



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO N. 905 DEL 16 MAG. 2018

OGGETTO: Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C. correlate-
Targeting Zero – Sub/Obiiettivo 2.1 I P.A.A. 2016/2018. Ambulatorio Accessi
Vascolari e istituzione del relativo Team – P.O. Agrigento.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità.

PROPOSTA N. 1014 DEL 10-05-2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. Non comporta ordine di spesa

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE S. U. F. E PATRIMONIO
E DIRETTORE LOG. SEF e P.

d'ordine
Il Titolare P. O.

Coll. Amm.vo Patrizia Calogera Buto

Ai sensi della L. n.241/90 e della L.R. n.10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la
legittimità del presente atto.

Il Responsabile della Struttura Proponente
Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Da notificare a: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 14-05-2018

L'anno 2018 il giorno SEI del mese di MAGGIO nella
sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO

Ing. Gervasio Venuti, nominato con decreto del Presidente della Regione Siciliana n.391/serv.1/S.G. del
01/08/2017, coadiuvato
dal Direttore Sanitario, dott. Silvio Lo Bosco, nominato con delibera n.37 del 31/08/2017
dal Direttore Amministrativo, dott. Francesco Paolo Tronca, nominato con delibera n. 63 del 13/09/2017
con l'assistenza del Segretario verbalizzante

IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZATIVA
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUM.
Dott.ssa Patrizia Tedasco

SERVIZIO
Agrigento

- Visto il D.Lgs 502/92 e s.m.i. ;
- Vista la L. R. n. 5/2009;
- Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 667 del 03/05/2017 ed approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017, di cui si è preso atto con delibera n.816 del 09/06/17;
- **Ritenuto** di dovere ottemperare a quanto contenuto nel Sub-Obiettivo 2.1 I Area 2 Piano Attuativo Aziendale 2016/2018 (P.A.A. 2016/2018), dell'Assessorato Regionale alla Salute " Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C.(Cateterismo Venoso Centrale) correlate Targeting-Zero;
- Vista la Delibera N. 84 del 24 Gennaio 2018 con la quale viene istituito nel P.O. di Canicatti un ambulatorio con relativo Team per l'installazione di cateteri venosi centrali sia ai ricoverati che agli esterni;
- Vista la nota della Dr.ssa Carmen Liuzzo , Anestesista/rianimatore del P.O. di Agrigento inviata per mail alla Direzione Sanitaria Aziendale con la quale si chiede l'istituzione di un ambulatorio per l'installazione di cateteri venosi centrali nel P.O. di Agrigento rivolto ai ricoverati e agli esterni che ad oggi passano dal Pronto Soccorso quando potrebbero invece accedere direttamente in ambulatorio;
- **Ritenuto** che come per il P.O. di Canicatti anche il P.O. di Agrigento abbia il suo Ambulatorio per l'installazione di cateteri venosi centrali con l'obiettivo di ridurre l'accesso al Pronto Soccorso e l'azzeramento delle infezioni correlate Targeting Zero (Obiettivo dei Direttori Generali;
- Visto che con nota Prot. 73797 del 03 Maggio 2018 il Direttore Sanitario Aziendale Prof. Dott. Silvio Lo Bosco richiede parere alla U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità;
- Visto il parere favorevole del Dirigente Responsabile U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Dott. Girolamo Maurizio Galletto apposto in data 07 maggio 2018 sulla nota sopracitata;
- Visto il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale Prof. Dott. Silvio Lo Bosco apposto il 09 maggio 2018 sulla sua stessa nota Prot. 73797 del 03 maggio 2018;
- Visto il Documento " Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C. correlate Targeting-Zero _ Attivazione ambulatorio e Percorso operativo per i pazienti - P.O. di Agrigento, a firma della Dr.ssa Carmen Liuzzo/ Anestesista , Prof. Carmelo Sciumè Direttore U.O.C. Chirurgia; Dott Antonio Marotta Direttore f.f.. Anestesia , Dott. Geraldo Alongi U.O. cure palliative che condividono il progetto C.V.C Targeting Zero P.O. Agrigento;
- **Ritenuto** pertanto doversi adottare il Documento " Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C. correlate Targeting-Zero con l'istituzione di un ambulatorio nel P.O. di Agrigento;
- **Dato** atto che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente Responsabile della Struttura U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità che si assume la responsabilità sulla legittimità e regolarità delle procedure poste in essere per l'adozione dello stesso, in quanto conformi alla normativa vigente attinente alla fattispecie di che trattasi;
- Con il parere FAVOREVOLE del Direttore Sanitario
- Con il parere FAVOREVOLE del Direttore Amministrativo

Paves

SERVIZIO
Agrigento



DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che si intendono qui integralmente trascritte:

- **Adottare** il documento " Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C. correlate Targeting-Zero ed attivazione ambulatorio dedicato P.O. Agrigento;
- **Di trasmettere** all'U.O.S. Comunicazione la Delibera e relativo allegato per la pubblicazione sul sito Web Aziendale;
- **Di dare mandato** al Dirigente Responsabile U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Dott. Girolamo maurizio Galletto di notificare alla Dr.ssa Carmen Liuzzo l'atto Deliberativo e il documento " Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C. correlate Targeting-Zero - P.O. Agrigento per gli adempimenti di merito;
- Di dichiarare il presente documento immediatamente esecutivo;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco Paolo Tronca

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Silvio Lo Bosco



IL COMMISSARIO
Ing. Gervasio Venuti

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZ.
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUMA
Dott.ssa Patrizia Tedesco





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Codice Fiscale e Partita IVA 02570930848

Direzione Sanitaria Aziendale

03 MAG 2018

Prot. n° 73797 del _____

Al Dr. Maurizio Galletto
Resp.le "Rischio Clinico"

E p.c.

Alla Dr.ssa Carmen Liuzzo
U.O. Anestesia e Rianimazione
P.O. Agrigento

Oggetto: richiesta parere.

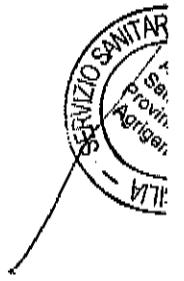
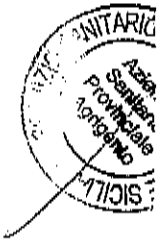
Si trasmette, allegato alla presente, il progetto redatto dalla Dr.ssa Carmen Liuzzo, Dirigente Medico Anestesista, relativo alla costituzione di un "Ambulatorio Accessi Vascolari" e istituzione del relativo Team presso il P.O. di Agrigento, secondo il D.A. n. 1004/2016, Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC correlate, con invito ad una valutazione ed espressione di parere di convalida da parte della S.V., per l'adozione nell'ambito delle procedure Aziendali.

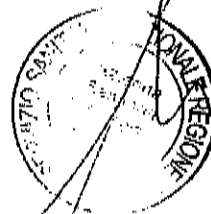
Il Direttore Sanitario Aziendale
Prof. Dott. Silvio Lo Bosco

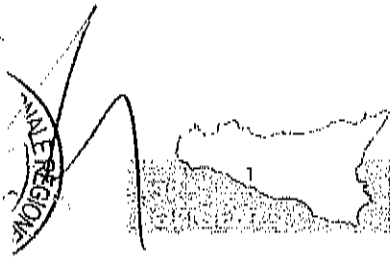
*Espresso bene
fornito P.O. L.C.*

07-05-2018

A.S.P. AGRIGENTO
Staff Direzione Generale
U.O.S. Gestione del Rischio Clinico
e della Qualità
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Dott. G. Maurizio Galletto







SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
PRESIDIO OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO
c.da Consolida – 92100 AGRIGENTO

Al Direttore Sanitario Aziendale Prof. Lo Bosco Asp AG

Al Responsabile U.O. Qualità e Rischio Clinico Dr. Galletto Asp AG

e.p.c. al Referente Aziendale per il programma regionale per l'azzeramento infezioni CVC correlate "targeting zero" Dr Granata

Oggetto: Autorizzazione all'attivazione dell'ambulatorio di Accessi Vascolari presso il PO San Giovanni di Dio.



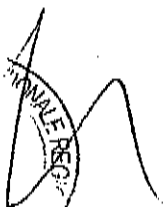
A seguito della nota Prot. 0055136 del 30/03/2018 con oggetto *"richiesta di attivazione dell'ambulatorio di accessi vascolari e formalizzazione del relativo team dedicato nel PO San Giovanni di Dio di Agrigento"*, e della nota Prot 0055142 del 30/03/2018 con oggetto *"percorso operativo sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni di suddetto ambulatorio"*,

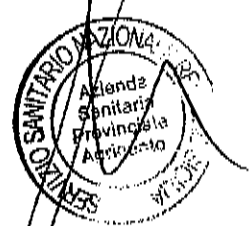
si richiede Autorizzazione alla attivazione dell'ambulatorio in oggetto.

