

ALLEGATO 1

Disegno dello Studio Ospedale Territorio presso le strutture di degenza ASUR sulla prevalenza delle Lesioni da Pressione

INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha comportato un aumento dell'incidenza delle Lesioni da Pressione (LdP) a causa della ridotta mobilità e del decadimento delle condizioni fisiche. I risultati degli studi condotti recentemente in Europa hanno mostrato una prevalenza variabile tra l'8,3 e il 26,7% a seconda del setting in cui viene effettuata la rilevazione (Vanderwee 2007; Gallagher 2008; Tannen 2008; James 2010; Vanderwee 2011; Gunninberg 2013). Un recente studio condotto in Norvegia ha confermato tali dati registrando una prevalenza del 18,2% per le LdP di tutti gli stadi e del 7,2% una volta escluso il I stadio (Bredesen IM, 2015).

Coyer F. et al. (Coyer F, 2017) hanno dimostrato che in ambito ospedaliero pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva (UTI) presentano un rischio più elevato di 3,8 volte (RR 2,7-5,4, IC95%) di sviluppare una LdP durante il ricovero e che per tutti i pazienti la sede più frequente di lesione è quella sacrococcigea (22% per i pazienti in UTI; 35 % per tutti gli altri pazienti).

Le LdP rappresentano un problema clinicamente rilevante con un impatto negativo sugli operatori, sull'organizzazione (Whittington K, 2004; Narayanan S, 2005; Neves J, 2012) e sui pazienti, poiché provocano disagio e dolore, rallentano il processo di guarigione (Pieper B, 2009; Gorecki C, 2009), prolungano la degenza (Graves N, 2005), aumentano la morbosità e la mortalità. Sono considerate inoltre la quinta causa più frequente di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili (Ouslander J, 2010).

Per tutte queste ragioni e poiché la loro presenza è considerata un indicatore di qualità dell'assistenza, la prevenzione delle LdP è divenuta una priorità. Alcuni studi riportano inoltre che investire sulla prevenzione può avere un effetto significativo sul bilancio sanitario, mentre i costi per il trattamento restano alti (Demarré L, 2015).

Diventa fondamentale altresì misurare le dimensioni del problema, considerando che il monitoraggio del fenomeno rappresenta anche un'opportunità per verificare la capacità dei servizi di utilizzare misure di prevenzione e di trattamento di provata efficacia. La prevalenza delle LdP è una delle misure più comunemente utilizzate a questo scopo. Essa è definita come il numero di persone con una LdP sul totale della popolazione di pazienti, misurata in un momento preciso o in un determinato periodo di tempo (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2001). Nel 2011 è stata condotta una indagine conoscitiva nella Regione Marche che ha consentito di stimare la prevalenza delle LdP nei pazienti in carico al Servizio delle Cure Domiciliari e presenti nelle strutture residenziali (RSA e Residenze Protette) ed ha reso evidente l'assenza di un approccio condiviso nella gestione delle persone a rischio o che hanno sviluppato LdP.

La Direzione Sanitaria ASUR, per promuovere la presa in carico globale del paziente con ferite difficili, ha costituito una rete specialistica vulnologica e un gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale di esperti,

rappresentativo di tutte le Aree Vaste e di tutti gli Enti del SSR, che ha partecipato alla costruzione dei percorsi organizzativi e all'elaborazione di un documento di supporto agli operatori coinvolti nella rete dal titolo "Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione (LdP): documento interaziendale di esperti", approvato con Determina del Direttore Generale ASUR n. 559 del 27/09/2017.

Dopo l'indagine del 2011 non sono stati più condotti studi analoghi che abbiano coinvolto contemporaneamente tutti i servizi a livello regionale, ma solo indagini locali in singole realtà.

