descrivendo in appendice le associazioni di volontariato che sono rappresentate nel comitato consultivo misto con l'obiettivo di rendere più visibile e fruibile da parte dei cittadini l'impegno che le associazioni di volontariato svolgono nel nostro territorio. La sezione terza che



riguarda "il patto" con i cittadini ed è stata riformulata in base ai contenuti della carta dei valori. E' più discorsiva e "colloquiale" rispetto alla precedente e sono state segnalate le azioni messe in atto dall'azienda a fronte degli impegni assunti.

La carta dei servizi viene diffusa tramite il nostro notiziario a tutti gli operatori, a tutti i medici di medicina generale, alle associazioni di volontariato e alle istituzioni cittadine. Inoltre è stato curato l'invio al Ministero, alla Regione e a tutte le aziende sanitarie regionali. Teniamo particolarmente alla diffusione personalizzata all'interno dell'azienda perché consideriamo la carta dei servizi anche un utile strumento di utilizzo per i professionisti.

a cura di: **Dr.ssa Maria Ravelli, Dr.ssa Loredana Cerullo** Servizio Sviluppo Organizzativo,
Dr.ssa Cinzia Gentile Direzione Medica di Presidio



Riparte l'indagine di **Qualità Percepita** dagli utenti del nostro Ospedale

a cura di: **Dr.ssa Debora Formisano**
Servizio Sviluppo Organizzativo

Eccoci nuovamente a porre l'attenzione sul giudizio dell'utente e a sviluppare e migliorare la capacità di dialogo tra noi che erogiamo il servizio e gli utenti che lo ricevono.

Le indagini di Qualità Percepita contribuiscono a:

- definire nuove modalità di erogazione dei servizi o interventi di miglioramento,
- favorire il coinvolgimento e la partecipazione dell'utente nelle fasi di accesso, di fruizione e di valutazione del servizio.

Conoscere le aspettative e i bisogni del destinatario del servizio è una condizione indispensabile per costruire indicatori di misurazione e di verifica della qualità, come rapporto tra prestazioni erogate e bisogni soddisfatti.

Quindi si tratta di verificare lo scostamento tra le prestazioni effettivamente erogate e la percezione dell'utente, il cui grado di soddisfazione dipende anche da aspetti soggettivi e relativi alla propria personale esperienza di fruizione del servizio (Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rilevazione della qualità percepita dai cittadini - marzo 2004).

A distanza di due anni viene riproposta nel nostro Ospedale la nuova indagine di Qualità Percepita che vede coinvolti tutti i reparti e servizi, con le stesse modalità di rilevazione utilizzate nelle edizioni precedenti.

Unica novità è la presenza nei questionari (soprattutto per la degenza ordinaria e day hospital)



di alcune domande sul trattamento del dolore così come richiestoci dalla Regione Emilia Romagna, al fine di valutare il grado di informazione e la soddisfazione degli utenti in tema di trattamento del dolore.

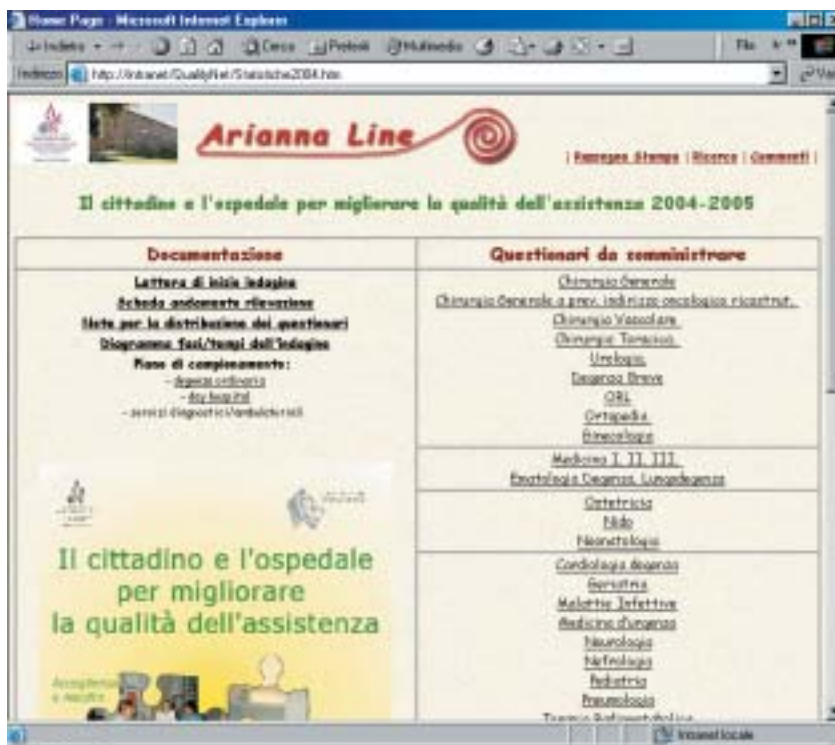
Nella tabella seguente sono presenti le domande sul trattamento del dolore ed i reparti coinvolti:

Domande	Reparti
<p>Durante il ricovero ha avuto dolore?</p> <p>Se Sì, come è stato trattato?</p> <p>Come valuta il risultato del trattamento del suo dolore?</p>	<p>I reparti di area medica: Medicina, Ematologia, Lungodegenza, Reumatologia,</p> <p>Area oncologica: Oncologia, Radioterapia Oncologica</p> <p>Area chirurgica (v. sotto)</p>
<p>E' stato informato sul trattamento del dolore post-operatorio?</p> <p>Le è stato consegnato l'opuscolo informativo sul dolore?</p> <p>Come valuta la chiarezza delle informazioni ricevute?</p>	<p>I reparti di area chirurgica: Chirurgia, Chirurgia toracica e vascolare, Urologia, Degenza Breve, Room Ch., ORL, Ortopedia, Ginecologia</p>

Tutti gli altri reparti/servizi somministreranno i questionari standard con le modalità concordate per ciascuna area. Alcuni reparti, quali Pronto Soccorso, RRF degenza, Dialisi, non parteciperanno a questa indagine poiché saranno coinvolti in altri tipi di indagini qualitative più pertinenti alla loro tipologia di pazienti ad alla loro organizzazione.

Per rendere più efficace ed immediato il passaggio delle informazioni è stata creata una pagina intranet:

<http://intranet/QualityNet/Statistiche2004.htm> nella quale troverete le informazioni circa i questionari da distribuire per area, alcune note sulla distribuzione, i piani di campionamento, i tempi dell'indagine.



L'indagine si svolgerà nel seguente periodo:
 Reparti di degenza ordinaria e day hospital: dal 27 settembre al 17 dicembre 2004;
 Servizi ambulatoriali e diagnostici: dal 18 ottobre al 17 dicembre 2004.



Le fasi principali dell'indagine sono illustrate nel seguente diagramma:

Tempi e fasi principali dell'Indagine di Qualità Percepita dagli utenti dell'ASMN - anno 2004/2005

Tempi di attuazione	Anno 2004												Anno 2005											
	Gia	Lug	Ag	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Gi	Lug	Ag	Set	Ott	Nov	Dic					
Fasi operative e strumenti																								
Preparazione della rilevazione (definizione dell'ambito e dell'obiettivo dell'indagine, identificazione delle risorse interne ed esterne, predisposizione del modello di indagine più adeguato)																								
Progettazione degli strumenti di rilevazione (questionari), delle modalità di somministrazione e struttura del campione																								
Stesura piano di comunicazione e piano di distribuzione/circolo questionari																								
Presentazione della strategia di comunicazione interna ed esterna																								
Convolgimento degli operatori delle U.O. e dell'URP																								
Somministrazione dei questionari (accetta dati in base al calendario fissato)																								
Elaborazione ed interpretazione dei dati																								
Trasmissione primi risultati alla regione sulle domande inerenti il trattamento del dolore (inserite nei questionari per le CO e SO)																								
Affissione e utilizzo dei risultati all'interno dell'ospedale																								
Predisposizione del piano di miglioramento (ove necessari)																								
Verifica dei piani di miglioramento																								

Il coordinamento dell'indagine è a cura del Servizio Sviluppo Organizzativo, il quale ha anche sviluppato sia il piano di comunicazione dell'indagine che il piano per l'utilizzo dei risultati all'interno del sistema qualità. Il piano di comunicazione prevede 2 momenti e per ognuno le azioni si diversificano a seconda del target di riferimento:

Pre-indagine	
<p>Target utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione al CCM del piano di indagine • affissione di manifesti con slogan in tutte le unità operative • messaggi da trasmettere sul video presente nell'atrio ed in internet 	<p>Target professionista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lettera a tutte le caposala (personale maggiormente coinvolto) e primari • newsletter Arianna Line • inserimento e continuo aggiornamento del materiale in uno spazio in intranet
Post-indagine	
<p>Target utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diffusione dei risultati tramite manifesti o depliant di immediata comprensione • comunicazione dei risultati al CCM • messaggio di ringraziamento sia al personale che agli utenti (video) 	<p>Target professionista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • articolo sul giornalino con i risultati dell'indagine e ringraziamenti per gli operatori che hanno reso possibile l'iniziativa • newsletter Arianna Line

Quale utilizzo dei risultati? Aspetto importante è che i dati della valutazione della Qualità Percepita non restino fine a sé stessi ma siano utilizzati per individuare le criticità e definire le conseguenti azioni di miglioramento. Nella predisposizione del piano di utilizzo dei risultati si propongono infatti momenti di confronto e di discussione dei risultati dell'indagine all'interno dei dipartimenti, di predisposizione dei piani di miglioramento in maniera congiunta dai referenti delle reti, ed il monitoraggio periodico dei risultati. I buoni risultati dell'indagine saranno possibili solo con il supporto attivo di tutto il personale dei reparti e servizi, per questo li ringraziamo per l'impegno ed il tempo che dedicheranno.



