

## **ANNO 2004**

Presentazione nel mese di febbraio del progetto formativo di "Miglioramento continuo della qualità dei processi assistenziali" con l'obiettivo di implementare il sistema informativo per personalizzare e dare continuità al piano di cura, con risposte sempre più appropriate, e di promuovere l'uso sistematico di strumenti operativi basati su evidenze scientifiche.

Altro aspetto importante portato avanti è stato il continuo monitoraggio con criteri determinati della documentazione infermieristica, della corretta applicazione delle linee guida e dei protocolli/procedure e della complessità assistenziale e dell'incidenza delle piaghe da decubito, questo attraverso la valutazione retrospettiva della documentazione, con avvio di incontri/audit su casi concreti e significativi con tutti gli operatori interessati per cercare di imparare dagli errori.

|   |   |   |
|---|---|---|
| Prot. n. <u>600</u> del <u>27/02/04</u>   |   |   |
| Azienda Sanit. Unica Reg.le<br>Zona Territoriale n°12<br>San Benedetto del Tronto<br>Serv.Inferm.co Ospedaliero   | <b>Miglioramento della qualità dei processi assistenziali</b> | Anno 2004.<br>Progetto Formativo n.2<br>Pag.1/3 |
| <b>1. Oggetto e Obiettivo</b>   |   |   |
| <b>1.1 Oggetto</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Introduzione di nuovi Protocolli e Procedure.</li><li>- Revisione delle Linee-guida, dei Protocolli e delle Procedure già in uso.</li><li>- Revisione ed implementazione delle documentazioni infermieristiche attualmente in uso nelle specifiche aree.</li><li>- Monitoraggio dell'utilizzo appropriato, delle documentazioni infermieristiche attualmente in uso.</li><li>- Monitoraggio dell'uso e della corretta applicazione delle linee-guida e dei protocolli-procedure in uso nelle UU.OO.</li><li>- Monitoraggio dei dati relativi alla complessità assistenziale ed all'incidenza delle piaghe da decubito.</li><li>- Osservatorio dei risultati.</li></ul>   |   |   |
| <b>1.2 Obiettivo</b> <p>Promuovere l'uso sistematico degli strumenti operativi introdotti, basati su evidenze scientifiche, al fine di garantire, uniformando i comportamenti, risposte appropriate alla domanda di assistenza del cittadino/utente, e prevenzione dei rischi correlati al ricovero.</p> <p>Implementazione della documentazione infermieristica finalizzata al raggiungimento di un sistema informativo che permetta, con sempre maggiore puntualità, di dare continuità al piano di cura, risposte sempre più appropriate e personalizzate ai bisogni del cittadino/utente, utilizzando una metodologia scientifica di riferimento, promuovendo l'umanizzazione dell'assistenza come valore aggiunto (outcome).</p> <p>Studio, a campione, delle Documentazioni infermieristiche redatte al fine di:<br/>- individuarne le criticità nella stesura;</p> |   |   |

- promuoverne un utilizzo corretto dal quale si evincano i problemi assistenziali e le relative risposte.

Osservatorio a campione dell'utilizzo degli strumenti.

## **2. Campo di Applicazione**

Personale Coordinatore, Infermieristico, Ostetrico, Tecnico, Fisioterapisti, Oss ed Ota afferenti ai dipartimenti: medico, chirurgico, d'emergenza, materno/infantile, di salute mentale e dei servizi.

## **3. Contenuto**

Le attività di progettazione sono finalizzate allo sviluppo degli obiettivi definiti al punto 1.2

### **3.1 Risorse**

- Questionari
- Internet
- Sala convegni (comprese le attrezzature di cui è fornita)
- Aule

### **3.2 Prima fase**

- a) Individuazione, di concerto con i Coordinatori delle UU.OO., dei protocolli-procedure da revisionare, implementare o redigere; costituzione di gruppi di lavoro, interni alle UU.OO e/o Dipartimentali.
- b) Individuazione delle Linee-Guida da aggiornare secondo le EBN-EBM.
- c) Individuazione, di concerto con i Coordinatori delle UU.OO, delle Documentazioni Infermieristiche da implementare (scheda di registrazione della terapia), costituzione di gruppi di lavoro, interni alle UU.OO e/o Dipartimentali.
- d) Revisione della Documentazione Infermieristica nelle UU.OO. di Astanteria, Pediatria, costituzione di gruppi di lavoro, interni alle UU.OO.
- Scelta a campione, da parte del Servizio Infermieristico di Presidio, di Documentazioni Infermieristiche redatte dalle UU.OO. di degenza.