Il presente studio pertanto presenta quale scopo principale quello di stimare la prevalenza delle LdP tra i pazienti presi in carico nei vari setting assistenziali della Regione Marche, coinvolgendo presidi ospedalieri, Ospedali di Comunità e RSA a gestione diretta. Lo studio comprende una prima indagine al tempo 0 propedeutica all'inizio di un'attività formativa capillare, con pacchetto formativo standard, indirizzata a tutti gli operatori sanitari ASUR e finalizzata all'adesione delle indicazioni contenute nella Det. DG ASUR 559/2017. Seguirà una seconda indagine, a 12 mesi, per valutare un eventuale cambiamento epidemiologico e l'efficacia dell'attività formativa svolta.

OBIETTIVO PRICIPALE

1. Stimare la prevalenza delle LdP tra i pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri, Ospedali di Comunità e RSA a gestione diretta nella Regione Marche.

OBIETTIVI SECONDARI

1. Valutare l'applicazione di misure preventive idonee;
2. Valutare l'aderenza alle indicazioni contenute nel documento "Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione (LdP): documento interaziendale di esperti" nella prescrizione della medicazione (seconda indagine);
3. Valutare la completezza delle informazioni raccolte in cartella relativamente a valutazione del rischio, cambio posturale e scheda di rilevazione della lesione.

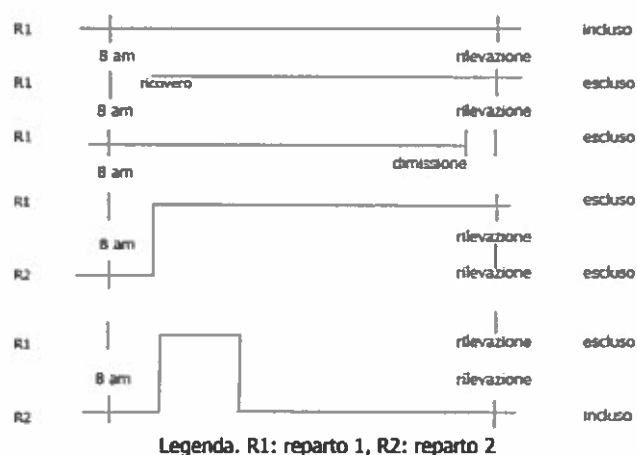
MATERIALI E METODI

1. Popolazione oggetto dello studio

Saranno coinvolti i Presidi Ospedalieri ASUR (Ospedali di Urbino e Pergola, Ospedali di Fabriano, Senigallia, Jesi, Ospedali di Macerata, Civitanova, Camerino, San Severino, Ospedale di Fermo, Ospedali di Ascoli e San Benedetto); gli Ospedali di Comunità (Cagli, Fossombrone, Sassocorvaro, Sassoferrato, Cingoli, Chiaravalle, Loreto, Recanati, Treia, Matelica, Montegiorgio, Sant'Elpidio a Mare); le RSA a gestione diretta (Allegato 1) della Regione Marche.

Sono inclusi tutti i pazienti presenti nella U.O. ospedaliera/struttura territoriale alle 8.00 del mattino o prima e non dimessi al momento della rilevazione; i pazienti trasferiti (sia in entrata che in uscita) da o verso un'altra U.O. ospedaliera/struttura territoriale dopo le 8.00 del mattino non devono essere inclusi (Figura1).

Figura 1: esempi di pazienti inclusi ed esclusi dallo studio di prevalenza.



Vanno inclusi anche i pazienti che sono temporaneamente fuori dalla U.O. ospedaliera/struttura territoriale per indagini diagnostiche o procedure. Nel caso in cui il paziente non ritorni nella U.O. ospedaliera/struttura territoriale prima della fine della giornata di studio e le informazioni sul paziente alle 8:00 di mattina non siano disponibili, è indicato tornare nella U.O. ospedaliera/struttura territoriale per completare la scheda con le informazioni mancanti.

Saranno esclusi dallo studio i pazienti degenti nelle UU.OO. di day surgery, psichiatria, ginecologia e ostetricia e pediatria dal momento che i dati di letteratura mostrano che le LdP sono un evento estremamente raro in queste UU.OO. (Bours GJ, 2002).