A proposito *di vasculiti*

a cura di: **Dott. Bruno Tumiatì** – U.O. Medicina II

www.vasculiti.it

La prossima pubblicazione, sulla importante rivista specialistica *Clinical Rheumatology* (Springer-Verlag London) organo ufficiale della lega internazionale delle associazioni per la reumatologia, di un lavoro scientifico nato al Santa Maria Nuova, intitolato "Limited Wegener's granulomatosis can hide severe central nervous system involvement." (Autori: Dr. B. Tumiatì, Dr. G. Zuccoli, Dr. ssa. L. Pavone, Dr. C. Buzio) offre l'occasione di parlare un po' più diffusamente delle vasculiti e dei medici che se ne occupano. Nello studio (retrospettivo) è stato esaminato un gruppo di pazienti affetti da Granulomatosi di Wegener riscontrando nel 10% dei casi un interessamento del sistema nervoso centrale. Si tratta di una malattia rara che colpisce prevalentemente reni, polmoni e prime vie aeree. Soprattutto quando queste ultime sono interessate è più frequente trovare un coinvolgimento cerebrale che a volte è asintomatico o è accompagnato, almeno inizialmente, da sintomi di scarsa rilevanza clinica.

Per tale motivo nelle forme con severo interessamento delle prime vie aeree può essere indicato un approfondimento specialistico neuroradiologico come evidenzia il lavoro in via di pubblicazione su *Clinical Rheumatology*.

Clinical Rheumatology

Journal of the International League of Associations for Rheumatology

Questo studio è nato dalla collaborazione tra la Divisione di Medicina 2 e il Servizio di

Radiologia del Santa Maria Nuova con il Dipartimento di Clinica Medica e Nefrologia dell'Università di Parma. Si tratta di un sodalizio culturale, vecchio ormai di 8 anni, che ha portato alla costituzione di un gruppo di studio multidisciplinare: *Se.Pri.Va* (gruppo per lo studio delle Vasculiti primitive e secondarie) che ha l'obiettivo di raccogliere e studiare una casistica così rara e complessa come quella rappresentata dalle Vasculiti. Grazie alla nascita del sito Internet www.vasculiti.it circa 7 anni fa, numerosi

pazienti da tutta Italia hanno potuto trovare un punto di riferimento, un consiglio o un aiuto per affrontare la loro patologia, spesso poco conosciuta e di difficile identificazione. A testimonianza di ciò vi sono le oltre 90.000 visite alle pagine del sito e gli oltre 2000 contatti con richieste d'aiuto o di consulenze.

Numerosi di questi pazienti inoltre sono stati ricoverati presso la nostra Divisione di Medicina per puntualizzazioni diagnostiche e terapeutiche e proseguono attualmente il loro "follow-up" presso i nostri ambulatori. Il sito Internet rappresenta inoltre un utile strumento di aggiornamento per il medico di Medicina Generale, che può avvalersi della ricca parte iconografica difficile da reperire data la rarità delle patologie. Il lavoro svolto in questi anni con spirito di condivisione professionale ha portato a raccogliere una vasta casistica (forse la più ampia a livello nazionale) su questo tipo di malattie contribuendo ad aumentarne la comprensione sia nella comunità scientifica che fra i pazienti.



La Valutazione Multidimensionale:

uno strumento tecnologico specifico per la geriatria

Il ruolo che svolge l'infermiere in una Unità operativa di Geriatria per Acuti (Acute Care for Elderly Unit – ACE Unit) si differenzia dagli altri reparti di medicina internistica per diversi aspetti culturali ed operativi, determinati dalla specificità dei pazienti, dalla complessità degli obiettivi da raggiungere e, di conseguenza, dalla specificità della metodologia di lavoro richiesta.



Infatti una Unità ACE ha come target non soltanto il paziente ultrasettantacinquenne quanto l'anziano "fragile", cioè l'anziano, spesso con polipatologia, in cui l'evento acuto, medico, funzionale o psico-sociale, può determinare la perdita dell'autosufficienza (Working Group on Targeting Criteria for Geriatric Evaluation and Management Research 1988).

La condizione di fragilità, seppure non ancora completamente definita, riconosce numerose componenti (cliniche, psico-sociali, ambientali) che necessitano di valutazione complessiva e contemporanea per potere raggiungere l'obiettivo peculiare dell'intervento geriatrico cioè non solo la guarigione della malattia che ha determinato il ricovero, peraltro non sempre possibile in questi pazienti, ma soprattutto il mantenimento dell'autosufficienza e di una buona qualità di vita.

Per tale motivo, fin dagli esordi in Inghilterra negli anni 30, la specialità geriatrica si è caratterizzata per la multidisciplinarietà e multiprofessionalità, espressa dalla Unità di Valutazione geriatrica (UVG), sia essa funzionale o strutturata, il cui nucleo fondamentale è costituito dal medico geriatra, dall'infermiere geriatrico e dall'assistente sociale (nei paesi anglosassoni anche dal dietista e dal farmacista), ma coinvolge spesso il riabilitatore oltre a ogni altro specialista utile al caso. Questo team collabora sia alla valutazione dei problemi che alla definizione degli interventi e degli obiettivi per il paziente. A tal fine utilizza una metodologia originale che costituisce lo strumento tecnologico specifico della medicina geriatrica: la valutazione multidimensionale geriatrica (VMD).

Essa si avvale di scale standardizzate e validate che esplorano gli aspetti clinici, funzionali,

psico-affettivi, sociali e ambientali, allo scopo di

- 1) rilevare e quantificare i problemi del paziente
- 2) definire l'intervento più appropriato e personalizzato per risolverli,
- 3) misurare i risultati ottenuti,
- 4) comunicare in modo oggettivo agli altri operatori della rete clinico-assistenziale le informazioni sul paziente,
- 5) se necessario, individuare geriatrica assistenziale più adatto alla dimissione.

Metanalisi di studi controllati hanno dimostrato l'efficacia di tale metodologia nel ridurre i costi del trattamento medico, dell'ospedalizzazione e istituzionalizzazione, nonché nell'aumentare la capacità funzionale, il livello cognitivo e del tono dell'umore e di prolungare la sopravvivenza.

In questo contesto l'infermiere geriatrico collabora, per quanto di propria competenza, a tutti i momenti della metodologia suddetta, sia mediante l'esecuzione diretta di alcuni strumenti, sia utilizzando i risultati della valutazione globale per la definizione dei programmi personalizzati, degli obiettivi di cura, delle dimissioni protette ecc.

In specifico gli strumenti di valutazione che l'infermiere somministra direttamente al paziente nel momento dell'accoglienza e durante la presa in carico sono:

- 1) strumenti di valutazione del rischio di lesioni da decubito;
- 2) strumenti di valutazione dello stato funzionale.
- 3) La valutazione del rischio di contrarre una lesione da decubito è un importante obiettivo da perseguire sia ai fini della prevenzione che dell'allocazione di risorse umane e tecniche verso i pazienti che necessitano di un intervento evitando, con un buon margine di sicurezza, di adottare misure inutili verso i pazienti non a rischio.

Presso la nostra U.O. si utilizza la SCALA DI BRADEN (Braden e Bergstram, 1987) che prende in considerazione sei indicatori: percezione sensoriale, umidità, attività motoria, nutrizione, frizione e scivolamento, definiti in modo particolareggiato mediante 23 variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 e da 1 a 3 per la variabile "frizione e scivolamento". Questa scala si basa sul principio secondo il quale minore è il valore, maggiore è il rischio. Si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a 16 (alto rischio=6;basso rischio=23).

- 4) Gli strumenti di valutazione dello stato funzionale, indagano la capacità di compiere una serie di attività caratterizzate da un diverso grado di complessità e di conservare un ruolo sociale.

In relazione alla complessità e alla difficoltà di esecuzione le attività della vita quotidiana possono essere definite di base (BADL, Basic Activities of daily living), e strumentali (IADL Intrumental Activities of daily living), avanzate (AADL Advanced activities of daily living).

Nel momento dell'accoglienza del paziente e durante la presa in carico, l'infermiere indaga direttamente sulle attività di base della vita quotidiana (BADL), che sono riconducibili a quell'insieme di funzioni semplici che consentono il soddisfacimento dei bisogni fondamentali della persona, attraverso la KATZ ADL SCALE (Katz et al., 1970), una delle più studiate, che valuta l'indipendenza del soggetto in sei funzioni fondamentali della vita quotidiana: la capacità di effettuare il bagno nella vasca o nella doccia, di vestirsi, di utilizzare i servizi igienici, di compiere i movimenti di entrata e uscita dal letto, di controllare l'evacuazione di urine e feci, di alimentarsi.