Con osservanza

Agrigento 02/05/2018

Dr.ssa Carmen Liuzzo





RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AMBULATORIO ACCESSI VASCOLARI PO SAN GIOVANNI DI DIO



CARMEN LIUZZO <carmenliuzzo@gmail.com>

mer 02/05/2018 16:32

A: Direttore Sanitario <direttore.sanitario@ASPAG.IT>;

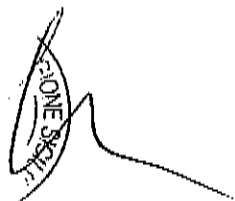
1 allegati (241 KB)

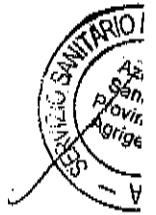
AUTORIZZAZIONE ATTIVAZIONE AMBULATORIO.pdf;

Si invia in allegato la richiesta in oggetto

Cordiali saluti

Dr.ssa Carmen Liuzzo





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE SICILIANA

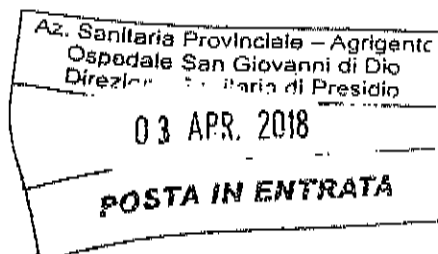
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

PRESIDIO OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO

c.da Consolida - 92100 AGRIGENTO



Al Direttore Sanitario di Presidio "San Giovanni di Dio" Agrigento



Al Responsabile U.O.C. Anestesia e Rianimazione

Al Responsabile dell' U.O Hospice

Al Responsabile dell'U.O. di Chirurgia Generale

e p.c. Al Direttore Sanitario Aziendale ASP Agrigento

Al Referente Aziendale per il programma Regionale per l'azzeramento infezioni CVC correlate

Targeting Zero

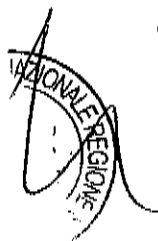
Oggetto: richiesta attivazione AMBULATORIO ACCESSI VASCOLARI e formalizzazione del relativo TEAM dedicato nel P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento.

Premessa:

Dovendo ottemperare a quanto contenuto nel Sub-Obiettivo 2.1 l Area 2 Piano Attuativo Aziendale 2016/2018 (P.A.A. 2016/2018) dell'Assessorato Regionale alla Salute "Programma regionale per l'azzeramento delle infezioni C.V.C.(catetere Venoso centrale) correlate Targeting -Zero.

In considerazione del D.A .n 2004/2016 pubblicato in GURS n 26 " Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC correlate Targeting zero" da cui si evince che ogni Strutta Sanitaria deve prevedere all'individuazione di un TEAM dedicato agli accessi vascolari centrali e periferici che abbia competenze documentate sulle seguenti attività:

- Posizionamento ecoguidato di cateteri venosi centrali e periferici a breve, medio e lungo termine.







- Gestione e risoluzione delle complicanze correlate.
- Formazione teorico pratica degli operatori sanitari.
- Consulenza medico infermieristica sulle criticità correlate

Vista la delibera N84 del 24 gennaio 2018 con cui viene individuato l'ambulatorio di Accessi vascolari e il relativo TEAM presso il P.O. di Canicatti;

Si chiede, con la presente, l'attivazione di un ambulatorio Medico Infermieristico dedicato all'impianto e alla gestione degli accessi vascolari, PER PAZIENTI SIA RICOVERATI CHE ESTERNI, a cadenza bisettimanale, presso P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento al fine di *diminuire lo stress e il disagio dei pazienti che afferiscono al nostro P.O.*

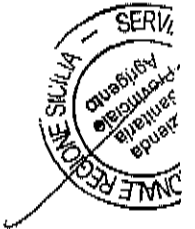
Tale ambulatorio si avvarrebbe di personale medico e infermieristico qualificato al fine di garantire la scelta ottimale del dispositivo da impiantare, in relazione alle esigenze cliniche del paziente (proactive vascular planning), e si occuperebbe della gestione del dispositivo impiantato, al fine di ridurre le complicanze ad esso legate. Applicazione dei bundle e la compilazione delle schede di gestione accessi venosi (come indicato dal D.A.1004/2016 della Regione Siciliana), per tutti i pazienti che afferiscono all'ambulatorio.

L'utenza si avvarrebbe di un *ambulatorio in sede* riducendo al minimo il discomfort per i pazienti fragili e, al contempo, favorendo il coinvolgimento del familiare caregiver.

I componenti del TEAM che lavorano a questo progetto da anni e che si occupano prevalentemente di posizionamento di PICC (cateteri centrali ad inserzione periferica) sono: la Dr.ssa Liuzzo dell' U.O.C. di Anestesia e Rianimazione e l'Inf. Cammilleri U.O Hospice entrambi in possesso di Master in Accessi Vascolari e Terapia Endovenosa; gli infermieri Carlino, Dispenza e Bruno, dell'UOC Anestesia e Rianimazione, e Incorvaia, dell' Hospice,, in possesso di Attestato di Impiantatore.

La Dr.ssa Liuzzo, la Dr.ssa Costa e il Dr.Farruggia dell' U.O.C. di Anestesia e Rianimazione stanno inoltre effettuando specifica formazione per il posizionamento di Port a Cath. *Dr.ssa Antonella Buzi Falcone*

Si precisa che, a tutt'oggi, il TEAM non è ufficializzato, essendo in attesa della delibera da parte della DMS, con richiesta protocollata n 84/16 del 14/04/2016.



Impiantare, in atto, si accompagna ad uno sforzo organizzativo e soprattutto personale non indifferente. Gli impianti avvengono durante i normali turni di servizio e in locali non dedicati con grande spirito di sacrificio di tutto il personale in servizio.

Nel caso di pazienti esterni l'impianto avviene tramite richiesta da parte del Pronto Soccorso sovraccaricando una realtà già di per se difficile.

La verifica del corretto posizionamento della punta avviene con RX torace in 2 proiezioni, non essendovi una validazione da parte della DMS all' esecuzione dell'ECG intracavitario.

CONTROLLO DELLA CORRETTA POSIZIONE DEL CVC CON ECG INTRACAVITARIO:

Il metodo ECG intracavitario è un sistema economico, efficace, semplice e sicuro per verificare la posizione corretta della punta del CVC durante la procedura stessa.

Un posizionamento corretto della punta (in prossimità della giunzione cavo-atriale) riduce significativamente il rischio di aritmie, di malfunzionamento del catetere, di formazione della guaina fibrosa pericattetere (fibrin sleeve) e di trombosi venosa centrale CVC-correlata.

La verifica della corretta collocazione della punta del CVC durante la manovra, piuttosto che post-procedurale, come nel caso dell'RX torace, evita i costi e i rischi associati alla necessità di riposizionare il CVC, la cui punta fosse in sede corretta.

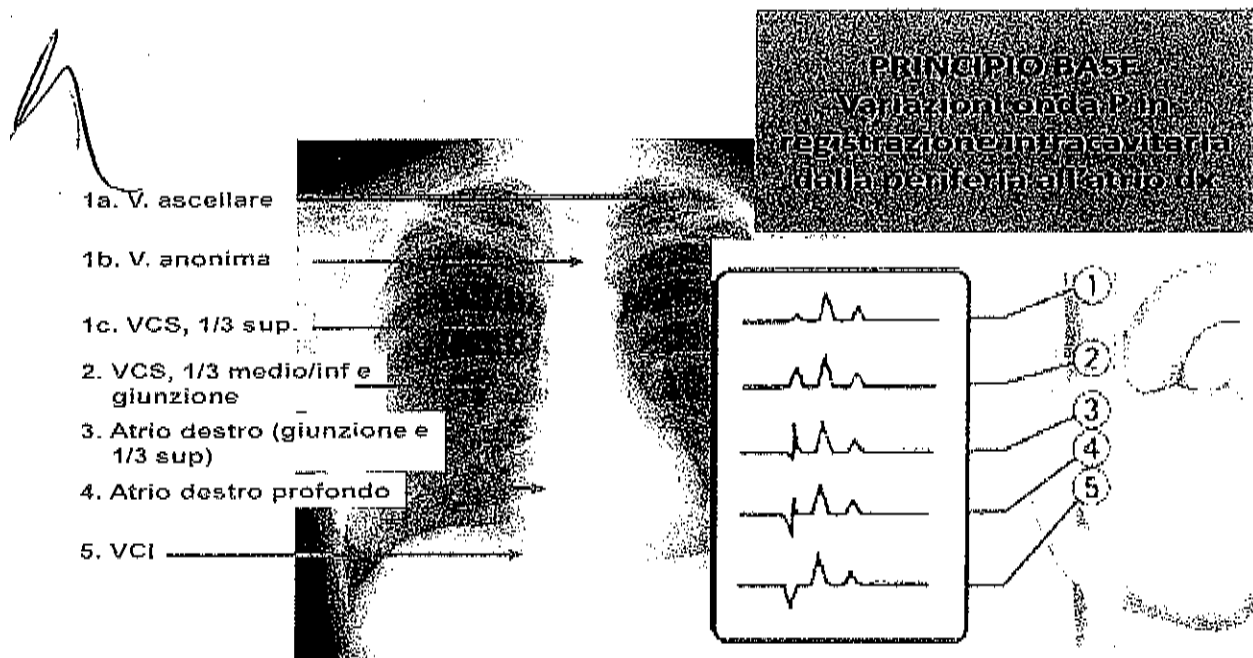
Questa metodica consiste nel valutare le variazioni di ampiezza dell'onda P sulla seconda derivazione, utilizzando un elettrodo solidale con il catetere.

Come effettuare un ECG intracavitario? Si collega la pinza rossa (DII) con il catetere, attraverso una colonna di liquido (soluzione fisiologica), in modo registrare la traccia ECG dall'interno del vaso. Ciò è possibile utilizzando un raccordo sterile di cui in commercio ne esistono di vari tipi.

La seconda derivazione (DII) è parallela all'asse di attivazione del vettore atriale, e permette la miglior registrazione dell'onda P (maggiore ampiezza).

In particolare l'onda P cresce progressivamente in ampiezza, raggiungendo un massimo a livello della giunzione cavo-atriale (posizione corretta della punta), e poi diventa bifasica, e quindi negativa, man mano che il catetere si allontana dal cuore e raggiunge la vena cava inferiore.





La stampa dell'ECG di superficie e quella dell'ECG intracavitario vengono allegate in cartella a tutela medico legale dell'impiantatore.

La presenza dell'ambulatorio per gli Accessi Vascolari permetterebbe di impiantare bypassando totalmente il PS attraverso un percorso operativo ben definito.

L'esecuzione della radiografia del torace avverrebbe solo in pochi casi selezionati, quando cioè non fosse visibile l'onda P; in tutti gli altri casi il corretto posizionamento della punta avverrebbe con il metodo ECG intracavitario.