Il campione dei pazienti da reclutare nelle strutture per acuti è stato calcolato considerando una prevalenza attesa di LdP pari al 18% negli Ospedali per Acuti in accordo con i dati di letteratura (Vanderwee K, 2007; Gallagher P, 2008; Bredesen IM, 2015), una precisione della stima pari al 2% e con un intervallo di confidenza pari al 95%. Il campione è stato incrementato del 10% per ovviare un'eventuale perdita di informazioni dovute a dati incompleti. La numerosità complessiva è risultata pari a 827 soggetti.

Il campione dei pazienti da reclutare nelle strutture territoriali (RSA e Ospedali di Comunità) è stato calcolato considerando una prevalenza attesa di LdP pari al 14,5% in accordo con i dati di letteratura (Gunninberg L, 2013), una precisione della stima pari al 2% e con un intervallo di confidenza pari al 95%. Il campione è stato incrementato del 10% per ovviare un'eventuale perdita di informazioni dovute a dati incompleti. La numerosità complessiva è risultata pari a 527 soggetti.

2. Variabili oggetto dello studio e strumenti di rilevazione

Saranno oggetto dello studio le seguenti variabili:

- a) **variabili demografiche:** sesso, data di nascita;
- b) **informazioni generali relative al ricovero:** struttura (Presidio ospedaliero, Ospedale di Comunità, RSA); Unità Operativa in caso di ricovero in Presidio Ospedaliero; provenienza del paziente; data del ricovero;
- c) **informazioni cliniche relative al paziente:** autonomia nella cura della persona; punteggio Scala Braden all'ingresso o punteggio di altra scala utilizzata per la valutazione del rischio al momento del ricovero (esclusivamente nell'indagine al tempo 0); punteggio della scala di Braden nel giorno della rilevazione se la degenza è superiore a 7 giorni; presenza o meno della rilevazione dell'albuminemia; presenza di nutrizione parenterale totale o nutrizione enterale o dieta speciale; utilizzo di presidi antidecubito (materasso statico; materasso dinamico, cuscino per sedia o altro presidio);
- d) **informazioni relative allo stato della cute per presenza, localizzazione e stadiazione delle LdP:** presenza di LdP; presenza della LdP al momento del ricovero (sì, no, non rilevabile); numero di lesioni presenti; sede della lesione più grave (sacro, tallone, trocantere, altra sede); stadio della lesione più grave (non stadiabile, I, II, III, IV stadio, area livida); tipo di trattamento applicato. La stadiazione delle lesioni viene riportata nella tabella 1:

Tabella 1: classificazione delle lesioni da pressione secondo il National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

STADIO	DESCRIZIONE
1	Eritema fisso su cute intatta, non reversibile alla digitopressione, è il segnale annuncia l'ulcerazione prossima della cute
2	Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescicola o una piccola cavità
3	Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che può estendere fino alla sottostante fascia, senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una cavità che può o non può essere sottominata.
4	Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa e strutture di supporto (tendini, capsule articolari, ecc.).
Non stadiabile	Necrosi a totale copertura della lesione.
Area livida	Sospetto danno profondo del tessuto: profondità sconosciuta (senza lesione cutanea)

- e) **informazioni relative alla registrazione di informazioni in cartella:** presenza della Scheda di Braden per la valutazione del rischio; registrazione dei cambi posturali; presenza della scheda di lesione; medicazione applicata secondo quanto definito nel documento "Prevenzione e cura delle Lesioni da Pressione (LdP): documento interaziendale di esperti" (Det. Dir. Gen. ASUR 559/2017).

Le variabili oggetto dello studio verranno raccolte mediante la compilazione di una scheda appositamente predisposta (Allegato 2).

Inoltre il rilevatore registrerà nell'apposita scheda (Allegato 3) il numero dei posti letto della UO e l'elenco dei pazienti presenti nella UO alle ore 8.00 del giorno della rilevazione.

3. Periodo e modalità di rilevazione

L'indagine al tempo 0 verrà effettuata nella seconda settimana di febbraio del 2018. La raccolta dei dati in ciascuna U.O. delle strutture coinvolte dovrà essere conclusa nello stesso giorno. Il tempo totale per completare la rilevazione nella singola struttura non dovrà essere superiore ad una settimana.