Nella descrizione della funzione il termine "assistenza" significa sorveglianza, guida, oltre ...



che assistenza personale diretta. Per ciascuna delle funzioni elencate deve essere contrassegnata la descrizione che meglio corrisponde alla situazione del paziente.

Rispetto alle funzioni elencate l'indipendenza è considerata la capacità del soggetto di svolgere le diverse attività senza una supervisione o l'aiuto di altri (tranne che per le attività relative all'igiene personale, l'abbigliamento e all'alimentazione nelle quali si considera il soggetto autosufficiente anche se è necessario un minimo intervento di supporto).

Il soggetto che si rifiuta di svolgere una funzione è considerato non autosufficiente in quella funzione anche se si pensa che sia oggettivamente in grado di svolgerla.

Per stimare l'indice di Katz si attribuisce un punto ad ogni funzione dipendente così da ottenere un risultato uguale a zero in caso di totale autosufficienza, e un risultato pari a sei in caso di completa dipendenza in tutte le funzioni analizzate. La scala di valutazione delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL – Lawton 1969) rileva invece l'autonomia del paziente per attività più complesse quali l'uso del telefono, fare acquisti, usare i mezzi di trasporto, assumere correttamente i farmaci, maneggiare il denaro (per maschi e femmine), pulire la casa, fare il bucato e cucinare (solo per le femmine). Per ciascuna delle funzioni viene attribuito un punteggio di 1 (autosufficiente) o 0 (non autosufficiente). È considerato autosufficiente chi totalizza almeno un punteggio di 6 (almeno 4 nel caso dei maschi). Purtroppo tale scala può essere utilizzata all'ingresso per valutare lo stato funzionale premorbo ma non può essere ripetuta come controllo alla dimissione in quanto parte delle funzioni da valutare non sono esplicabili in ambito ospedaliero.

La valutazione funzionale comprende anche alcune

informazioni circa le attività avanzate (AADL), cioè praticare sport o altri hobbies, viaggiare, soddisfare interessi culturali ecc. che non sono necessarie per l'autonomia ma esprimono una elevata qualità di vita e la perdita delle quali sembra un fattore predittivo di successivo declino funzionale.

Ogni valutazione è riferita alle condizioni premorbose acute e quindi, abitualmente, alle caratteristiche funzionali del paziente due settimane prima del ricovero. Naturalmente non tutte le scale devono essere necessariamente somministrate, in quanto una completa non autosufficienza per le ADL esclude la necessità di valutare le attività strumentali, mentre una completa autonomia per le AADL comporta in genere l'integrità delle altre funzioni.

Inoltre compete all'infermiere, in stretta collaborazione con l'OSS, la rilevazione quantitativa dell'alimentazione e la compilazione della carta geriatrica per la valutazione dell'incontinenza urinaria. Poiché, a differenza della maggior parte delle Unità ACE, nel nostro contesto non esiste un'assistente sociale dedicata esclusivamente all'equipe geriatrica, all'ingresso l'infermiere, insieme al medico, raccoglie anche alcune informazioni di pertinenza socio-assistenziale (caratteristiche del nucleo familiare, attività lavorativa, condizioni economiche e abitative, eventuale uso dei servizi sociali ecc.), che, se necessario, consentiranno la successiva attivazione del Servizio Sociale ospedaliero e/o territoriale. La valutazione globale comprende poi scale che vengono somministrate in prevalenza o esclusivamente dal medico geriatra: l'Index of Disease geriatrica (IDS- Greenfeld 1987) che valuta il numero e la gravità delle patologie del paziente, al fine di definire la comorbilità, fattore in grado di influenzare la presentazione dei sintomi, la risposta al trattamento, la prognosi



clinica e funzionale a breve termine e quindi la durata della degenza ospedaliera, l'uso dei servizi assistenziali territoriali, l'aspettativa di vita.

L'Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II – Knaus 1985), indicatore prognostico della sopravvivenza a breve termine del paziente critico.

Il Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein 1975) che valuta le capacità cognitive (orientamento temporo-spaziale, memoria di fissazione, attenzione e calcolo, memoria recente, linguaggio, prassia costruttiva) del soggetto come screening di base per eventuali ulteriori indagini.

La Geriatric Depression Scale (GDS, Brink e Yesavage, 1982) per la valutazione del tono dell'umore.

La scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura (Tinetti, 1986) che consente di evidenziare molti dei fattori che determinano il rischio di cadute e di scegliere interventi mirati per ridurre tale rischio. Indipendentemente dall'operatore che somministra le scale, va rimarcato che le informazioni raccolte sono comunque utilizzate da tutti i professionisti per definire programmi e obiettivi clinici e di nursing

personalizzati, nonché per valutare il supporto assistenziale più utile alla dimissione.

Questo approccio multidimensionale ha comportato il bisogno per tutte le figure dell'equipe, in particolare per i medici e gli infermieri, ma anche per gli OTA, OSS, le assistenti sociali e i fisioterapisti, di adottare uno strumento informativo unico che sostituisca la cartella clinica e quella infermieristica, dove siano raccolte tutte le informazioni

utili all'equipe di cura e descritti i programmi, gli obiettivi, le terapie farmacologiche e riabilitative, nonché gli eventi avversi e i risultati ottenuti.

Per tale motivo è stata progettata una cartella clinica integrata, in via di adozione, mentre si stanno valutando modelli di lettera di dimissione integrata, come espressione concreta della corresponsabilità di tutta l'equipe nel processo di cura. Infine va rilevato che l'integrazione non è solo un bisogno dell'equipe intraospedaliera, ma coinvolge necessariamente la rete clinico-assistenziale extraospedaliera, in quanto la continuità delle cure è un elemento fondamentale per il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità di vita dell'anziano.

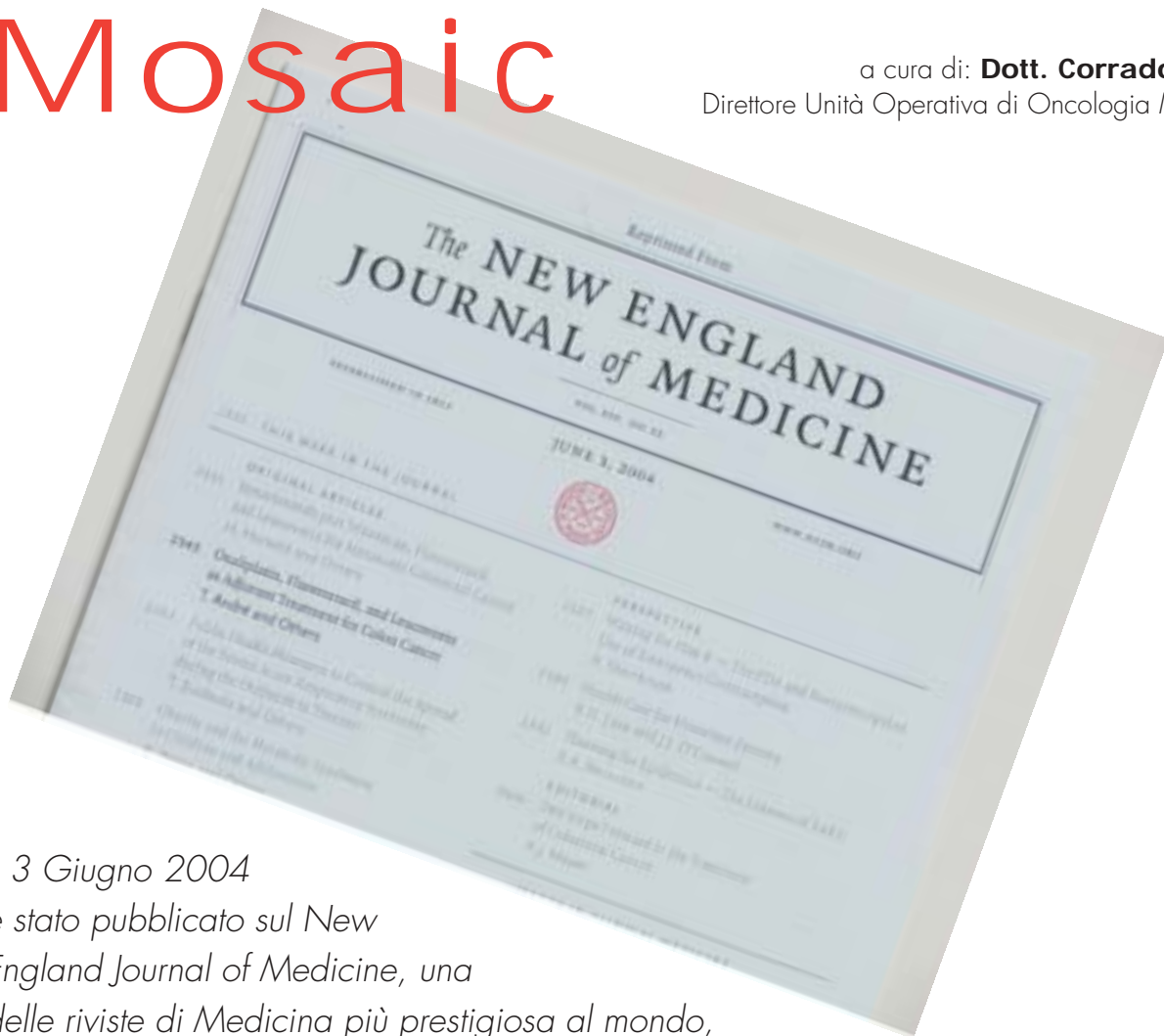
A tale scopo è stato approntato e viene abitualmente utilizzato uno strumento informatizzato per ottimizzare le procedure di avvio delle dimissioni protette, il cui utilizzo è stato proposto a tutte le U.O. del nostro ospedale.