### **3.3 Seconda fase**

- Calendarizzazione e svolgimento degli incontri dei singoli gruppi di lavoro, finalizzati alla realizzazione dei punti: a), b), c), d).

- Studio delle Documentazioni Infermieristiche selezionate.
- Audit: valutazione retrospettiva di alcuni casi significativi.
- Rilievo mensile, da parte del Servizio Infermieristico di Presidio, dei dati riguardanti la complessità infermieristica e l'incidenza delle lesioni da decubito e rilievo periodico dell'applicazione degli strumenti in uso, con particolare attenzione rivolta alle UU.OO. dove si rileva minore allineamento agli standard richiesti.

### **3.4 Terza fase**

Incontri/confronto tra i componenti dei singoli gruppi di lavoro, gli operatori delle aree interessate ed un eventuale esperto esterno sulle tematiche trattate.

Nell'ambito di detti incontri saranno presentati i nuovi lavori prodotti e il risultato del monitoraggio, al fine di fornire una retroinformazione correttiva (feed-back) che eventualmente costituisca la base per avviare nuovamente l'intero processo.

**Il Servizio Infermieristico svolgerà attività di tutoring durante l'intero percorso.**

### **4. Stima dei costi**

Si prevedono sei incontri/confronto di quattro ore ognuno, nell'ultimo trimestre dell'anno 2004, in cui potrà essere presente un esperto esterno, su alcune delle tematiche trattate per un costo complessivo di circa € 1860,00 così come previsto dal CCNL a tutt'oggi.

San Benedetto del Tronto 13/02/2004.

**Il Referente della Formazione**

**Il Dirigente Infermieristico**

La Regione, nei primi mesi dell'anno invia la "Proposta di Budget 2004 con le Linee generali della programmazione aziendale". **Il testo descrive in maniera chiara e dà spunti di riflessioni utili ancora oggi** (per le cose conosciute ma non fatte per incapacità o per altri interessi che nulla hanno a che fare con la salute dei cittadini) sul contesto economico-finanziario, sulla situazione socio-demografico, sugli elementi di analisi, sulle politiche del personale, sulle attività territoriali ed ospedaliere e sugli investimenti.



**REGIONE MARCHE**  
Azienda Sanitaria Unica Regionale  
**Zona Territoriale Nr. 12**

## **Proposta di Budget 2004**

### *Linee generali della programmazione zonale*

#### Il contesto economico-finanziario

L'impostazione del budget 2004 delle singole Aziende Ospedaliere e delle Zone Territoriali trae origine dai documenti di programmazione regionale in particolare dalla Deliberazione del Consiglio Regionale Nr. 107 del 22 ottobre 2003 ad oggetto : " Documento di programmazione economica e finanziaria regionale (DPEFR) 2004/2006.

Tale documento, dopo aver delineato, tra l'altro, le linee di sviluppo del governo del sistema sanitario e socio-assistenziale affronta gli aspetti connessi ai primi risultati della riforma del sistema sanitario.

In particolare si evidenziano i risultati già maturati e quelli attesi in ordine alle perdite sostenibili dal sistema cui far fronte con la politica fiscale di tassazione regionale; a pagina 22 di detto documento si evince che :

la perdita dell'anno 2001 è ammontata ad € 153 milioni di cui 105 coperti da tassazione;  
la perdita dell'anno 2002 è stata pari ad € 109 milioni tutti coperti da tassazione;  
la perdita dell'anno 2003 è ammontata (i bilanci d'esercizio non sono ancora definitivi) a 91 milioni di euro interamente coperti da tassazione;  
la perdita programmata per il 2004 ammonta ad € 72 milioni interamente coperti da tassazione.

All'interno di queste cifre, in particolare la perdita attesa per il 2004, si muove la politica di budget proposta alle aziende .

Il budget 2004 proposto, al netto degli ammortamenti sterilizzabili e delle rettifiche di costo ammonta ad € 146.039.791 .

A fronte di tale importo sono stati posti dei vincoli economici ben precisi :

- a) finanziamento del costo per trascinamento di progetti di sviluppo 2003 sul 2004 per € 489.986;
- b) finanziamento del costo per altri trascinamenti 2003 sul 2004 per € 245.416;

- c) accantonamento oneri per rinnovi contrattuali (biennio economico 2002/2003) per € 2.356.775;
- d) finanziamento per potenziamento di attività territoriali per € 907.688;
- e) costo per la farmaceutica territoriale convenzionata per € 20.183.557;
- f) somministrazione diretta di farmaci per € 1.757.232;
- g) mobilità e sopravvenienze passive extra regione per € 11.200.000;
- h) accantonamenti per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e sumaisti per € 55.085;
- i) mobilità e regolazione diretta intra regionale per € 20.304.767;
- j) riduzione di costi per effetto di azioni di razionalizzazione nell'area del dipartimento di prevenzione per € 50.323, del territorio per € 635.954 e nell'area ospedaliera per € 1.004.975.