La rilevazione sarà condotta rispettando i seguenti criteri:

- i rilevatori non eseguiranno la rilevazione nelle U.U.O.O. di appartenenza;
- durante la rilevazione i rilevatori saranno affiancati dall'infermiere o dal coordinatore presente in turno il giorno d'indagine, il quale svolgerà una funzione di facilitatore per l'attribuzione dei

punteggi della Scala di Braden e per il recupero della documentazione necessaria alla compilazione della scheda;

- la stadiazione della lesione sarà determinata dal rilevatore dopo diretta valutazione clinica delle caratteristiche della lesione;
- per la raccolta degli altri dati verrà utilizzata la documentazione clinico-assistenziale del paziente arruolato.

La successiva indagine a 12 mesi verrà effettuata utilizzando la medesima scheda di rilevazione e con le medesime modalità, per rendere comparabili i risultati delle due rilevazioni.

4. Rilevatori e invio dati

Per ogni struttura coinvolta verrà individuato un pool di rilevatori in numero sufficiente a svolgere la raccolta dati nella propria organizzazione. I rilevatori verranno formati nella propria Area Vasta dai componenti locali del Gruppo Vulnologia ASUR entro il mese di dicembre 2017.

Le schede raccolte verranno inviate al componente locale del Gruppo Vulnologia ASUR al termine della settimana indice ed analizzati entro 30 giorni. I dati complessivi verranno quindi valutati collegialmente dal Gruppo Vulnologico ASUR.

5. Analisi dei dati

I dati raccolti nelle schede di rilevazione saranno informatizzati mediante l'utilizzo di apposito data entry in Microsoft Access e analizzati con Microsoft Excell e Epi Info 3.5. Verrà calcolata la prevalenza delle LdP come rapporto fra il numero di pazienti con LdP e il numero totale dei pazienti inclusi nello studio. I dati raccolti consentiranno di valutare l'appropriatezza delle attività di prevenzione e di cura. Dall'analisi comparativa delle due rilevazioni (tempo 0 e tempo 12 mesi) verrà valutata l'efficacia dell'attività formativa svolta.

6. Consenso informato e privacy

Ai pazienti arruolati nello studio sarà letto e consegnato un foglio informativo e verrà richiesto di firmare un consenso per la raccolta e il trattamento dei dati.

I dati verranno raccolti in forma anonima e trattati con mezzi informatici nel rispetto della normativa vigente, ai sensi del Codice della Privacy, D.Lgs. 196/2003.

BIBLIOGRAFIA

1. Bergstrom N, Demuth PJ, Braden PJ. A clinical trial of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs Clin North Am. 1987; 22(2); 417-428.

2. Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, et al. Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. *Res Nurs Health* 2002; 25:99-110.
3. Bredesen IM, Bjoro K, Gunningberg L, Hofoss D. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcer in Norwegian hospital: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52: 149-156.
4. Coyer F, Miles S, Gosley S, Fulbrook P, Sketcher-Baker K, Cook JI, Whitmore J. Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Aust Crit Care* 2017; 4 S1036-7314(16)30200-4.
5. Demarré L. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(11):1754-741.
6. Gallagher P, Barry P, Hartigan I, McCluskey P, O'Connor K, O'Connor M. Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospital in Ireland. *J Tissue Viability* 2008; 17(4): 103-109.
7. Gorecki C, Bown J, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:1175–83
8. Graves N, Birrell F, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:293–7.
9. Gunninberg L, Hommel A, Baath C, Idvall E. The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality setting in Sweden. *Int Wound J.* 2013. (epub ahead of print).
10. James J, Evans JA, Young T, Clark M. Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set. *Int Wound J* 2010; 7(3):147-152.
11. Narayanan S, Van Vleet J, Strunk B, Ross R. Comparison of pressure ulcer treatments in long-term care facilities: clinical outcomes and impact on cost. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32:163–70.
12. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan, J., Ayello, E. & Sussman, C. *Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future.* Reston, VA: NPUAP. 2001.
13. Neves J, Stancato K. Pressure ulcers: a perspective of cost management in nursing services. *J Nurs UFPE on line* 2012; doi: 10.5205/01012007
14. Ouslander J, Lamb G, Perloe M, Givens J, Kluge L, Rutland T. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:627–35.
15. Pieper B, Langemo D, Cuddigan J. Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. *Ostomy Wound Manag.* 2009;55(2):16–31.
16. Tannen A, Dassen T, Halfens R. Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany-association between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Clin Nurs.* 2008; 17(9): 1237-1244.

17. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunninberg L, Defloor T. Pressure prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13(2); 227-235.
18. Vanderwee K, Defloor T, Beeckman D, Damarre L, Verhaeghe S, Van DT, Gobert M. Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Qual Saf* 2011; 20(3); 260-267.
19. Whittington K, Briones R. National prevalence and incidence study: 6-year sequential acute care data. *Adv Skin Wound Care*. 2004;17:490-4.



Segreteria Amministrativa locale ASUR
Comitato Etico Regione Marche
Via Oberdan, 2 - 60122 Ancona
Tel. 071-2911722 - 071-2911524 - Fax 071-2911561



Prot. ASUR n. 0026527 | 22-12-17 | ASUR | cou | p

Id. Studio - 264

N. Registro CERM - 2017 577

COD. IDENTIFICATIVO OsSC - N.A.

OGGETTO - Studio ospedale/territorio presso le strutture di degenza ASUR sulla prevalenza delle Lesioni da Pressione

Direzione Sanitaria ASUR
Via Oberdan, 60122 - Ancona

Dott.ssa Elena Di Tondo
Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR
Via Oberdan, 60122 - Ancona

In allegato si trasmette il verbale del Comitato Etico della Regione Marche, riguardante la sperimentazione descritta in oggetto.

Distinti saluti.

~~Regione Marche~~
~~ASUR~~
Segreteria Amministrativa locale ASUR
Comitato Etico Regione Marche
Azienda Sanitaria



Seduta del 14-12-2017
Prot. 2017 577

Il Comitato Etico Regionale delle Marche (CERM), istituito con determina n. 402 del 9/5/2017 in esecuzione della DGRM n. 244 del 20/3/2017, è organizzato ed opera secondo quanto indicato dal D.M. 8 febbraio 2013 e s.m.i. , e per le sue decisioni ed attività relative alle sperimentazioni cliniche fa riferimento, alle norme di "Good Clinical Practice" (ICH-GCP) nella versione più recente.

Il Comitato Etico nella seduta del giorno 14-12-2017 ha preso in considerazione il protocollo della sperimentazione dal titolo "Studio ospedale/territorio presso le strutture di degenza ASUR sulla prevalenza delle Lesioni da Pressione" - codice protocollo: NA - (sponsor/promotore: Direzione Sanitaria ASUR) proposto dalla Dott.ssa Elena Di Tondo, Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASUR, ASUR.

Dopo aver esaminato:

DOCUMENTO	VERSIONE	DATA VERSIONE	FILE
Protocollo sperimentale e relativi allegati	1.2	29/11/2017	PROTOCOLLO VER1.2.doc
Curriculum dello sperimentatore			LATTANZI.docx
Modulo 7. Domanda di autorizzazione aziendale e richiesta di parere per sperimentazioni cliniche non interventistiche - no profit		08/11/2017	MODULO 7.pdf
Protocollo sperimentale e relativi allegati			ALLEGATO 1_ELENCO RSA.docx
Elenco dei centri partecipanti (solo per sperimentazioni multicentriche)			ELENCO CENTRI.docx
Elenco in word della documentazione sottomessa			Elenco documentazione sottomessa.docx
Modulo 11. Modello di dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi dello sperimentatore		10/11/2017	MODULO 11.pdf
Scheda clinica per la raccolta dati (Case Report Form)	1.1	10/11/2017	NUOVO_ALLEGATO 2_SCHEDA DI RILEVAZIONE.docx
Protocollo sperimentale e relativi allegati	1.1	10/11/2017	NUOVO_ALLEGATO 3_SCHEDA ELENCO PAZIENTI.docx
Sinossi in Italiano	1.1	10/11/2017	NUOVO_FLOWCHART.docx
Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali	1.1	10/11/2017	NUOVO_INFORMATIVA LdP.doc
Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali	1.1	10/11/2017	NUOVO_TRATTAMENTO DATI PERSONALI LdP.doc
Modulo per il consenso informato	1.1	10/11/2017	NUOVO_DICHIARAZIONE DI CONSENSO LdP.doc
Lettera di intenti		08/11/2017	LETTERA DI INTENTI.pdf
Curriculum dello sperimentatore			CARNALI.pdf
Curriculum dello sperimentatore			LONGOBARDI.pdf



Comitato Etico Regionale delle Marche
v/o Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti
Via Conca, 71 - 61126 Terni di Ancona
Presidente Prof. Paolo Pelaja

Curriculum dello sperimentatore			MAESTRINI.pdf
Curriculum dello sperimentatore			MAZZOCANTI.pdf
Curriculum dello sperimentatore			ORAZI.pdf
Curriculum dello sperimentatore			MINNUCCI.pdf
Curriculum dello sperimentatore			PAOLINELLI.doc
Curriculum dello sperimentatore			ROSSOLINI.doc
Curriculum dello sperimentatore			SIGONA.pdf
Curriculum dello sperimentatore			TOMMASI.doc
Modulo 8. Dichiarazione sulla natura osservazionale centro coordinatore			MODULO 8.pdf
Modulo 10. Dichiarazione di conformità al Decreto Ministero della Salute 17.12.2004			MODULO 10.pdf
Curriculum dello sperimentatore			DI TONDO.pdf

Valutata l' idoneità della struttura ove sarà effettuata la ricerca e l' idoneità dello sperimentatore all' effettuazione dello specifico studio, il Comitato esprime parere favorevole alla sperimentazione in esame.

Ogni cambiamento del protocollo di studio dovrà essere trasmesso al Comitato Etico.

Si richiede che questo Comitato Etico venga informato dell' inizio della sperimentazione e della sua conclusione o eventuale interruzione. Inoltre dovrà essere informato di ogni successivo emendamento al protocollo e degli eventi avversi, seri o inattesi insorti nel corso dello studio, che potrebbero influire sulla sicurezza dei soggetti o sul proseguimento dello studio.

IL PRESIDENTE
Prof. Paolo Pelaja

COMITATO ETICO REGIONALE
DELLA REGIONE MARCHE
v/o Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti
Via Conca, 71 - 61126 Terni di Ancona

Segreteria Tecnico Scientifica
Tel. 071 2911524
segreteria@cerm.asur@sanita.marche.it

Elenco presenze della Riunione del Comitato Etico Regionale delle Marche (C.E.R.M.) del 14 dicembre 2017