a cura di: **Vecchi Orietta e Dott.ssa Davoli Maria Luisa** U.O. di Geriatria



Mosaic

a cura di: **Dott. Corrado Boni**
Direttore Unità Operativa di Oncologia Medica



Il 3 Giugno 2004 è stato pubblicato sul New England Journal of Medicine, una delle riviste di Medicina più prestigiosa al mondo, un articolo che contiene i risultati di uno studio internazionale, denominato MOSAIC (confronto fra lo schema FOLFOX, contenente il nuovo farmaco Oxaliplatino, e il trattamento standard con Fluorouracile), su una nuova chemioterapia adiuvante nel cancro del colon; tale neoplasia è di rilevante importanza, occupando il secondo posto per mortalità, dopo il cancro del polmone, con poco meno di 20.000 morti all'anno in Italia.

I primi dati erano già stati presentati un anno fa all'ASCO meeting di Chicago dal prof. Aimery de Gramont di Parigi (abstract e comunicazione orale), suscitando un notevole interesse a livello internazionale, tanto da contribuire a fare registrare l'Oxaliplatino negli Stati Uniti, con approvazione FDA, nel cancro del colon (ASCO sta per American Society of Clinical Oncology, il cui congresso annuale è il più importante riferimento

internazionale).

Lo studio, di grandi dimensioni, con 2246 pazienti provenienti da 146 centri in 20 nazioni (1123 per tipo di trattamento), ha visto l'Unità Operativa di Oncologia Medica dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia giocare un ruolo di primo piano, con la partecipazione fin dall'inizio alla progettazione e alla stesura del protocollo, la responsabilità di Centro Coordinatore della

sperimentazione per i 10 centri italiani, e con un numero di pazienti inseriti nello studio che è stato il secondo in assoluto a livello internazionale, secondo solo a Parigi.

Nel 1990, grazie proprio ad un altro studio dell'Intergruppo nordamericano, facente capo alla Mayo Clinic, pubblicato dal dr. Moertel sul New England Journal of Medicine, fu dimostrata per la prima volta l'efficacia di una chemioterapia precauzionale con Fluorouracile, somministrata per un anno, dopo intervento chirurgico radicale per carcinoma del colon stadio III (pazienti ad alto rischio, con metastasi linfonodali).

I pazienti sottoposti a chemioterapia manifestarono una riduzione della mortalità del 33% rispetto a quelli sottoposti a sola chirurgia (sopravvivenza a 7 anni del 61% rispetto al 44%). In seguito ai risultati di questo fondamentale studio di Moertel, la chemioterapia adiuvante con fluorouracile è diventata standard, e obbligatoria, in tutto il mondo, per i pazienti in stadio III, dopo la chirurgia.

Da allora, a livello internazionale, sono stati condotti numerosi altri studi che, fino ad ora, non erano riusciti a migliorare ulteriormente i risultati ottenuti nel 1990.

Lo studio MOSAIC ha evidenziato per la prima volta, dopo 13 anni dalla dimostrazione di efficacia della terapia con fluorouracile, un ulteriore miglioramento significativo della sopravvivenza libera da malattia nei pazienti operati per carcinoma del colon, sia stadio II (senza metastasi ai linfonodi) che III, utilizzando lo schema FOLFOX piuttosto che la terapia standard con Fluorouracile (ulteriore riduzione del rischio di recidiva del 23%); i 1123 pazienti trattati con FOLFOX, contenente il nuovo farmaco Oxaliplatino, hanno presentato una sopravvivenza libera da malattia del 78,2%, significativamente superiore al 72,9% dei 1123 pazienti trattati con Fluorouracile.

Nei pazienti in stadio III trattati con lo schema FOLFOX la sopravvivenza libera da malattia è stata del 72 %, significativamente superiore rispetto al 65 % dei pazienti trattati con il solo fluorouracile (riduzione del rischio di recidiva del 24%); il progresso è enorme se si considera che la sopravvivenza ottenibile con la sola chirurgia in questo stadio era solo del 44% appena 14 anni fa. Si prevede che questo trattamento diventerà il nuovo standard mondiale di terapia adiuvante per il cancro del colon, per almeno i prossimi 5 anni. Possiamo calcolare che l'applicazione di questa terapia salverà la vita a circa mille pazienti in più all'anno, riducendo la mortalità per tumore del colon stadio II e III di circa il 50% rispetto alla sola chirurgia. E' per tali motivi che, unitamente ai miei collaboratori, provo una grande soddisfazione per aver dato un contributo alla riuscita di questo importante studio, che avrà una ricaduta immediata a favore dei nostri pazienti.

Ringraziamento

Il Sig. Dallaglio chiede di pubblicare sulla rivista aziendale

A nome mio e della mia famiglia desidero formulare i miei più sentiti ringraziamenti al Dott. Pedrazzoli Claudio Primario della Chirurgia ed al Dott. Iori Ido Primario della Medicina I per la loro umanità, l'alta professionalità e la disponibilità riservatami in occasione del mio ricovero nei loro rispettivi reparti. Un grazie particolare alla dottoressa Chiara Trenti della medicina I per aver seguito giorno per giorno il decorso della mia malattia con tanta pazienza, premura e scrupolosa professionalità. Grazie e cordiali saluti.

Dallaglio Carmelo
Castelnovo di Sotto (RE)



Ricerca finanziata da **Blumet** (Abo Project)

Da aprile 2004, il servizio di Anatomia Patologica del nostro Ospedale, assieme al dipartimento integrato di Oncologia ed Ematologia Università di Modena, Istituto Naz. Tumori di Milano e il Centro regionale Indicatori Biochimici di Tumore a Venezia, Department Chemical Endocrinology-University Hospital Nijmegen, collabora a un progetto scientifico sui biomarcatori nel tumore della mammella dal titolo:

"Determinazione delle proteasi uPA e PAI -1 nel tessuto di tumore mammario e confronto con la CICLINA E per valutare l'aggressività biologica e clinica della malattia."

Questi biomarcatori appartengono alla famiglia delle proteasi, responsabili della degradazione della barriera che impedisce al tumore di diffondersi. Per questo motivo la loro concentrazione nei tessuti tumorali è legata all'aggressività del tumore e alla diffusione di metastasi e quindi sapere la concentrazione nel tessuto ci permette di valutare più precisamente il rischio di ricaduta e di costruire un protocollo terapeutico più personalizzato.

Tale ricerca è coordinata da ABO project (www.aboproject.it), un'organizzazione nata in seno al sistema confindustriale italiano, impegnata nella sensibilizzazione del mondo imprenditoriale nei confronti della ricerca oncologica.

ABO PROJECT ha già raccolto l'adesione di oltre 150 imprese del nord Italia tra cui la reggiana BLUMET S.P.A., società che si occupa dell'erogazione di gas metano in tutta l'Emilia Romagna, che ha risposto alla proposta di ABO

PROJECT con l'adozione dell'intero progetto di ricerca ad una condizione, che a partecipare fossero anche pazienti delle province di Modena e Reggio Emilia. Da cui la richiesta di collaborazione al nostro servizio.

Come si conduce lo Studio.

Lo studio viene eseguito su campioni tissutali freschi, prelevati dall'anatomo patologo al momento dell'esame istopatologico di un tumore mammario primitivo. Per ogni caso viene prelevato sia un frammento di tessuto neoplastico che di tessuto sano adiacente la neoplasia, viene congelato in azoto liquido e stoccato a -80° indi inviato al centro ABO di Venezia assieme alla scheda con la diagnosi, la stadiazione istopatologica e la caratterizzazione biologica della neoplasia.

L'investimento globale di BLUMET nell'arco di 3 anni è pari a Euro 320.000. Il progetto avrà durata complessiva di 24 mesi con uno step di verifica stato avanzamento lavori dopo i primi 6 mesi. L'iniziativa è stata presentata da BLUMET alla cittadinanza reggiana il 7 settembre con un dibattito dal titolo: *"CONNUBIO Privato- Pubblico nella ricerca"*. Quando si parla di ricerca in ambito oncologico bisogna distinguere tra ricerca di base e ricerca di trasferimento. La ricerca di base studia i meccanismi biologici che danno origine ai tumori e che ne favoriscono la crescita e la diffusione. La ricerca di base è sicuramente essenziale al progresso della conoscenza, ma presenta un limite nella quantità delle informazioni prodotte.