Quali dispositivi impiantiamo?

PICC power injectable a punta aperta (SOLO e valvolati) in poliuretano di terza generazione;

PICC Groshong in silicone;

CICC : CVC a breve termine tipo Arrow e Cateteri di grosso calibro ad alto flusso per CVVH di 11 french o di emodiafiltrazione veno venosa continua extracorporea lunghezza 14/16 cm a dex, 19/20 cm a sin.

FICC : Cateteri di grosso calibro ad alto flusso per CVVH o terapia extracorporea temporanea in regime di urgenza della lunghezza di 24 cm per raggiungere la vena cava inferiore.



Nomenclatura WoCoVa: Word Conference of Vascular Access, 2016.

In quale categoria di pazienti impiantato?

- Pazienti di rianimazione che devono essere domiciliarizzati o trasferiti in centri di lungodegenza o riabilitazione.
- Pazienti dei reparti di oncologia che devono effettuare chemioterapia,
- pazienti della chirurgia o medicina che presentano difficoltà a reperire accessi venosi periferici, che devono fare NPT oppure terapie antibiotiche di lunga durata.
- Pazienti della lungo degenza.
- Pazienti terminali a domicilio che giungono in ospedale tramite ambulanza e a cui viene aperto un DH da altri reparti come Medicina o Chirurgia Generale al fine dell'impianto.
- Pazienti che afferiscono al PS con difficoltà a reperire accessi venosi periferici.

Alla richiesta di visita anestesiológica per mancanza di accessi venosi periferici, che avviene tramite ADT, segue la valutazione dell'appropriatezza della richiesta e la conseguente scelta del device più adeguato alla situazione clinica secondo le Linee Guida.

Occorre considerare che la popolazione è sempre più anziana e con una maggiore incidenza delle cronicità per cui si rende necessario prevedere la necessità di orientare l'offerta assistenziale verso risposte sempre più adeguate.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sociosanitari, ed in particolare nell'ambito dello sviluppo e potenziamento dei percorsi facilitati a garanzia della continuità assistenziale, il PICC trova la sua collocazione sia per i pazienti provenienti dal domicilio e dalle strutture territoriali, sia come servizio di supporto alla domiciliarità basato sulla collaborazione operativa tra professionisti ed operatori sociosanitari.

Il Team, avvalendosi di un ambulatorio di accessi vascolari secondo un modello proattivo d'assistenza in collegamento funzionale con le strutture ospedaliere e il territorio, rappresenterebbe un particolare aspetto di innovazione nella gestione della patologia cronica con il duplice obiettivo di fornire continuità delle cure, migliorando nel contempo la qualità della vita.

MACROBIETTIVI SPECIFICI DEL TEAM :



- riduzione del rischio di deturpazione del patrimonio venoso, flebiti chimiche per infusioni di farmaci vaso lesivi oltre che le complicanze derivanti dall'inserimento di cateteri ad accesso centrale (CICC);

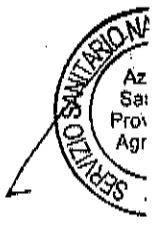
- supporto nella consulenza agli operatori sanitari per la gestione degli accessi vascolari;
- supporto all'intervento di educazione sanitaria rivolto ad utenti e familiari nella gestione degli accessi venosi a lungo termine.

Figure Professionali e Modello Organizzativo

NOME DEL PROCESSO: Ambulatorio Accessi Vascolari – PICC-team	
OBIETTIVO DEL PROCESSO:	Garantire sicurezza e confort del Paziente, successo terapeutico ospedaliero e domiciliare contenendo i costi derivanti dalla terapia endovenosa
INPUT: Paziente con bisogno clinico assistenziale (terapia endovenosa) Richiesta	OUTPUT: Accesso Vascolare (impianto di PICC/Midline/CVC/Port) Documentazione (referto)
FORNITORE: Ospedale e Territorio (Medici e infermieri)	CLIENTE: Paziente MMG Struttura di riferimento territoriale Familiari (domicilio) Ospedale

Analisi dei costi di implementazione e realizzazione

Un dispositivo si può considerare efficace quando raggiunge l'obiettivo clinico per il quale è designato e utilizzato mentre è efficiente quando raggiunge l'obiettivo clinico prefissato con un utilizzo limitato di risorse o comunque senza spreco delle stesse.



È possibile quindi esprimere un concetto di costo/efficacia quando, tale dispositivo, offre un vantaggio in termini di rapporto tra le risorse impiegate e l'obiettivo clinico raggiunto.

L'impianto dei PICC ha dimostrato essere in grado di ridurre i costi finali di gestione attraverso una serie di meccanismi complementari e riconducibili a:

- riduzione delle spese sostenute per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso;
- riduzione della durata media della degenza ospedaliera;
- riduzione dei costi legati al lavoro medico e/o infermieristico.

L'analisi dei costi deve, infatti, tener conto dei seguenti aspetti;

- costi per la scelta del *device*, medicazione;
- costi correlati alle complicanze;
- costi relativi all'assistenza.

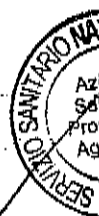
Attivare un ambulatorio dedicato agli Accessi Vascolari comporta, ovviamente dei costi riconducibili a spese organizzative, costo orario delle prestazioni medico-infermieristiche, oppure lavoro in regime di straordinario qualora le risorse umane siano le stesse utilizzate per la normale attività routinaria di reparto, investimenti in attrezzature, costo per consulenze medico infermieristiche e costo di attività formativa.

Da costi soprarichiamati, ne potrebbe derivare un risparmio per l'azienda che possa giustificare la spesa?

La risposta è assolutamente affermativa in quanto l'introduzione di un team dedicato agli accessi venosi non solo aumenta la sicurezza del paziente, abbattendo molte complicanze e i correlati costi, ma è anche un significativo fattore determinante nel ridurre i costi associati al mantenimento delle terapie infusionali ospedaliere e sul territorio, attraverso una serie di meccanismi principalmente finalizzati alla:

- riduzione delle spese sostenute per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso,
- riduzione della durata media della degenza ospedaliera,
- riduzione dei costi legati a lavoro medico o infermieristico,
- aumento dell'efficienza.

La riduzione dei costi è evidente nella riduzione delle spese sostenute dall'azienda per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso in quanto si riduce lo spreco di materiale grazie all'aumento della percentuale di successi nell'inserzione, aumenta il salvataggio del presidio mediante la prevenzione ed il trattamento efficace di complicanze meccaniche (ostruttive) o infettive che normalmente condurrebbero alla rimozione del presidio stesso e infine, attraverso il Proactive Vascular Planning, è possibile optare per il miglior presidio con costo-efficacia.

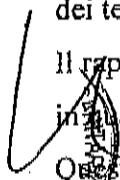


 La riduzione della durata media della degenza è riconducibile alla riduzione del rischio di infezioni associate a catetere venoso (che si manifestano costantemente con il prolungamento della durata della degenza ospedaliera) e al posizionamento tempestivi di presidi adatti a trattamenti palliativi, in modo da poter rapidamente dimettere il paziente o trasferirlo presso strutture hospice, sub acute o domiciliari.

La riduzione dei costi relativi al personale infermieristico e medico sono correlati al minor tempo di lavoro dedicato al posizionamento di agocannule di breve durata.

Si ha inoltre una riduzione del tempo medico dedicato al posizionamento di accessi a lungo termine (CICC) mediante una opportuna implementazione degli accessi brachiali la cui inserzione è completamente infermieristica.

A tutto questo corrisponde un aumento dell'efficienza e dell'efficacia dovuta alla minimizzazione dei tempi di attesa per il posizionamento di accessi a medio e lungo termine.

 Il rapporto costo-efficacia e l'efficienza non sono gli obiettivi primari della nostra pratica clinica in quanto in via preordinata vi è sempre la sicurezza del paziente.

Questi obiettivi non sono assolutamente in contrasto tra loro, anzi i dispositivi che associano maggiore sicurezza al paziente, contemporaneamente riducono il rischio di complicanze, le quali costituiscono il vero "costo" degli accessi venosi.

Casistica attività effettuata dai componenti del TEAM fino a oggi:

Numero di impianti totali di PICC da marzo 2013 ad oggi sono:

Medicina d'urgenza 9

Rianimazione 86

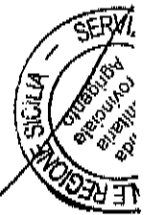
Oncologia 25

Medicina interna 29

Chirurgia 42

Trasferiti in lungodegenza o a domicilio 9







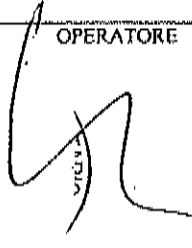
Hospice 600

Neurologia 1

Urologia 1

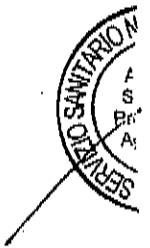
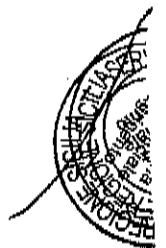
NC (Non direttamente riconducibili all'U.O. di appartenenza perché sprovvisti di dati) 21

Totali 823 impianti

OPERATORE	Inserimento ecoguidato PICC Power Punta aperta	Inserimento ecoguidato PICC Groshong Punta chiusa	Inserimento CVC con tecnica blind	Inserimento ecoguidato CICC	Inserimento ecoguidato FICC	Medicazioni cateteri vascolari già impiantati
	67	3	nc	20	5	//
Dr.ssa Costa	//	//	nc	20	5	//
Dr.Farrugia	3	//	nc	20	5	//
Inf.Camilleri	//	300	//	//	//	nc
Inf.Incorvaia	//	300	//	//	//	nc
Inf.Carliano	50	//	//	//	//	nc
Inf.Bruno	50	//	//	//	//	nc
Inf.Disensa	50	//	//	//	//	nc

Si precisa che il termine nc si riferisce al fatto che il personale suddetto lavora in reparti di Rianimazione e Hospice dove le medicazioni e il posizionamento dei CVC avviene quotidianamente nel 80% dei pazienti ricoverati.