NOMINATIVO COMPONENTE	CARICA	ENTE DI RIFERIMENTO	INQUILIBRO	PRESENZA SI/NO
PROF. PAOLO PELAIÀ	MEMBRATO CERMI	ACU OSP. RIUNITI	CLINICO	SI
PROF. SALVATORE AMOROSO		ACU OSP. RIUNITI	FARMACOLOGO	SI
DOTT. VINCENZO BERDINI		ESTERNO	MANGT	SI
DOTT. STEFANO BIANCHI	In selezione e studi simili presso Istituto Fatebenefratelli	A.O. MARCHE NORD	DIRETTORE SANITARIO (ISTITUTO PERMANENTE)	SI
DOTT. GIUSEPPE BRACCI		ESTERNO	PEDIATRA LIBERA SCELTA	SI
DOTT. MARINO BRUNORI		A.O. MARCHE NORD	CLINICO	SI
PROF. FLAVIA CARLE		ESTERNO (LUNVPM)	BIOSTATISTICO	NO
DOTT.SSA VALENTINA COLA		ACU OSP. RIUNITI	ESPERTO DISPOSITIVI MEDICI	SI
DRG. GIANCARLO CONTI	In selezione di area medico-chirurgica con dispositivi medici	A.O. MARCHE NORD	INSEGGERE CLINICO	NO
PROF. MARCELLO M. D'ERRICO	MEMBRATO VICARIO e RESPONSABILE PES	ACU OSP. RIUNITI	CLINICO	SI
DOTT.SSA EMMA ESPINOSA		A.O. MARCHE NORD	CLINICO	SI
DOTT. DOMENICO GABRIELLI		ASUR	CLINICO	NO
DOTT. PIERO BALDI		ASUR	CLINICO	SI
DOTT. MICHELE GENTILI		ASUR	FARMACISTA SSR	NO
DOTT. MICHELE GRJA		ESTERNO	RAPPRESENTANTE VOLONTARIATO O DELL'ASSOCIAZIONISMO DI TUTELA DEI PAZIENTI	SI
DOTT. COSTANTINO GIOESI		ESTERNO	PEDIATRA LIBERA SCELTA	SI
DOTT. VINCENZO LARICIA		ESTERNO (LUNVPM)	ZOOTECNOLOGO	SI
DOTT.SSA STEFANIA MAGGI	In selezione e studi con nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, formative e servizi erogati	A.O. OSPEDALI RIUNITI	CLINICO	NO
DOTT. MASSIMILIANO MARIANELLI		ESTERNO	INGEGNERIA	SI
DOTT. ANDREA MARINICCI		A.O. OSPEDALI RIUNITI	FARMACISTA SSR	SI
DOTT. VINCENZO MASSETTI		ESTERNO	RAPPRESENTANTE VOLONTARIATO O DELL'ASSOCIAZIONISMO DI TUTELA DEI PAZIENTI	SI
DOTT. RODOLFO MATTIOLI		A.O. MARCHE NORD	CLINICO	SI
PROF. SSA LAURA MAZZANTI	In selezione e studi di prodotti alimentari	ESTERNO (LUNVPM)	ESPERTO IN NUTRIZIONE	SI
DOTT. FRANCESCO PELLEGRINO		ESTERNO	CLINICO	SI
DOTT. FRANCESCO PAOLO FERRI		ASUR MARCHE	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	SI
DOTT. EMANUELA SERAFINI	In selezione e studi simili presso A.O. Ospedali Riuniti	A.O. OSPEDALI RIUNITI	DIRETTORE SANITARIO	NO
DOTT. PAOLO SIGNORE		ESTERNO	MANGT	SI
DOTT.SSA ROBERTA SILVA	VICI PRESIDENTE	ASUR MARCHE	CLINICO	SI
DOTT.SSA ELISABETTA SIMONETTI		A.O. OSPEDALI RIUNITI	RAPPRESENTANTE AREE SANITARIE	SI
DOTT.SSA MADIA STORTI	In selezione e studi simili presso ASUR Marche	ASUR MARCHE	DIRETTORE SANITARIO	NO
PROF. ADRIANO TAGLIABRACCI		A.O. OSPEDALI RIUNITI	MEDICO LEGALE	SI
DOTT. MARCELLO TAVO		A.O. OSPEDALI RIUNITI	CLINICO	NO
DOTT.SSA GRADA TORTORA	In selezione studi di genetica	ESTERNO	ESPERTO IN GENETICA	SI
SIG.SA CONCETTA TRAPE'		ESTERNO	RAPPRESENTANTE VOLONTARIATO O DELL'ASSOCIAZIONISMO DI TUTELA DEI PAZIENTI	NO

Componenti del CERMI presenti che non hanno partecipato alle votazioni: Dott. Stefano Stanchi

COMITATO ETICO REGIONALE
 (P.O. n. 1000/2017)
 c/o Farm. S. Maria Goretti s.p.a.
 Via Conca, 71 - 60135 - ANCONA