Spieghiamo meglio: ogni anno vengono pubblicati



Da sinistra: il Presidente di Blumet (Marco Vaccari), il Direttore del Dipartimento di Oncoematologia A.S.M.N. (dott. Giorgio Gardini), il Direttore del Dipartimento di Oncoematologia del Policlinico di Modena (prof. Pier Franco Conte, l'Amministratore delegato di Abo Project (Massimo Codato)

2 milioni di lavori scientifici in ambito biomedico. Confrontando l'entità di questa produzione scientifica con l'entità dei miglioramenti significativi nella diagnosi e nella terapia riscontrabili annualmente, si capisce che la gran parte delle scoperte fatte dalla ricerca di base non passa alla applicazione clinica, ed è proprio a questo punto che si pone la ricerca di trasferimento che ha due compiti: uno di trasformare i meccanismi e le molecole scoperte dalla ricerca di base in test diagnostici e farmaci. L'altro di collaudare questi farmaci e questi test diagnostici in modo che siano adatti all'uso clinico. In altre parole deve verificarne la sicurezza, l'affidabilità, l'efficacia e deve monitorare la qualità e l'appropriatezza d'impiego.

A questo punto, quando siamo già al letto del malato, si capisce come anche in un ospedale bene organizzato come il nostro, si può fare ricerca clinica. Nel nostro dipartimento ci sono attualmente svariati studi aperti sui nuovi farmaci biologici nelle neoplasie.

Per fare in esempio, nell'ambito del tumore mammario il nostro ospedale è stato uno dei primi

in Italia a mettere a punto test diagnostici molecolari per consentire l'utilizzo appropriato di questi farmaci. All'inizio, quando ancora i test non erano entrati in routine, c'è stato bisogno del sostegno di enti diversi dal SSN, che rimborsa esclusivamente le prestazioni essenziali di assistenza. Ecco quindi lo spazio del privato che in sinergia col pubblico può intervenire. Nel caso di Blumet, che ha finanziato ABOPROJECT noi otterremo fondi da reinvestire nell'ultimo step della ricerca traslazionale, quella appunto che si fa al capezzale del malato fornendogli gli ultimi ritrovati della ricerca, quali nuovi test e nuovi farmaci. In futuro la determinazione delle proteasi uPA e PAI -1 nel tessuto di tumore mammario sarà probabilmente un test fondamentale e obbligatorio per la personalizzazione della terapia del cancro della mammella. Per un malato neoplastico, la tempestività di applicazione dei ritrovati della ricerca medica "fa la differenza" ed è giusto fare di tutto per fagliela ottenere.

a cura di: **Dott.ssa Marcella Flora**
U.O. di Anatomia Patologica



L'allattamento materno in Neonatologia

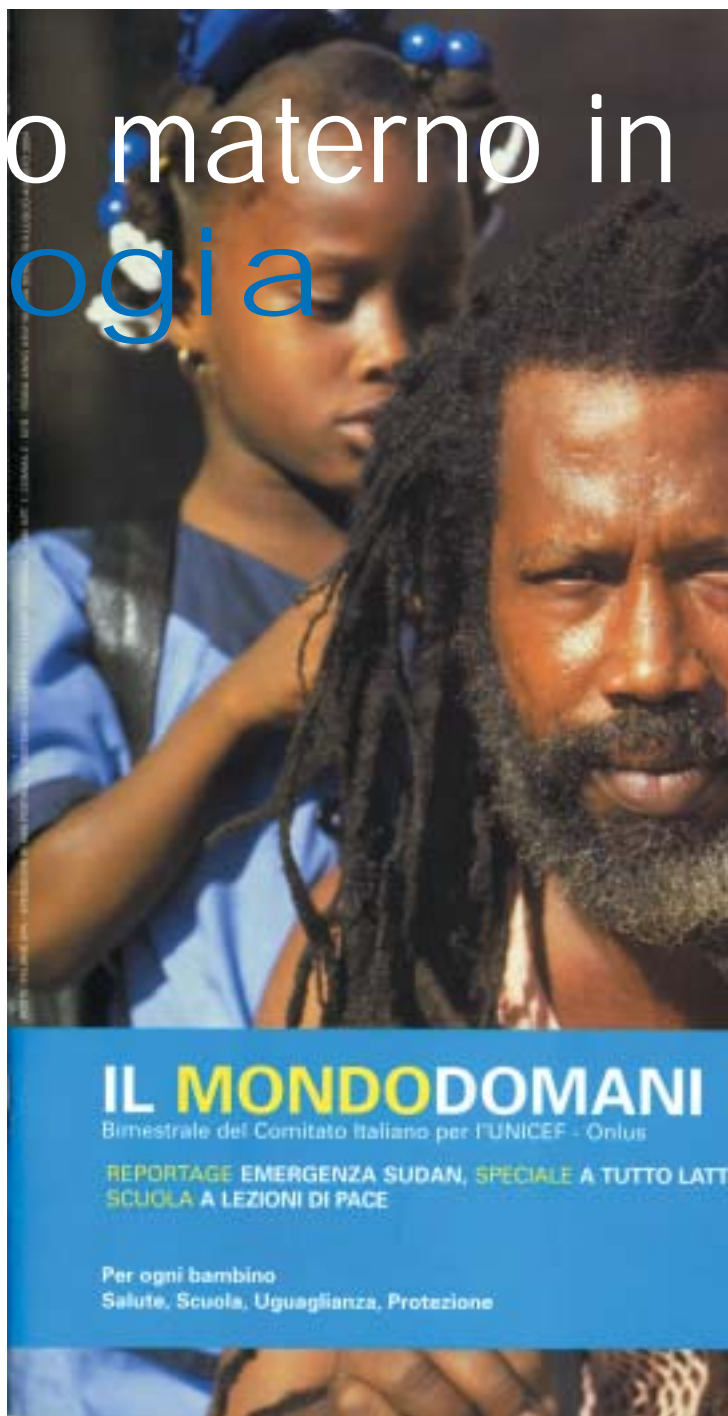
Storie di mamme, di latte e di bimbi piccolissimi

a cura di: **Dott. G. Bonacini** neonatologo, **P. Beltrami** infermiera professionale, **Ave Lupi** caposala, **Dr.ssa P. Fagandini** psicologa • Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova Reggio Emilia


"Penso a Laura, al mio desiderio di nutrirla con il mio corpo, alla sua voglia del mio latte, alla sua voglia di crescere e di svegliarsi, per uscire di lì. Dopo pochi giorni il latte arriva: pochissimo, una miseria, meno di 50 cc al giorno, ma più che sufficienti per la mia piccola che ne prende 2cc a poppata. Che soddisfazione! Non è facile immaginarlo per chi non l'ha provata. Sono orgogliosa di esserci riuscita, di poter fare almeno una cosa importante per Laura, recuperare un pò la mia dignità di madre".

"Laura" di Giovanna Cavalletti - Le maschere Marsilio edizioni

Dal 1999 nell'ospedale S.Maria Nuova di R.E. abbiamo cercato di modificare le condizioni strutturali, organizzative e culturali per consentire un più stretto rapporto tra mamma e neonato e per promuovere e sostenere l'allattamento al seno con riferimento alle indicazioni OMS/Unicef note come i "10 passi". Il percorso formativo del personale è stato il presupposto per modificare l'organizzazione delle cure perinatali e neonatali che creavano situazioni sfavorevoli al successo dell'allattamento. Siamo passati da una fase di Nido aperto alla possibilità concreta per la madre di tenere il bambino in stanza 24 ore su 24 garantendo l'alimentazione a richiesta anche nelle ore notturne anche se è ancora necessario motivare



e sostenere le madri sull'utilità di poppate molto frequenti senza orario fisso e durata prestabilita. L'attaccamento precoce entro mezz'ora dalla nascita del bambino è ormai una routine assistenziale favorita principalmente dalla ostetrica e a dalla infermiera del nido in sala parto. Ci siamo sforzati di concordare una dimissione dal punto nascita non solo precoce ma anche minimamente protetta: in caso di difficoltà è prevista una consulenza



telefonica col personale del nido e le ostetriche di reparto, viene sempre concordata col pediatra del nido una visita dopo 4-5 giorni, viene offerta la possibilità di una visita domiciliare gratuita dell'ostetrica del consultorio familiare e vengono fornite informazioni sui gruppi di sostegno mamma a mamma e di consulenza tra pari. Viene pertanto istituito in Ospedale un ambulatorio dell'allattamento gestito dalle ostetriche in collegamento con i pediatri del punto nascita e di famiglia, ad accesso libero e gratuito. Ma le difficoltà sono ancora molte; paradossalmente abbiamo ottenuto maggiori successi in Neonatologia. I genitori che vivono il trauma della nascita pretermine "sentono" l'importanza del latte materno. Le mamme, forzatamente separate dai loro neonati, entrano in reparto nei primi giorni di ricovero con lo sguardo affranto quando ci consegnano la boccetta con pochi cc di latte, ma la loro espressione si trasforma

in gioia e orgoglio quando le informiamo che la poca quantità è comunque sufficiente a coprire il bisogno quotidiano del loro bambino (come racconta la mamma di *Laura* nel suo libro). Anche in situazioni molto gravi, quando per il rischio di decesso del neonato o per serie complicanze della madre, vengono somministrati i farmaci per interrompere la lattogenesi, abbiamo visto mamme che, non appena possono avvicinarsi all'incubatrice,

toccare il loro bambino, "sentono il latte arrivare". La mamma di *Francesco*, a cui in gravidanza era stata diagnosticata una patologia incompatibile con la vita, quando dopo 15 giorni dal parto lo ha potuto prendere tra le braccia, ha visto bagnarsi il camice di latte e "si è sentita mamma finalmente". Sopravvivere, crescere, allattare in Neonatologia non è facile. Il piccolo pretermine ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale si trova nelle condizioni di non poter stimolare efficacemente la lattogenesi materna, per questo, se non opportunamente aiutate, le madri in Terapia Intensiva Neonatale perdono il latte prima o poi. Il periodo sensibile per questo importante e delicato processo sono le prime due settimane dopo il parto. La suzione è un processo complesso che riguarda lo sviluppo neuroevolutivo del neonato pretermine, pertanto la capacità di succhiare è determinata dall'età gestazionale, dalle condizioni cliniche ma anche dagli stimoli che il piccolo riceve dall'ambiente. Perché possa essere sostenuto l'allattamento al seno in Neonatologia **il reparto deve essere aperto ai genitori.**