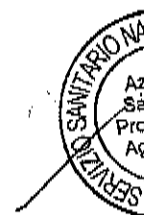
Competenze del TEAM sulle attività del cateterismo centrale

conferimento dei privileges (D.A. 1004/2016)

OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Dr.ssa Liuzzo	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	95	SI	Corso teorico pratico	SI

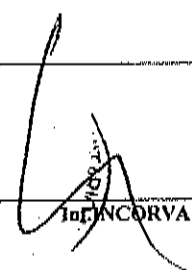
OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Dr.ssa Costa	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	25	No	Corso teorico pratico	SI

OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Dr. Barruggia	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	28	No	Corso teorico pratico	SI





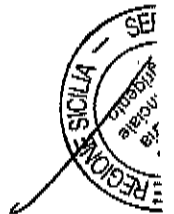
OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Inf. CAMMILLERI	Inserimento Cateteri venosi centrali e periferici	300	SI	Corso teorico pratico	SI



OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Inf. INCORVAIA	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	300	SI	Corso teorico pratico	SI

OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Inf. CARLINO	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	50	SI	Corso teorico pratico	SI





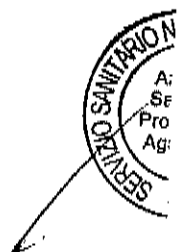
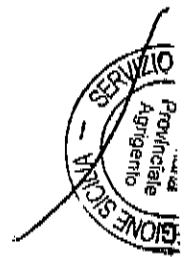
Inf.REGIONE

OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Inf.BRUNO	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	50	SI	Corso teorico pratico	SI

OPERATORE	PRIVILEGES	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO	
		CRITERI(almeno 50 inserimenti/anno)	SI/NO	CRITERI	SI/NO
Inf.DISPENSA	Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	50	SI	Corso teorico pratico	SI

Valutazione e monitoraggio delle attività

L'attività verrà monitorata attentamente dalla Direzione Sanitaria con incontri periodici con l'equipe medico infermieristica. I momenti di audit dell'equipe saranno fondamentali per monitorare i dati di attività, nonché l'andamento della sperimentazione e lo sviluppo continuo delle competenze dei professionisti coinvolti. In queste sedi potranno essere identificate precocemente eventuali criticità, che portate all'attenzione di tutti, potranno trovare attraverso la condivisione e il supporto degli operatori, delle soluzioni tempestive ed efficaci. Verrà inoltre organizzato annualmente un corso di formazione specifico.



Risultati attesi

La presenza di un ambulatorio dedicato agli accessi vascolari con cadenza bisettimanale e di un vascular access team si tradurrebbe in soddisfazione in termine di salute, di qualità assistenziale per gli utenti e le loro famiglie, in un sicuro punto di riferimento per l'impianto e la gestione per gli altri reparti del P.O. e complessivamente in una positiva immagine per l'Azienda.

OBIETTIVI DEL VASCULAR ACCESS TEAM:

1. Sicurezza del paziente
2. Costo/Efficacia della scelta clinica
3. Sostegno al cittadino nella gestione della propria salute
4. Minor utilizzo di risorse economiche per fornire gli stessi servizi
5. Efficienza professionale
6. Rapidità di accesso ai servizi
7. Diminuzione di stress del paziente
8. Riduzione dei giorni di ricovero
9. Gradimento paziente e parenti
10. Godimento dell'operatore sanitario
11. Facilitazione nella continuità delle cure
12. Risonanza positiva dell'assistenza Aziendale

Nell'attesa della predisposizione di giusta delibera, si resta a disposizione per qualunque chiarimento.

Segue la descrizione dettagliata del Percorso Operativo sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni dell' Ambulatorio di Accessi Vascolari del P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento.

Agrigento il 20/03/2018

Per favore

ASP 1 AGRIGENTO P.O. "San Giovanni di Dio"
Dr.ssa Luzzo Carmen
Dir. Medico U.O. Cure Palliative e Assistenza
Cod. Fisc. 07770870912
Cod. Min. 0002070046

Azienda Sanitaria Provinciale
Prof. Carmelo Sciumè
Direttore UOC Chirurgia Generale
Endoscopia e Laparoscopia
Cod. ENPAM: 300066436M
Iscr. Ordine dei Medici: A 62103

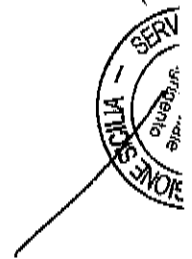
Per favore

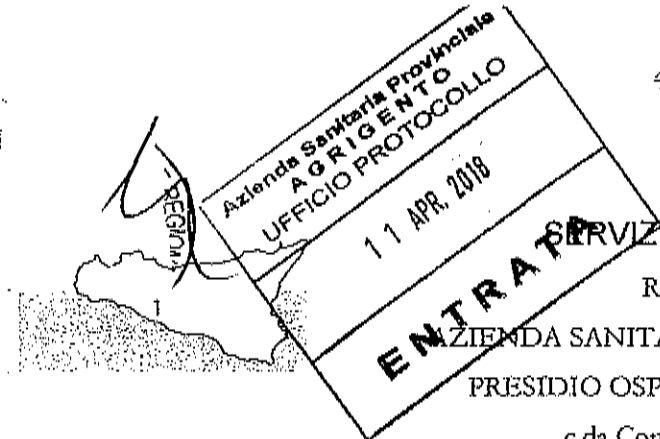
ASP 1 Agrigento
Pres. Ospedaliero S. Giovanni di Dio
U.O. CURE PALLIATIVE
Dir. RESPONSABILE
Dr. Med. GERALDO ALONGI

13

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AG1
Pres. Osp. S. Giovanni di Dio Agrigento
Direttore FF. U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Cod. ENPAM: 300655524
Cod. Fisc. ART NTN 53D75 1514 X

16/12/2018





AR

8/4/2018

al Direttore Sanitario
al Direttore Sanitario

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
PRESIDIO OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO
c.da Consolida - 92100 AGRIGENTO

0055142

Del 30-03-2018



Al Direttore Sanitario di Presidio "San Giovanni di Dio" Agrigento

Al Responsabile U.O.C. Anestesia e Rianimazione

Al Responsabile dell'Hospice

Al Responsabile dell'U.O. di Chirurgia Generale

E p.c.

Al Direttore Sanitario Aziendale ASP Agrigento

Al Referente Aziendale per il programma Regionale per l'azzeramento infezioni

CVC correlate Targeting Zero

OGGETTO: Percorso Operativo sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni dell'Ambulatorio di Accessi Vascolari P.O. San Giovanni di Dio Agrigento.

La sottoscritta Dr.ssa Liuzzo Carmen descrive il percorso Operativo sulle modalità di accesso e di erogazione delle Prestazione dell'Ambulatorio in Oggetto:

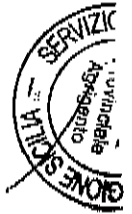
Percorso OPERATIVO per i pazienti RICOVERATI:

I pazienti interni ricoverati afferiscono all'ambulatorio tramite richiesta da parte del reparto di appartenenza tramite ADT con la seguente modalità:

- **PRIORITA':** urgente 7 gg
- **EROGATORE:** TERAPIA INTENSIVA AGRIGENTO-TIN00(D)
- **PRESTAZIONE:** "VISITA GENERALE ANESTESIOLOGICA" (897AN);
- **QUESITO DIAGNOSTICO:** valutazione inserzione dispositivo di accesso vascolare.

Verranno specificate una o più delle seguenti indicazioni:

- Assenza di accessi venosi periferici,
- Terapia endovenosa prolungata,
- Nutrizione parenterale totale
- Chemioterapia
- Proseguo cure mediche presso il proprio domicilio con terapia endovenosa
- Terapie trasfusionali protratte



 Il reparto di appartenenza dovrà richiedere pure RX torace di controllo in 2 proiezioni post procedurale nel caso di posizionamento di cateteri venosi centrali.

La richiesta sarà evasa dal personale dell'ambulatorio per accessi vascolari il prima possibile.

La MEDICAZIONE del dispositivo impiantato sarà a carico del reparto di appartenenza, il personale dell'ambulatorio rimane disponibile per qualsiasi chiarimento.

Percorso OPERATIVO per i pazienti ESTERNI:

I pazienti, previa prenotazione effettuata telefonicamente o tramite FAX ai numero della Caposala U.O. Anestesia e Rianimazione 0922442348, afferiscono tramite accesso diretto al CUP il giorno stabilito mediante ricetta Medica redatta dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista Ambulatoriale con la dicitura **"Visita Generale Anestesiologica" (897AN) per valutazione inserzione dispositivo di accesso vascolare.** Trattasi di pazienti esenti con nota 048 per patologia neoplastica, oppure C01, C02, C03, C04 riguardante l'invalidità civile.

 Il paziente porterà pure l' allegato E e la consulenza specialistica in cui si precisa la patologia e il tipo di terapia che dovrà effettuare.

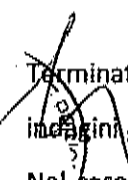
 I medici dell'ambulatorio, valutate le condizioni cliniche ed ecografiche dei vasi del collo e del braccio del paziente, propongono il tipo di device da impiantare e aprono il DAY SERVICE presso la divisione di CHIRURGIA GENERALE.

Il paziente viene preso in carico dal Medico Anestesista dell'ambulatorio che provvede all'apertura e compilazione della cartella clinica e prescrive il ricovero sul **RICETTARIO PERSONALE DEL SSN (RICETTA ROSSA)** con la seguente dicitura: " si richiede ricovero in DAY SERVICE presso la divisione di Chirurgia Generale per **INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE**".

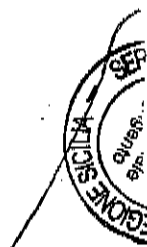
La richiesta di ricovero, dopo il pagamento del ticket, se dovuto, viene allegata in originale alla documentazione clinica.

Il medico che ha preso in carico il paziente prescrive eventuali prestazioni, fermo restando l'impegno ad evitare ripetizioni di indagini recentemente eseguite dal paziente (es. esami di laboratorio) e provvede all'acquisizione del consenso informato. (Allegato 1-2)

Il dirigente Medico che ha provveduto all'attivazione del DS, presa visione degli accertamenti clinici e dopo acquisizione del consenso informato, provvede lui stesso, o l' Infermiere Impiantatore, a posizionare o rimuovere il dispositivo di accesso vascolare.

 Terminato l'iter assistenziale verrà redatta la lettera di dimissione che comprende i risultati delle indagini praticate, della sintesi clinica, della diagnosi e della terapia da effettuare.

Nel caso di posizionamento di PORT il controllo del corretto posizionamento della punta avverrà con RX torace in 2 proiezioni, che verrà richiesto dal Medico che ha aperto il DS.



 Nel posizionamento di un dispositivo tipo PICC il controllo della punta del catetere viene verificato con il metodo ECG intraprocedurale e la stampa del referto viene allegata in cartella (tale procedura dovrà essere preventivamente validata, con apposito atto, dalla Direzione Sanitaria Aziendale, in attesa di tale atto sarà effettuato RX torace in 2 proiezioni). Solo in paziente dove è assente l'onda P viene effettuato il controllo RX torace.

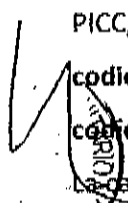
Verrà inoltre compilata la **scheda di Gestione Accessi Venosi** come previsto dal D.A. 1004/2016 pubblicato in GURS n.26 del 17/06/2016 parte I: Programma Regionale per l'azzeramento delle Infezioni CVC correlate. (Allegato 3-4)

Compilazione della SDO con i seguenti codici in base al tipo di dispositivo impiantato:

codice V58.81 COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI CATETERE VASCOLARE: diagnosi principale di dimissione

codice 86.07 INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE : per il posizionamento di dispositivo PORT

codice 38.93 ALTRO CATETERISMO VENOSO NON CLASSIFICATO ALTROVE: per il posizionamento di PICC/MIDLINE

 **codice 96.57 IRRIGAZIONE CATETERE VASCOLARE**

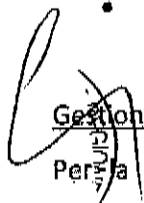
codice 93.56 APPLICAZIONE DI MEDICAZIONE COMPRESSIVA

La cartella clinica, custodita nel rispetto della privacy dovrà contenere:

- anagrafe del paziente
- una breve valutazione anamnestica
- la valutazione clinica del paziente
- la registrazione del percorso clinico/assistenziale

Dovranno inoltre fare parte integrante della documentazione clinica:

- copia della relazione conclusiva di dimissione
- copia della SDO
- consenso informato
- referti se in copia cartacea
- relazione di eventuali consulenze e/o indagini
- originale della richiesta di ricovero (ricetta rossa)

 Gestione dei dispositivi impiantati nei PAZIENTI ESTERNI (MEDICAZIONI):

Per la gestione dei dispositivi di accesso vascolare impiantati i pazienti esterni afferiscono all'ambulatorio tramite accesso diretto al CUP mediante ricetta redatta dal Medico di Medicina



Generale o dallo specialista Ambulatoriale con la dicitura "Visita Anestesiologica di Controllo" (8901AN) per controllo e medicazione dispositivo di accessi vascolari.

La presa in carico dell'utente prevede l'apertura di una scheda ambulatoriale che sarà aggiornata ad ogni accesso per tutto il ciclo di trattamento; **Scheda di gestione accessi vascolari** come previsto dal D.A. 1004/2016 pubblicato in GURS n.26 del 17/06/2016 parte I: Programma Regionale per l'azzeramento delle Infezioni CVC correlate. (Allegato 3 e 4).

Si precisa che la medicazione del PICC, in assenza di complicanze, deve obbligatoriamente essere effettuata una volta la settimana per tutta la durata in sede del dispositivo, mentre la gestione del Port a Cath prevede la rimozione dei punti di sutura dopo 8 giorni; in seguito non è più necessario effettuare alcuna medicazione.

L'ambulatorio per accessi vascolari potrebbe avere una cadenza bisettimanale, preferibilmente il martedì e giovedì pomeriggio, al fine di far coincidere l'orario di apertura dell'ambulatorio con l'orario di apertura del CUP.

Agrigento il 20/03/2018

Con osservanza si porgono i più cordiali saluti.

ASP 1 AGRIGENTO - P.O. "San Giovanni di Dio"
Dott. CARMEN LUZZO
Dir. Medico U.O. Anest. e Rian. Intensiva
Cod. Fisc. LZZ 01173847 A020M
Cod. ENPAM: 300207284G

Azienda Sanitaria Provinciale
Prof. Carmelo Sciumè
Direttore UOC Chirurgia Generale
Endoscopia e Laparoscopia
Cod. ENPAM: 300066436M
Iscr. Ordine dei Medici: AG2103

Per te Favorevole

Per te Favorevole

ASP 1 Agrigento
Pres. Ospedaliero S. Giovanni di Dio
U.O. CURE PALLIATIVE
Dir. RESPONSABILE
Dr. Med. GERALDO ALONGI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AG1
Prof. C. Sciumè
Dir. U.O. Anest. e Rian. Intensiva

Aggrigento 20/3/2018

Ln

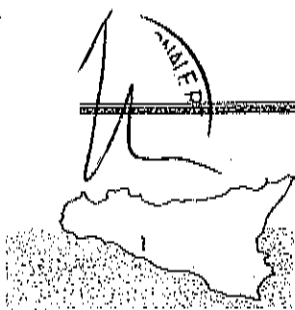


SERVIZIO SANITARIO

REGIONE SICILIANA -



SERVIZIO SANITARIO



Allegato 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

PRESIDIO OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO

c.da Consolida - 92100 AGRIGENTO

CONSENSO INFORMATO PER IL POSIZIONAMENTO DI UN ACCESSO VENOSO CENTRALE AD INSERZIONE PERIFERICA (PICC)

Il sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato informato dal Dr. _____ circa l'indicazione al posizionamento di un accesso venoso centrale attraverso l'incannulamento di una vena periferica del braccio.

In particolare dichiaro di essere stato informato e di avere compreso quanto segue:

- nella patologia da cui sono affetto questa procedura è indicata per rendere disponibile un accesso venoso centrale immediato e nel contempo duraturo, attraverso cui somministrare farmaci e/o nutrizione parenterale anche in maniera discontinua;
- tale procedura presenta numerosi vantaggi tra cui la possibilità di somministrare medicinali altamente lesivi sull'endotelio delle vene e l'eventuale facilità di prelievi ematici da campionare laddove si renda necessario ripetute punture venose.
- Come tutte le pratiche medicochirurgiche detta procedura - anche se effettuata con perizia, diligenza e prudenza - presenta un rischio di complicanze e di effetti collaterali.

Tra le complicanze specifiche legate al posizionamento del catetere venoso centrale alcune possono verificarsi immediatamente (puntura arteriosa, difficoltà o impossibilità a incannulare la vena, aritmie, ematoma, altre più rare), altre durante l'utilizzo nel tempo del presidio stesso (infezione locale o sepsi, trombosi venosa profonda, tromboflebiti, malfunzionamento con conseguente necessità di sostituzione, altre più rare..).

Soddisfatto delle informazioni ricevute, acconsento di sottopormi alla suddetta procedura

Agrigento il _____

Firma del paziente / genitore _____

Firma del Medico _____

Firma dell'Infermiere Impiantatore _____



Allegato 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

PRESIDIO OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO

c.da Consolida – 92100 AGRIGENTO

Consenso informato per il posizionamento di un accesso venoso centrale a lungo termine: Porth a Cath

Il sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato informato dal Dr. _____

Circa l'indicazione al posizionamento di un accesso venoso centrale a lungo termine per la somministrazione della chemioterapia e di eventuali altre terapie o prelievi endovenosi e della manutenzione relativa. Sono stato informato dell'esistenza di diversi tipi di cateteri venosi centrali:

- sistemi totalmente impiantabili
- sistemi esterni provvisori

Il Medico mi ha proposto un SISTEMA TOTALMENTE IMPIANTABILE A LUNGO TERMINE. Il sistema proposto (Porth a cath) è costituito da un serbatoio impiantato sotto cute e da un catetere connesso al serbatoio a punta smussa posizionato nella vena cava superiore in prossimità dell'atrio di destra. Il serbatoio è connesso al catetere tramite un raccordo di diversa modalità a seconda del tipo di porth. La scelta del sistema è stata fatta dal medico in considerazione dell'uso prevalentemente discontinuo (periodico) ed Ambulatoriale o Day Hospital del catetere stesso.

I principali vantaggi del sistema sono:

- migliore risultato estetico
- la comodità di gestione
- la minima interferenza con le attività periodiche
- consente il nuoto, bagno o doccia

Svantaggi:

- la cute deve essere punta ogni volta per l'uso e la manutenzione prevede aghi appositi Huber non danneggianti la membrana del serbatoio.
- Sono possibili stravasi da dislocazione dell'ago dal serbatoio
- Non sono adatti alla somministrazione di liquidi ad alti flussi e a pressione elevata

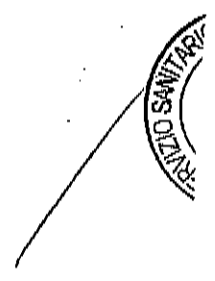
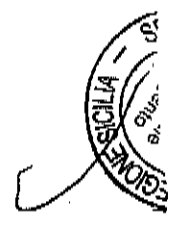
Sono a conoscenza del fatto che al posizionamento di un CVC a lungo termine possono seguire complicanze infettive e non infettive (ostruzione del sistema, problemi meccanici, trombosi venosa) che non sono significativamente diverse dai sistemi totalmente impiantabili e non. La manovra di inserimento del sistema è percutanea in anestesia locale e potrebbe prevedere la somministrazione di MDC per il controllo del corretto posizionamento del sistema. La corretta collocazione della punta sarà accertata con la radiografia del torace in 2 proiezioni.