Cosa accade ad un bambino quando nasce prematuramente? Proviamo a chiederci quali effetti può avere per questi neonati l'improvvisa assenza di confini, di contenimento, la pressione schiacciante della forza di gravità, l'eccesso di suoni, luci, esperienze dolorose ben diverse da quelle fisiologiche, ma soprattutto la separazione dalla madre... *Un bambino esiste se viene pensato ed amato...* Ma i genitori, dapprima spaventati dall'aspetto e dalla fragilità del proprio bambino, per poter accudirlo hanno bisogno essi stessi di sostegno, accompagnamento, di una guida da parte degli operatori del reparto, per poter trovare pian piano la "distanza-vicinanza" giusta e il senso del tempo loro e del loro bambino. L'allattamento materno è parte fondamentale di questo delicato processo che cerca di

...



L'allattamento materno in Neonatologia

salvaguardare la costruzione del legame tra genitori e figli anche in situazioni al limite tra la vita e la morte, per favorire la sopravvivenza fisica e mentale del neonato pretermine.

Nel nostro reparto cerchiamo di tenere in mente, nella cura del bambino, anche questi fondamentali aspetti di care.

Sono stati condotti degli studi scientifici sull'allattamento al seno precoce (P. MEIER 88-96 BLAYMORE e BIER 93-97 DOWLING 99) e questi studi hanno provato che per il bambino pretermine, contrariamente a quanto si è soliti pensare, è molto più faticoso succhiare dal biberon che dal seno. Il neonato al raggiungimento della trentaduesima settimana di età gestazionale può alimentarsi al seno. Ma deve essere lasciato a contatto con il corpo della madre per molto tempo in modo da permettere l'incontro tra bambino e seno: il metodo ideale per imparare a succhiare al seno è il Marsupio o Kangaroo mother care.

Il bambino può succhiare il seno durante il Marsupio anche mentre è in ventilazione con NASAL CPAP con un'unica avvertenza: svuotare preventivamente il seno per non sommergerlo di latte.

Anche i bambini che non possono succhiare il latte direttamente dal seno dovrebbero, durante il gavage, poter succhiare il seno anche vuoto per stimolare la digestione.

Praticamente tutte le mamme la prima volta che possono provare il Marsupio

e attaccare al seno il proprio bambino dicono: "è come se avessi partorito oggi". Riappropriarsi del bambino, sentirlo finalmente come un figlio ha un sensibile effetto sulla lattogenesi, avere il bambino tra le braccia per una donna significa finalmente potersi aprire all'idea di essere una vera madre. La presenza del padre, accanto alla madre, in Neonatologia, permette alla madre di sentirsi protetta e sostenuta come dovrebbe essere ogni madre che allatta il proprio figlio.

Dr. Giovanni Biondi - Neonatologo
Patrizia Bistranti - Infermiera professionista
Ave Luigi, ospedali
Piazzale Cristina Fagnano, Livorno
Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova - Reggio Emilia



STORIE DI MAMME E DI BIMBI PICCOLISSIMI

L'allattamento materno in Neonatologia



Del 1990 nell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia abbiamo cercato di modificare le condizioni strutturali, organizzative e culturali per consentire un più stretto rapporto tra mamma e neonato, e per promuovere e sostenere l'allattamento al seno con riferimento alle indicazioni OMS/UNICEF, note come i "10 passi". Il percorso formativo del personale è stato il presupposto per modificare l'organizzazione delle cure perinatali e neonatali che creavano ostacoli evidenti al successo dell'allattamento. Siamo passati da una fase di ridotta apertura alla possibilità concreta per la madre di tenere il bambino in stanza 24 ore su 24 garantendo l'alimentazione a richiesta nelle ore notturne anche se è ancora necessario motivare e sostenere le madri sull'utilità di poppare molto frequenti senza orario fisso e durata predefinita. L'attaccamento precoce entro mezz'ora dalla nascita del bambino è ormai una routine assistenziale favorita prioritariamente dall'ostetrica e dall'infermiera del nido in sala parto. Ci siamo svenati di concordare una definizione del "punto nascita" non solo precoce, ma anche intenzionalmente protetto. In caso di difficoltà è prevista una consulenza telefonica col personale del nido e le ostetriche del reparto; viene sempre concordata col pediatra del nido una

"Penso a Laura, al mio desiderio di nutrerla con il mio corpo, alla sua voglia del mio latte, alla sua voglia di crearmi e di svegliarsi, per uscire di lì. Dopo pochi giorni il latte arriva pochissimo, una miseria, meno di 50 cc al giorno, ma più che sufficiente per la mia piccola che mi prende 2cc a poppata. Che soddisfazione! Non è facile immaginare per chi non l'ha provata. Sono orgogliosa di esserti riuscita, di poter fare almeno una cosa importante per Laura, recuperare un po' la mia dignità di madre."

Giovanna Cavallotti - Amore - Marsupio - latte - Culture Le maschere

-21



Laboratorio di Neuropsicologia



Da almeno 10 anni l'Arcispedale S.Maria Nuova accoglie un laboratorio specialistico di valutazione delle *funzioni cognitive superiori* (attenzione, memoria, linguaggio, ecc.): il **Laboratorio di Neuropsicologia**. Uno dei fini principali di questo ambulatorio-laboratorio è la diagnostica clinica, fondamentale nello studio di diverse malattie, quali demenze, esiti di trauma cranico, esiti di ictus o di interventi chirurgici, e quadri di diminuzione dell'efficienza cognitiva. La Valutazione Neuropsicologica consiste nel proporre al paziente una serie di compiti relativi alla memoria, all'attenzione, alla comprensione, al linguaggio, ed eventualmente altre funzioni cognitive; la valutazione comprende anche un colloquio clinico e di raccolta di una serie di dati relativi alla storia del paziente e dei suoi disturbi, sia con il paziente stesso che con un familiare convivente. La durata dell'esame (da 2 a 4 ore) dipende dal tipo di problematiche riportate, dalla velocità di esecuzione dei test e dalla quantità di test proposti. Viene prodotto un Referto che tiene conto di tutti gli aspetti indagati, riportando sia dati quantitativi che qualitativi. Se è vero che sempre maggiore importanza ha oggi una diagnosi corretta e di qualità, lo è ancor di più quando si ha a che fare con aree così delicate quali quelle neurologiche e psicologiche, per poter accompagnare il paziente lungo il percorso della malattia in modo adeguato e tenendo conto di tutta la persona, non solo dei suoi sintomi. E' un dato di fatto, ad esempio, che la maggior parte dei pazienti affetti da deterioramento cognitivo (Demenza) riceve un

inquadramento diagnostico spesso assai limitato o basato semplicemente su una etichetta emersa durante qualche visita specialistica senza uso di strumenti specifici di valutazione diagnostica. La diagnosi è un diritto del paziente, oltre che del suo care-giver, e noi abbiamo il dovere morale di definire la situazione per essere in grado di affrontarla al meglio. Le ricadute positive della diagnosi sono molteplici: l'accuratezza diagnostica consente di attivare programmi di intervento terapeutico adeguati (sia farmacologici che psicologici di sostegno e di stimolazione cognitiva), con una pianificazione individuale della gestione assistenziale, inoltre permette un approccio più consapevole e mirato ai problemi del care-giver e della famiglia, un sostegno più adeguato, una comprensione più profonda dei molteplici problemi del paziente e del suo contesto familiare e sociale. Diventa inoltre fondamentale una diagnosi differenziale quando si ha a che fare con pazienti che presentano sintomi depressivi e/o ansiosi, e in molteplici altre forme sintomatiche che possono mascherare patologie di diversa natura. L'équipe del Laboratorio di Neuropsicologia è formata, infatti, da professionalità diverse (neurologo, psicologo, logopedista) che consentono una visione globale del paziente per un inquadramento diagnostico e riabilitativo ottimale.

a cura di: **Dott. Enrico Ghidoni,**
Dott.ssa Caterina Barletta-Rodolfi
U.O. di Neurologia