I rischi del cateterismo venoso centrale sono generalmente di tipo immediato, ma si possono manifestare a distanza di ore: come ematomi o sanguinamenti interni o lesioni pleuriche con conseguente emotorace o puntura accidentale dell'arteria succlavia.

Soddisfatto delle informazioni ricevute, acconsento di sottopormi alla suddetta procedura

Agrigento il _____

Firma del paziente _____



Giorni permanenza in situ del CVC*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Data (giorno/mese)																															
Lavaggio mani ed utilizzo delle massime precauzioni di barriera																															
Rimozione medicazione e sostituzione sutureless device																															
Ispezione del sito																															
Sito dolente																															
Presenza di edema/arrossamento																															
Cambio guanti e utilizzo di guanti sterili																															
Disinfezione del sito																															
Fissaggio catetere con sutureless device																															
Impiego medicazione semipermeabile trasparente																															
Lavaggio delle linee infusive																															
Sostituzione set infusione																															
Difficoltà di aspirazione																															
Difficoltà di iniezione																															
Disinfezione con - Clorexidina 2% - delle porte di accesso																															
Intervallo in h da precedente sostituzione set																															
Lavaggio con fisiologica in siringa da 10 cc																															
Febbre																															
Prelievo ematico per emocoltura																															
Da compilare al momento del trasferimento di reparto del paziente con CVC in situ o della rimozione/sostituzione del CVC																															
Trasferimento di reparto con CVC in situ																															
Rimozione CVC*																															
Sostituzione CVC*																															

- 1) Si intende il numero di giorni in cui il CVC rimane in situ, indipendentemente dalla data
 2) Indicare la rimozione del CVC avvenuta per qualunque causa; dopo il primo giorno di permanenza
 3) Indicare la sostituzione del CVC avvenuta per qualunque causa, dopo il primo giorno di permanenza

(2016.23.1424)102



SCHEDA
DI SEZIONE ACCESSI VENOSI

Codice Ospedale/Struttura Sanitaria _____

Denominazione U.O.: _____ Codice Paziente: _____

Cartella Clinica: _____

Età: _____ Data inserimento: _____

Sesso: M F

Al momento della presa in carico del paziente la REPARTO ☐ : STRUTTURA ☐

Catetere Presente all'ingresso: SI ☐ : NO ☐ Se SI, inserito dove (nome o tipo reparto/struttura) _____

Data: ____/____/____ Modalità: emergenza ☐ urgenza ☐ programmato - elezione ☐ Ora: _____

Controllo RX Post- Inserimento: SI ☐ : NO ☐

TIPO DI CATETERE: CVC breve termine (non tunnelizzati) ☐: CVC tunnelizzato (lungo termine tipo Groshong, Hickman, Broviac) ☐: PORT (lungo termine) ☐

Da compilare se il paziente ha un CVC all'ingresso inserito in altro reparto/ struttura

Sostituzione CVC: SI ☐ : NO ☐

DATA SOSTITUZIONE CVC: ____/____/____

Da compilare a seguito del posizionamento del CVC:

TIPO DI CATETERE: CVC breve termine (non tunnelizzati) ☐: CVC tunnelizzato (lungo termine tipo Groshong, Hickman, Broviac) ☐: PORT (lungo termine) ☐

POSIZIONAMENTO CVC: succlavia dx ☐: succlavia sn ☐: giugulare interna dx ☐: giugulare interna sn ☐:

Valutazione miglior sito di inserimento: SI ☐ : NO ☐:

Igiene delle Mani (Lavaggio Antisettico delle Mani o Frizione Alcolica): SI ☐ : NO ☐:

Disinfezione della Cute Integra: Clorexidina in Soluzione Alcolica 2% ☐: Iodopovidone ☐:

POSIZIONAMENTO PICC: braccio dx ☐: braccio sn ☐: Vena basilica ☐: Vena cefalica ☐: Vena brachiale ☐:

IMPIANTO ECOGUIDATO: SI ☐ : NO ☐:

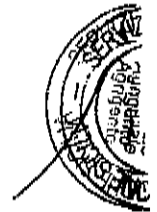
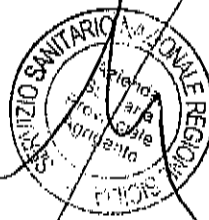
Impiego di "sutureless devices" per il fissaggio del catetere: SI ☐ : NO ☐:

Impiego di medicazioni semipermeabili trasparenti: SI ☐ : NO ☐:

DATA POSIZIONAMENTO: ____/____/____

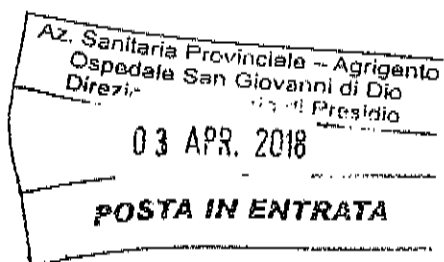
Modalità: emergenza ☐ : urgenza ☐ : elezione ☐

MOTIVAZIONE DI INSERIMENTO CVC: chemioterapia ☐: difficoltà nel reperire vene ☐: terapia prolungata ☐: monitoraggio invasivo ☐: altro ☐:

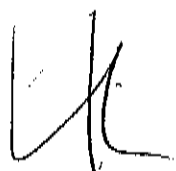




Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Dipartimento per le attività sanitarie
e osservatorio epidemiologico
Servizio 5
Qualità Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti



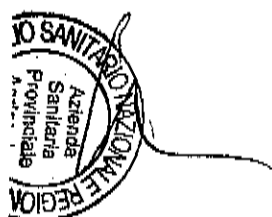
***Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC
correlate – Targeting Zero -***

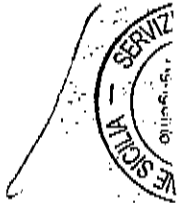
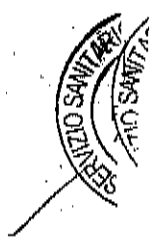
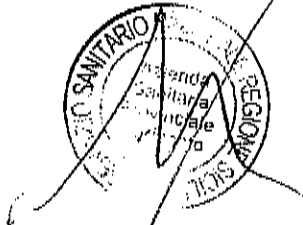






1. Premessa.....	3
2. Programma e Strategie per l'implementazione del Bundle per la gestione dei Cateteri Venosi Centrali nelle strutture del SSR	4
2.1 Misurazione: Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza.....	4
2.2 Implementazione dei Bundle di inserimento e gestione dei Cateteri Venosi Centrali a breve e medio termine.....	4
2.2.1 Bundle di inserimento Catetere Venoso Centrale	4
2.2.1 Bundle per la gestione del catetere venoso centrale	5
2.3 Strategie di implementazione	6
2.3.1 Centralizzazione delle attività di cateterismo centrale.....	6
2.3.2 Formazione del personale dedicato (team dedicato)	6
2.3.3 Competenze sulle attività del cateterismo centrale	8
2.3.4 Formazione dei pazienti	8
2.3.5 Attività di Audit dedicati al corretto posizionamento e alla corretta gestione dei CVC	8
2.4 Monitoraggio dell'implementazione.....	9





I dispositivi per accesso intravascolare comprendono i cateteri venosi periferici, i cateteri venosi centrali (CVC), i cateteri arteriosi e sono comunemente utilizzati nel trattamento di pazienti acuti e cronici. I CVC sono frequentemente utilizzati nel corso di trattamenti clinici per via endovenosa e comprendono cateteri ad inserzione periferica (PICC), cateteri non-tunnellizzati, a breve termine, cateteri tunnellizzati-cuffiati e sistemi totalmente impiantabili (port -à cath). L'utilizzo di ognuno di questi dispositivi può essere potenzialmente complicato da una infezione batteriemica. Le infezioni batteriemiche correlate al catetere (CRBSI), associate all'impianto ed alla gestione dei cateteri venosi centrali, sono tra le complicanze iatrogene potenzialmente più pericolose.

I pazienti più a rischio sono quelli in terapia intensiva, data la frequente inserzione di cateteri multipli e la frequente inserzione di tale tipo di dispositivo in condizioni di emergenza, ma dato che la maggior parte dei pazienti con catetere venoso centrale è ormai ricoverata in reparti diversi dalla terapia intensiva, il numero di batteriemie attribuibile al catetere in pazienti non critici è pertanto aumentato.

Tra i fattori di rischio vi sono: la durata prolungata del ricovero prima dell'inserzione del catetere, la somministrazione di terapia endovenosa, la durata prolungata del cateterismo stesso, la colonizzazione del sito di inserzione e del raccordo (hub), l'inserzione nella giugulare interna e nella succlavia, la neutropenia, la piastrinopenia, la somministrazione di nutrizione parenterale totale ad elevata osmolarità, pratiche di inserzione e gestione del catetere non aderenti agli standard su pazienti già critici con impoverimento del patrimonio venoso stesso, l'inserzione del catetere in determinati siti a maggior rischio di infezione.

Recentemente l'obiettivo delle strategie di prevenzione delle batteriemie (CRBSI) correlate all'utilizzo di cateteri vascolari a breve/ medio termine, siano essi ad inserzione centrale (CICC) o ad inserzione periferica (PICC), è radicalmente cambiato. Fino ad alcuni anni fa, tale obiettivo veniva indicato nella riduzione delle batteriemie (CRBSI) al di sotto di un valore soglia (benchmark) stabilito dalle linee guida Internazionali. Attualmente si ritiene che esso vada identificato nell'azzeramento delle CRBSI o nel raggiungimento del valore più basso possibile (Targeting zero).

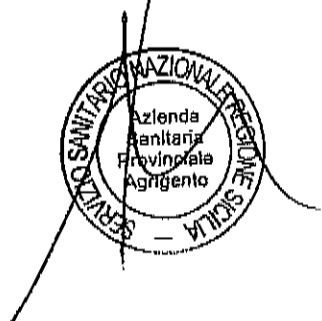
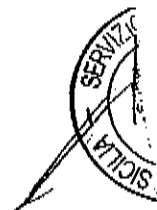
Tale affermazione si basa su molte esperienze pubblicate nella letteratura scientifica internazionale che hanno documentato la fattibilità - **caso unico tra le infezioni correlate all'assistenza** - di azzeramento delle CRBSI. Tra gli strumenti che hanno permesso di ottenere tale straordinario risultato, uno dei più efficaci è risultato essere l'utilizzo di "bundle" di prevenzione.

I "bundle" sono una serie strutturata di interventi (solitamente pochi, da cinque ad una massimo di sette-otto) che, se applicati da tutti gli operatori sanitari a tutti i pazienti secondo una regola del "tutto o nulla" e se verificati mediante una *checklist* appositamente predisposta e compilata, preferibilmente da un operatore sanitario selezionato "ad hoc" per tale funzione di controllo, garantiscono il migliore *outcome* possibile.

La prima straordinaria esperienza sull'efficacia di un *bundle* per la prevenzione delle CRBSI è stata pubblicata sul *New England Journal of Medicine* nel 2006. I risultati di tale lavoro hanno chiaramente dimostrato l'efficacia di un bundle nell'azzeramento delle CRBSI in 108 terapie intensive del Michigan per un periodo sostenuto di tempo, con un enorme risparmio in termini di vite risparmiate ed in termini economici.

Obiettivo Regionale "Targeting zero"

Realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie correlate all'utilizzo di cateteri vascolari (CRBSI) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o l'azzeramento (Targeting zero) nelle strutture del SSR.





2. Programma e Strategie per l'implementazione del Bundle per la gestione dei Cateteri Venosi Centrali nelle strutture del SSR

2.1 Misurazione: Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

Realizzazione di un programma di sorveglianza mediante studi regionali di prevalenza puntuale ripetuti secondo il protocollo europeo dell'ECDC.

Gli obiettivi dello studio regionale di prevalenza puntuale sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e sull'uso di Antibiotici negli Ospedali per Acuti, sono:

- stimare il carico totale (prevalenza) di ICA e dell'uso di antibiotici negli Ospedali per acuti in Sicilia;
- descrivere i pazienti, le procedure invasive, le infezioni (siti e microrganismi, inclusi i marcatori di resistenza agli antibiotici) e gli antibiotici prescritti (molecole e indicazioni): per tipologia di pazienti, specialità medica o tipo di struttura assistenziale;
- disseminare i risultati "a coloro che devono sapere" a livello locale e regionale per:
 - aumentare la consapevolezza sulle ICA e sull'uso di antibiotici negli Ospedali per acuti;
 - organizzare le attività di formazione e rafforzare le strutture di sorveglianza e le competenze;
 - identificare problemi comuni e conseguenti priorità;
 - valutare gli effetti di strategie e indirizzare le politiche per azioni future a livello locale e regionale (mediante studi di prevalenza puntuale ripetuti);
 - fornire uno strumento standardizzato per gli Ospedali per identificare target per il miglioramento della qualità.

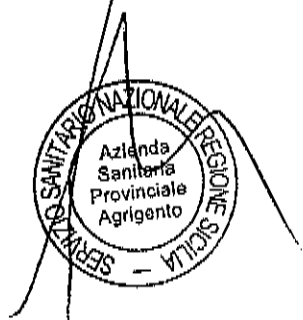
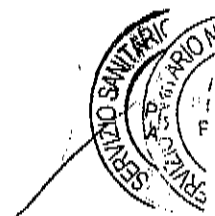


Il protocollo europeo della prevalenza, adottato per il programma regionale, fa riferimento agli ospedali, sia di Aziende ospedaliere che territoriali. Le RSA vengono sorvegliate nel progetto *Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use in European Long-Term Care Facilities (HALT-2 Project)* che prevede un protocollo ed una tempistica diversa che verrà sviluppata in un secondo momento.

2.2 Implementazione dei Bundle di inserimento e gestione dei Cateteri Venosi Centrali a breve e medio termine

2.2.1 Bundle di inserimento Catetere Venoso Centrale

- **Lavaggio delle mani con antisettico e massime precauzioni di barriera durante l'impianto del catetere venoso**
 - Utilizzare le massime precauzioni sterili di barriera, ovvero berretto, maschera, camice sterile e guanti sterili per tutti gli operatori sanitari coinvolti nella procedura di inserimento del catetere ed un ampio telo sterile che copra tutto il paziente, durante l'impianto o la sostituzione di CVC, PICC o sostituzione guida (CDC 2011 Categoria IB, EPIC 2014 Classe C, SHEA 2014, qualità dell'evidenza: II, INS 2016).
- **Sceita appropriata del sito di inserzione (in ordine di preferenza: metà braccio (CICC), zona sottoclaveare, zona sopraclaveare, collo, inguine (CICC))**
 - Nel decidere il sito per il posizionamento di un catetere venoso centrale, valutare attentamente il beneficio atteso dalla riduzione di complicanze infettive rispetto al rischio di complicanze meccaniche ed al confort del paziente (CDC 2011, EPIC 2014, Classe D/GPP).
 - Usare le estremità superiori per il posizionamento dei cateteri non tunnellizzati, a meno di controindicazioni mediche (EPIC 2014, Classe C).



- **Impianto ecoguidato sia per i cateteri a inserzione centrale (CICC) che per i cateteri a inserzione periferica (PICC)**
 - L'uso degli ultrasuoni aiuta ad identificare la vena e diminuisce gli eventi avversi e le cause di insuccesso (INS 2016, see Standard 22, Vascular Visualization)
- **Utilizzo di clorexidina al 2% per la disinfezione cutanea prima dell'inserzione.**
 - Clorexidina 2% per l'antisepsi prima dell'inserzione:
 - prima dell'inserimento del catetere, decontaminare la cute al livello del sito di impianto con un applicatore monouso di clorexidina gluconata al 2% in alcool isopropilico al 70% (oppure iodio-povidone in soluzione alcolica in pazienti con sensibilità alla clorexidina) e lasciare asciugare la soluzione antisettica prima di effettuare la venipuntura (EPIC 2014 Classe A, SHEA 2014).
- **Impiego di "sutureless devices" per il fissaggio del catetere**
 - Usare un dispositivo di fissaggio sutureless al fine di ridurre il rischio di infezione per i cateteri intravascolari (CDC 2011 Categoria II)
- **Impiego di medicazioni semipermeabili trasparenti**
 - Le medicazioni trasparenti semipermeabili in poliuretano devono essere utilizzate, al momento dell'inserzione, per il fissaggio di un tampone di garza sterile, il quale dovrà rimanere per le successive 24 ore e successivamente sostituito dalla sola medicazione trasparente semipermeabile.
 - Può essere utile effettuare verifiche per determinare se i CVC sono rimossi di routine quando non più indicati. Sia le strategie semplici che quelle più complesse sono efficaci purché riducano l'uso non necessario dei CVC. (SHEA 2014).

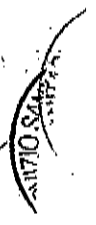
2.2.1 Bundle per la gestione del catetere venoso centrale

- **Lavaggio delle mani e massime precauzioni di barriera**
 - Provvedere ad un'appropriate igiene delle mani, utilizzando saponi convenzionali ed acqua, nel caso in cui siano sporche o potenzialmente contaminate con sangue o fluidi biologici, e successivamente prima e dopo aver palpato il sito di emergenza del catetere, la sostituzione, la riparazione, l'accesso o la medicazione del catetere intravascolare (EPIC 2014 Classe A, INS 2016, CDC 2011 Categoria IB).
 - Applicare le massime precauzioni sterili di barriera, ovvero berretto, maschera, camice sterile e guanti sterili per tutti gli operatori sanitari coinvolti nella procedura di gestione del catetere ed un ampio telo sterile (CDC 2011 Categoria IB, EPIC 2014 Classe C, SHEA 2014, qualità dell'evidenza: II, INS 2016).
- **Ispezionare visivamente l'exit site del catetere ad ogni cambio di medicazione e/o palpare l'exit site.**
- **Cambio Guanti. Utilizzo di guanti sterili per la medicazione dell'exit site**
 - Utilizzo della clorexidina al 2 % per l'antisepsi del sito di emergenza.
 - Clorexidina 2% per la antisepsi del sito di emergenza:
 per pulire il sito di impianto del catetere venoso centrale durante i cambi della medicazione usare un applicatore monodose di clorexidina al 2% gluconata in alcool isopropilico al 70% (o iodio-povidone in alcool nei pazienti con sensibilità alla clorexidina) e lasciare asciugare all'aria. (EPIC 2014 Classe A, INS 2016).
- **Cambio del "sutureless devices"**
 - Usare un dispositivo di fissaggio sutureless al fine di ridurre il rischio di infezione per i cateteri intravascolari (CDC 2011 Categoria II).
- **Utilizzo della clorexidina al 2% per la disinfezione delle porte di accesso alla linea infusionale. Tutte le linee di infusione, se non utilizzate, le linee di connessione e i dispositivi collegati tipo needle free connectors e sutureless, vanno sostituiti ogni sette giorni.**

Clorexidina 2% per la disinfezione delle porte di accesso alla linea infusionale:

- Decontaminare con un applicatore monouso di clorexidina gluconata al 2% in alcool isopropilico al 70% (oppure iodopovidone in alcool, nei pazienti con sensibilità alla clorexidina) tutte le porte di accesso delle linee infusionali. La porta di accesso dovrebbe essere pulita per almeno 15 secondi e lasciata asciugare all'aria prima di accedere al sistema.(EPIC 2014 Classe D/GPP)
- Disinfettare le connessioni del catetere, i cappucci a valvola e le porte di accesso alla linea infusionale prima di utilizzare il catetere. (qualità dell'evidenza: II). Prima di accedere ai connettori del catetere, ai cappucci a valvola e alle porte di accesso alle linee infusionali, frizionare rigorosamente con una preparazione di clorexidina in soluzione alcolica o alcool al 70% di iodopovidone. A tal fine la clorexidina in soluzione alcolica può avere un'attività residua maggiore rispetto all'alcool.(SHEA 2014).