Dalla Biblioteca alla Rete

A cura di: **Dr.ssa Rita Iori** Responsabile Biblioteca Medica ASMN • **Dr.ssa Itala Rossi** Web master Biblioteca Medica ASMN • **Dott.ssa Debora Formisano** Servizio Sviluppo Organizzativo

Il 2004 è stato l'anno nel quale si è realizzato il nuovo sito web della Biblioteca dell'ASMN, progettato per offrire servizi on-line di documentazione scientifica molto avanzati e fruibili sia dai professionisti che operano nel nostro ospedale sia dai medici, infermieri e tecnici che operano nelle strutture sanitarie della provincia di Reggio Emilia e che, da quest'anno, sono diventati nostri utenti: operatori dei servizi territoriali e delle strutture ospedaliere dell'Azienda USL di Reggio Emilia, Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, Specialisti Ambulatoriali e, tramite l'Ordine dei Medici, tutti i medici liberi professionisti e quelli operanti nelle strutture sanitarie private. Hanno a disposizione i servizi della Biblioteca dell'ASMN anche gli studenti dei corsi di laurea dell'Università di Modena e Reggio Emilia, che hanno sede nella nostra città (Infermieristica, Tecnico TSRM, Tecnico di FKT per la Facoltà di Medicina, Legislazione e programmazione sanitaria per la Facoltà di Giurisprudenza, Scienze della Comunicazione). Si tratta di poco meno di 4000 utenti. La nostra Biblioteca Scientifica è specializzata nell'offerta di servizi di documentazione sui risultati degli studi clinici di efficacia, nelle varie branche della medicina e dell'assistenza sanitaria; inoltre, con il re-engineering del sito, offre ora strumenti innovativi di dialogo per eseguire le ricerche bibliografiche sulle principali banche dati di interesse biomedico disponibili in rete (sia pubbliche che in abbonamento). Per questi motivi si è decisa la ripresa di una regolare attività didattica della Biblioteca, finalizzata espressamente a migliorare le capacità degli operatori nell'utilizzo delle risorse documentali.

E così che, in collaborazione con la CEU (l'unità per l'efficacia clinica) dell'ASMN e anche di alcuni colleghi, medici e infermieri, dell'AUSL di Reggio Emilia, anch'essi impegnati nel promuovere i programmi di Governo Clinico, la Biblioteca ha messo in cantiere e realizzato un'offerta formativa che, d'ora in poi, sarà costantemente a disposizione di tutti i suoi utenti.

Nel 2004, attraverso i Piani dipartimentali di Formazione, tutte le équipes cliniche hanno cominciato a utilizzare questi corsi, per completare e aggiornare il bagaglio di competenze dei propri professionisti. Analogamente a quanto avviene in tutte le principali Biblioteche Scientifiche dei grandi ospedali, in Italia ma soprattutto all'estero, i corsi-base che la Biblioteca regolarmente organizza sono di tre tipi:

- Corso introduttivo all'Evidence Based Medicine (per medici, biologi, farmacisti)
- Corso introduttivo all'Evidence Based Practice (per Infermieri e Tecnici)
- Dalla Biblioteca alla rete, come utilizzare il sito della biblioteca Medica (per tutti)

I corsi sono replicati in varie edizioni nell'anno, in maniera che le équipes possano prevedere la partecipazione secondo le proprie scadenze e necessità. Naturalmente, nel caso siano necessarie "personalizzazioni" ed approfondimenti, la Biblioteca è a disposizione delle équipes e delle differenti professioni per realizzare interventi formativi mirati.

Corso di introduzione all'Evidence-Based Medicine

La Medicina basata sulle evidenze, intesa come nuovo approccio all'assistenza ai pazienti dove

le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo delle migliori evidenze disponibili. Il corso (che si è tenuto nel I semestre 2004, da gennaio ad aprile) si è svolto in sei edizioni e ha visto la partecipazione complessiva di 44 tra medici e dirigenti sanitari dell' ASMN. Gli obiettivi fondamentali di questo corso sono quelli di fornire le nozioni di base della EBM e le conoscenze di primo livello sui vari tipi di studi clinici, sulle meta-analisi, sulle linee guida e sugli audit clinici. Sono poi illustrate le principali modalità di gestione dell'informazione biomedica e di utilizzo delle risorse bibliografiche on-line (banche dati). Ciascuna edizione si svolge su quattro pomeriggi distanziati fra loro, molto orientati alle esercitazioni pratiche a piccoli gruppi (in aula) e prevede un lavoro individuale a distanza, con revisione del docente. Dà luogo all'acquisizione di 16 crediti ECM. Ogni edizione del corso è stata preparata e realizzata in maniera integrata da un team di tre docenti: un medico, un documentalista, uno statistico. Ad alternarsi nelle sei edizioni sono stati: Dott. Roberto Baricchi *Medicina Trasfusionale (Direttore del Corso)* Dr.ssa Debora Formisano *Servizio Sviluppo Organizzativo (Statistico)*, Dr.ssa Rita Iori *(Documentalista, responsabile della Biblioteca)* Dott. Alessandro Navazio *Cardiologia*, Dott. Romano Sassatelli *Endoscopia Digestiva*, Dott. Enrico Violi *Cardiologia*, Dott. Michele Zini *Endocrinologia*. Due nuove edizioni di questo corso si svolgono in questo trimestre (consulta il sito www.asmn.re.it/biblioteca)

Corso di Introduzione all'Evidence Based Practice

Il corso è stato strutturato in cinque edizioni che si sono svolte da febbraio a maggio 2004. La partecipazione è stata numerosa sia fra gli infermieri (52 partecipanti) che fra i tecnici (14 partecipanti). Ciascuna edizione ha previsto 3 pomeriggi di 4 ore ciascuno per un totale di 12 ore complessive. Gli obiettivi del corso sono quelli di fornire

conoscenze di base su presupposti, metodi e scopi della pratica basata sulle prove di efficacia. Tra gli argomenti trattati vi sono: la definizione del bisogno informativo e formulazione in adeguati quesiti clinico-assistenziali, la consultazione delle principali banche-dati generali e di linee guida, l'implementazione delle linee guida nella pratica professionale infermieristica e tecnica e infine l'identificazione degli ostacoli per introdurre e diffondere la EBP. Sei i docenti che fanno parte del team che ha progettato e realizzato il corso e che si sono alternati nelle varie edizioni: Sig.ra Monica Guberti (Infermiera della Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico, Direttrice del Corso), Sig.ra Patrizia Copelli (Infermiera - Corso di Laurea in Infermieristica), Sig. Stefano Finotto (Infermiere - Corso di Laurea in Infermieristica), Sig. Stefano Mastrangelo (Infermiere della Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico della Ausl di Reggio Emilia), Dott.ssa Rita Iori (Documentalista, responsabile della Biblioteca Medica).

Il Corso dà luogo alla acquisizione di 12 crediti ECM. Non sono previste altre edizioni nel 2004, sarà possibile avere a disposizione questa offerta formativa per il piano di formazione 2005.

Dalla Biblioteca alla rete: come utilizzare il sito della Biblioteca Medica

150 partecipanti tra medici, biologi, infermieri e tecnici hanno preso parte al corso "Dalla Biblioteca alla rete, svoltosi in 11 edizioni nel primo semestre del 2004. Nel titolo del corso, l'obiettivo stesso: acquisire conoscenze e capacità di utilizzo delle risorse elettroniche disponibili in Biblioteca. Questi i temi affrontati nelle undici edizioni di corso, ciascuna delle quali ha la durata di un pomeriggio di quattro ore e si svolge con esposizioni frontali ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi, per terminare con verifiche dell'apprendimento consistenti in questionari individuali. Nello specifico, il programma del corso comprende i seguenti argomenti: La struttura del sito; I Servizi;

...



Il catalogo elettronico del patrimonio della Biblioteca Le banche dati bibliografiche; I periodici attivi con full text (TDNet): struttura e modalità di accesso I corsi organizzati dalla Biblioteca; I links biomedici L'help desk; La modulistica. Due i docenti: Iori Rita e Itala Rossi. Dalle risposte ai questionari dei partecipanti, si ricava una valutazione positiva degli argomenti trattati dell'applicabilità dei contenuti sul lavoro. Emerge inoltre che il corso ha suscitato un buon livello di interesse, è infatti stato definito "di fondamentale utilità e grande interesse, molto articolato nei contenuti". Tra i suggerimenti pervenuti, la richiesta di più tempo a disposizione sia per approfondire gli argomenti trattati, sia per fare più esercitazioni personali seguite dal docente. Il Corso ha ricevuto 4 crediti formativi ECM. Per il secondo semestre 2004 sono stati invitati a seguire questo corso i medici, biologi e farmacisti che hanno già partecipato a un corso introduttivo all'EBM (o che addirittura fanno parte della rete dipartimentale per la qualità clinica, che ha seguito un suo percorso di formazione in EBM più approfondito) ma che non avevano finora avuto l'occasione di avere accesso ad un aggiornamento sul nuovo sito e i suoi nuovi servizi. Per infermieri e tecnici, sarà possibile usufruire di questa offerta, nuovamente all'interno del Piano di Formazione dipartimentale del 2005.