Utilizzare cappucci contenenti un antisettico (Port Protector) così da proteggere i punti di accesso alle linee infusionali (qualità dell'evidenza I) SHEA / IDS APRACTICE RECOMMENDATION 2014.



■ Impiego di medicazioni semipermeabili trasparenti

Le medicazioni trasparenti, semipermeabili in poliuretano devono essere sostituite ogni 7 giorni, o prima, se non rimangono intatte o se si raccoglie umidità al di sotto (EPIC 2014 Classe D/GPP). Usare una medicazione in garza sterile in pazienti con profusa sudorazione o quando il sito di impianto è sanguinante o sede di perdite, e cambiarla quando è necessario ispezionare il sito o quando la medicazione s'inumidisce, si allenta, o si sporca. Sostituire con una medicazione trasparente, semipermeabile appena possibile (EPIC 2014 Classe D/GPP).

- Utilizzare medicazioni contenenti clorexidina in pazienti al di sopra dei 2 mesi di età (SHEA 2014, qualità dell'evidenza: 1).
- L'uso di medicazioni contenenti clorexidina riduce il rischio di infezioni quando il sito di inserzione del catetere è la fonte primaria di infezione. Anche quando le organizzazioni mostrano una bassa percentuale di infezioni legate al cateterismo è stata dimostrata un'ulteriore riduzione delle infezioni con l'uso di medicazioni contenenti clorexidina. L'efficacia delle medicazioni contenenti clorexidina non è stata dimostrata nei cateteri a lungo termine (INS 2016).

■ Rimozione immediata del catetere venoso centrale non più indispensabile

- Verificare quotidianamente in incontri multidisciplinari la necessità di mantenere l'accesso vascolare. Rimuovere i cateteri non necessari alla cura del paziente. (SHEA 2014, INS 2016).

2.3 Strategie di implementazione

2.3.1 Centralizzazione delle attività di cateterismo centrale

Ogni struttura sanitaria deve prevedere l'individuazione di un team dedicato agli accessi vascolari centrali e periferici che abbia competenze documentate sulle seguenti attività:

- posizionamento dei cateteri venosi centrali e periferici a breve, medio e lungo termine ecoguidati
- gestione e risoluzione delle complicanze correlate
- formazione teorico- pratica degli operatori sanitari
- consulenza medico infermieristica sulle criticità correlate

2.3.2 Formazione del personale dedicato

I corsi formeranno il personale dedicato affinché apprendano le tecniche di posizionamento e gestione dei device per accesso venoso in varie aree cliniche (terapia intensiva, chirurgia, oncematologia, gastroenterologia, nutrizione artificiale, infettivologia, terapia del dolore, cure palliative, terapia domiciliare); i formatori potranno svolgere la loro attività solo se in possesso di una documentazione che attesti esperienza gestionale e di impianto relativa agli accessi vascolari centrali e periferici.

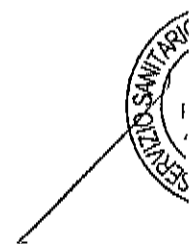
Il corso teorico-pratico (da strutturarsi secondo le raccomandazioni GIPE e WoCoVA)si terrà all'interno di ciascuna azienda (vedi programma formativo allegato 1) e sarà rivolto sia ai medici che agli infermieri.

Obiettivo generale del corso è quello di fornire le competenze teoriche e pratiche del posizionamento e della gestione dei cateteri venosi centrali con tecnica eco-guidata in modo da avere un numero adeguato di medici ed infermieri atto a costituire un PICC team.

Obiettivi specifici sono che tutti i partecipanti siano in grado di:

- individuare con tecnica ecografia il vaso da incannulare
- posizionare i device scelto con tecnica ecoguidata
- eseguire il corretto management del device
- riconoscere e trattare in maniera adeguata le complicanze
- monitorare nel tempo la funzionalità del presidio fino alla rimozione.

Inoltre le Aziende dovranno organizzare processi formativi volti all'integrazione tra il Team Ospedaliero e le strutture del territorio (ad es. ADI, Caregiver, RSA ecc....)



Requisiti richiesti per i formatori:

- 1) Conseguimento di un corso certificato (almeno annuale) sull'inserimento e gestione dei cateteri venosi centrali e di ecografia vascolare sul posizionamento degli accessi venosi centrali.
- 2) 100 accessi per anno.





2.3.3 Competenze sulle attività del cateterismo centrale

Al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti e garantire che gli accessi vascolari siano efficacemente posizionati e gestiti da personale con competenze appropriate le Direzioni Aziendali dovranno, in coerenza alla metodologia prevista dal D.A. 1266 del 26 giugno 2012, relativo al conferimento dei Privileges, adottare una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutto il personale dedicato (medici e infermieri) al posizionamento e alla gestione dei cateteri venosi centrali e periferici. La procedura di conferimento dei privileges dovrà prevedere tre livelli di autonomia (autonomo, autorizzato con supervisione, non autorizzato) secondo la tabella di seguito riportata.

Privileges	AUTONOMO		PARZIALMENTE AUTONOMO		NON AUTORIZZATO
	CRITERI	SI/NO	CRITERI	SI/NO	
Inserimento cateteri venosi centrali e periferici	-Almeno 50 inserimenti per anno		Corso teorico-pratico		
Gestione cateteri venosi centrali e periferici	-Almeno 100 gestioni per anno		Corso teorico – pratico		

2.3.4 Coinvolgimento dei pazienti e dei familiari

Il paziente, il familiare o la persona che assiste il paziente, devono ricevere un'efficace informazione/educazione riferita agli accessi vascolari, alla terapia infusionale prescritta, al controllo delle infezioni e al piano assistenziale.

Prima della procedura in elezione è necessario che il paziente espliciti il proprio consenso alla procedura, secondo le regole del consenso informato.

Invitare i pazienti, i familiari o le persone di assistenza a riferire al personale sanitario qualsiasi anomalia o modificazione riscontrata a livello del sito di ingresso del catetere.

Prima della dimissione, i pazienti con catetere intravascolare e i loro caregivers dovrebbero essere edotti sulle tecniche per prevenire le infezioni e sulla gestione corretta del dispositivo.

2.3.5 Attività di Audit dedicati al corretto posizionamento e alla corretta gestione dei CVC

Per ciascun paziente dovrà essere compilata, in modo completo e corretto, la scheda di gestione dei CVC (vedi scheda allegato 2).

Sulla base della suddetta scheda dovranno essere realizzati audit periodici per verificare le conoscenze del personale e la sua adesione alle misure previste dal programma regionale.



2.4 Monitoraggio dell'implementazione

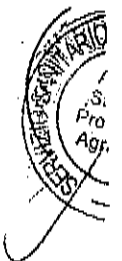
Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate della Regione Siciliana devono formalizzare ed adottare un documento aziendale per il perseguimento dell'azzeramento delle CRBSI per tutti i pazienti ai quali è impiantato un catetere vascolare a breve, medio e lungo termine, siano essi ad inserzione centrale (CICC) o ad inserzione periferica (PICC) utilizzando la scheda di implementazioni di seguito riportata:

Scheda per il monitoraggio dell'implementazione

Azioni	Indicatori di risultato
Formalizzazione del "Programma Regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC correlate – Targeting Zero"	Delibera aziendale
Adesione agli studi regionali di prevalenza sulle (ICA) – ECDC secondo le direttive regionali	Compilazione e invio dati sulle schede gestite online Report
Implementazione dei Bundle per l'inserimento e la gestione dei Cateteri Venosi Centrali e Periferici	Brochure e altri strumenti divulgativi, eventi formativi
Formalizzazione team dedicato	Delibera aziendale
Realizzazione del processo di conferimento dei privileges per gli operatori coinvolti nell'inserimento e gestione dei cateteri venosi centrali e periferici e valutazione dell'effettiva applicazione	Schede dei privileges e Report della relativa valutazione
Coinvolgimento dei pazienti e dei familiari	Controllo delle schede di consenso
Compilazione delle "Schede di gestione accessi venosi" per tutti i pazienti	Inserimento di tutte le schede di gestione accessi venosi compilate sulla piattaforma informatica. Report regionale e aziendale
Conduzione di audit periodici	Report periodico regionale generale e aziendale per procedure superiori alle 100 procedure

Bibliografia di riferimento

- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S et al. An intervention to decrease Catheter-related Bloodstream infections in ICU. N Eng J Med 2006; 355: 2725-32.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clin Infect Dis 2011; 52: e1-e32.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – USA
- Epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. 2014
- Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals - 2014 Update - SHEA/IDSA.
- INS - Standards of Practice (Infusion Nursing Society, 2016)
- Protocollo ISALT-2 per il posizionamento degli accessi venosi centrali a lungo termine - GAVeCeLT
- Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al catetere venoso centrale - Documento di Consenso Regionale – 2007 – Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato _____

Il Funzionario Delegato
Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
 - Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____
- come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

X Immediatamente esecutiva dal 16 MAG. 2013

Agrigento, lì _____

IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA
IL FUNZIONARIO INCARICATO
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUMA
Dott.ssa Patrizia Tedesco

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, lì _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO