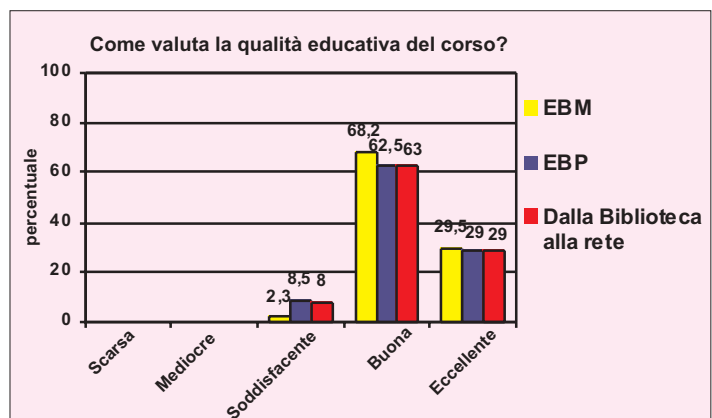
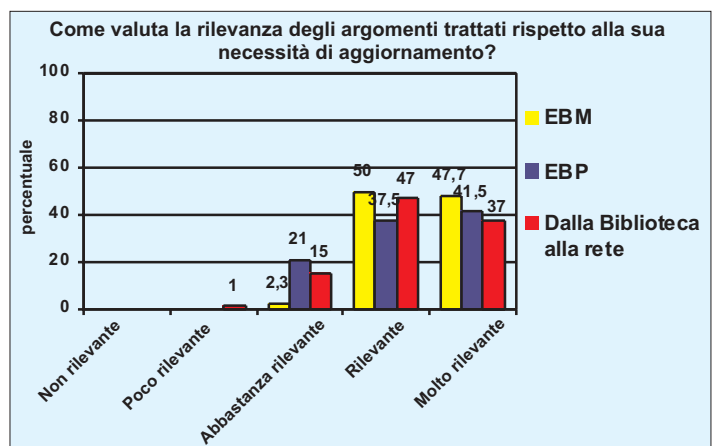
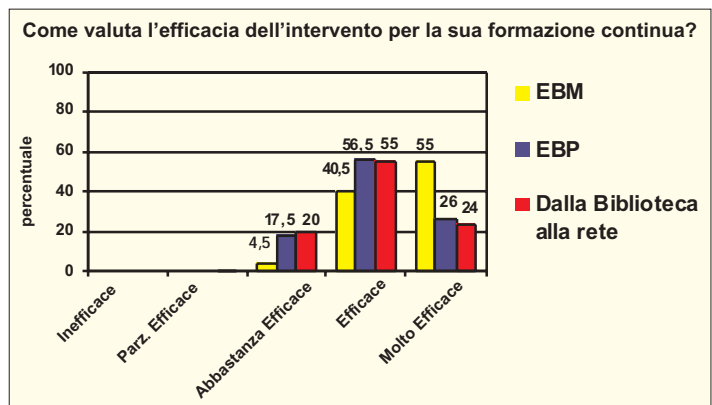
Valutazione da parte dei corsisti

Come conclusione, vogliamo riportare alcuni dei risultati delle valutazioni effettuate dai partecipanti, insieme ai suggerimenti che molti operatori ci hanno dato, ci hanno aiutato nella scelta di offrire stabilmente i tre interventi che vi abbiamo descritto. Nei grafici sono riportate le percentuali di risposta a tre domande, calcolate sul 100% delle risposte date da coloro che hanno partecipato a ciascuna tipologia di corso.

Vi riportiamo tre ordini di valutazioni:

- Rispetto alla efficacia dell'intervento
- Rispetto alla sua rilevanza nel percorso di formazione continua di ciascuno
- Rispetto alla qualità dell'azione didattica.

Un ringraziamento a tutti coloro – docenti e partecipanti - che hanno permesso l'avvio di questo importante percorso di aggiornamento (senza dimenticare Alessia Salsi e Loredana Cerullo, che si sono incaricate della segreteria e delle procedure di accreditamento e di valutazione).





Coloriamo di immagini il nuovo Ospedale



Sabato 9 Ottobre è stata inaugurata la mostra fotografica permanente "Coloriamo di immagini il nuovo ospedale". L'iniziativa, promossa dalla Associazione Volontari Ospedalieri di Reggio Emilia e l'Arcispedale S. Maria Nuova, ha visto una grande adesione di fotografi, professionisti e non. Le opere fotografiche, fino ad oggi 270, sono state donate da più di 100 autori e sono collocate nei percorsi di collegamento tra il corpo centrale e il nuovo edificio ospedaliero. Chi volesse contribuire ad ampliare la mostra può farlo contattando Silvia Paglia - AVO tel. 335 6930999 o Lidia Scalabrini - ASMN tel. 0522-296836

Nella mia esperienza di artista fotografo ho sempre ricercato la Bellezza. La fotografia che intendo e su cui lavoro è quella che ricerca l'Anima, che alimenta l'immaginario e il sogno.

Da anni lavoro su questi temi e sul pensiero positivo, con la fotografia le persone si autorivelano con meraviglia. L'idea di una mostra fotografica permanente all'interno dell'ospedale offre la possibilità al paziente e a coloro che frequentano il luogo di sviluppare l'immaginario o comunque di accedere a questa sfera che appartiene a ognuno di noi e che ci aiuta a vivere meglio. Lavorare sulla bellezza, vivere il proprio sogno, sviluppare un pensiero positivo indipendentemente dal luogo in cui ci troviamo aumenta la nostra consapevolezza e ci aiuta a non temere nulla, non avere paura di nessuno, vivere l'essenza dell'esistenza.

Dott. Luciano Bonacini





In Gita



Medici, infermieri, pazienti e loro famigliari: tutti insieme in gita sulle acque quel giorno non del tutto calme, ma pur sempre attraenti, del lago di Garda.

E' accaduto domenica 20 giugno 2004, grazie all'iniziativa di un paziente del reparto di Nefrologia e Dialisi dell'Arcispedale S. Maria Nuova che ha trovato pronta collaborazione nel personale direttivo e operativo del reparto.

Il tipo particolare di paziente, che deve ricorrere più volte alla settimana al trattamento di emodialisi, permette di stabilire un rapporto sempre più stretto e familiare con il personale che lo assiste; questo spiega la riuscita dell'iniziativa, già sperimentata, ed anche con più vasto impegno, fuori Reggio Emilia.

La comitiva di quasi cinquanta persone ha raggiunto Peschiera del Garda dove si è imbarcata su un battello per la traversata del lago; il pranzo è stato servito a bordo; nonostante l'equivoco (che, anzi, ha suscitato anche allegria) per cui metà della comitiva è scesa a Limone e l'altra metà a Riva del Garda, tutti si sono riuniti senza inconvenienti sul pullman che ha puntato sullo splendido parco naturale di Sicurtà per una visita che la pioggia non è riuscita a rovinare; infine, in prima serata, il ritorno a Reggio.

I commenti unanimemente favorevoli fanno sperare che l'iniziativa, come richiesto dai partecipanti, possa ripetersi ed allargarsi ad altri.

Un paziente



Occhio alla Penna



Martedì 12 ottobre, presso Palazzo Rocca Saporiti, 50 alunni della Scuola elementare Italo Calvino di Reggio Emilia e 50 alunni della Associazione Centro Educativo Italo Svizzero di Rimini hanno assistito ad una lezione gioco sulla prevenzione dei traumi all'occhio. La causa principale di perdita di vista in età pediatrica è rappresentata dalla traumatologia. Frequenti sono i traumi oculari in ambiente domestico (penne, forbici, causticazioni da agenti chimici, tappo di champagne), in corso di attività sportiva (tennis, baseball, calcio) e durante il gioco (freccette, pistole ad aria compressa, ecc.). La lezione completa una giornata di incontro tra gli allievi delle due scuole che da 3 anni collaborano attivamente in un progetto di sviluppo culturale comune con scambio di esperienze delle proprie

città. I medici dell'U.O. di Oculistica, diretta dal Dott. Luca Cappuccini, hanno organizzato un incontro, dove è stata presentata in forma di gioco l'anatomia dell'occhio e le principali norme di educazione sanitaria preventiva alla traumatologia.



Vaccinazione anti-influenzale

Efficace e sicura

La vaccinazione anti-Influenzale è il mezzo disponibile più efficace e sicuro per prevenire la malattia e per scongiurare le possibili complicanze.

Gratuita e necessaria

Il Servizio sanitario regionale garantisce la vaccinazione gratuita alle persone a rischio: anziani a partire dai 65 anni, adulti e bambini con patologie croniche, operatori sanitari e addetti ai servizi di pubblica utilità.

A chi rivolgersi

La vaccinazione anti-Influenzale viene effettuata dal medico di famiglia e dal pediatra di fiducia gratuitamente per le persone a rischio, a pagamento per tutte le altre.

Agli operatori sanitari e agli addetti ai servizi di pubblica utilità la vaccinazione gratuita viene proposta dalle Aziende sanitarie.

Per informazioni:

- Il medico di famiglia e il pediatra di fiducia
- Il numero verde gratuito del Servizio sanitario regionale

Numero Verde
800 033033

tutti i giorni feriali dalle 8,30 alle 17,30
e il sabato dalle 8,30 alle 13,30

- Il portale internet del Servizio sanitario regionale
www.saluter.it