A seguito di tali vincoli l'entità delle risorse disponibili per il budget 2004 ammonta ad € 90.235.537; di questi ben 41.895.242 € sono relativi ai costi per l'aggregato del personale nel IV° report di analitica del 2003, 8.057.920 € sono i costi per l'aggregato medicina di base (assimilabili alle spese del personale) espressi nello stesso report e quindi lo spazio per le azioni aziendali di riorganizzazione ed investimento si riduce ulteriormente.

A ben vedere anche gli altri aggregati di spesa sono pressoché vincolati dovendosi garantire dei contratti già in essere (manutenzioni a contratto, noleggi e fitti già stipulati, compenso specialisti poliambulatoriali, oneri tributari ecc.).

Infatti il rapporto tra il totale costi del IV report (al netto come detto di ammortamenti sterilizzabili e altri rimborsi) pari ad € 144.755.621 ed il budget 2004 di € 146.039.791 pari ad € 1.284.170 è assorbito da un maggior tetto per la spesa farmaceutica esterna per € 791.137 e dall'accantonamento per rinnovi contrattuali stimati in € 1.353.892 nel preconsuntivo 2003 ed incidenti invece per € 2.356.775 nel 2004.

A fronte dei vincoli predetti e del limitato finanziamento per l'anno 2004 le uniche azioni di sviluppo erogabili riguardano il corretto uso dei fondi per il potenziamento della prevenzione e del territorio (toni denominati D1, D2 e D3).

Eventuali altre disponibilità possono discendere solo da azioni di razionalizzazione dei costi così come indicato nel documento denominato “ Gli obiettivi del budget 2004 : le proposte del Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità”.

## **La Zona 12 : elementi di analisi per le linee strategiche**

Le linee generali della programmazione dell'attività della Zona tengono naturalmente conto che quest'anno si è in presenza di una recente e dettagliata pianificazione del Sistema Sanitario Regionale , definita dal Piano sanitario Regionale 2003-2006 approvato il 30/6/2003.

Tale pianificazione impone un quadro in cui le scelte strategiche delle Zone sono chiamate a inserirsi in un quadro già ben definito , in cui ad esempio tipologia e numero delle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri, numero complessivo dei posti letto , dimensionamento territoriale delle strutture per la riabilitazione, lungodegenza e post-acuzie sono già identificate : è ovvio che in quest'ottica il management è chiamato ad indicare soprattutto le aree che si intende maggiormente presidiare per garantire aspetti qualitativi dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e ad indicare altresì attraverso quali strumenti tale azione verrà esercitata.

Nel contempo si intende come enunciazione delle linee generali di programmazione la precisazione delle aree critiche , nelle quali si ravvisa la necessità di investimento in termini di risorse organizzative o economiche ai fini del superamento di insufficienze quali – quantitative della performance prodotta. Ancora si ritiene fondamentale individuare percorsi di contenimento delle spese e di recupero di risorse, all'interno delle indicazioni generali regionali , ma anche in ragione delle peculiarità delle situazioni delle Zone.

Gli elementi di analisi e di proposta che seguono si ispirano ai suddetti principi , limitandosi in questa sede a fornire gli elementi generali dell'azione programmativa e utilizzando i dati storici e la reportistica disponibile nella misura necessaria alle finalità del presente documento.

Per molti anni si sono verificate condizioni che hanno favorito una decadenza della struttura sanitaria pubblica nella allora ASL 12 : investimenti strutturali quasi nulli, disponibilità di risorse per ammodernamento delle attrezzature assai ridotta, politiche del personale che non sono riuscite a fornire qualità e motivazione in molti punti della struttura. Nel contempo si sviluppava una notevole rete di imprenditoria sanitaria privata, sia principalmente indirizzata all'attività di ricovero, sia in forma di ambulatori specialistici spesso aperti ai fini del reclutamento di pazienti per ricoveri e interventi chirurgici in strutture private extra-regionali. Si veniva stabilendo così un circolo vizioso tra dequalificazione delle strutture pubbliche, disaffezione della popolazione nei loro confronti, incremento delle attività dei privati, aumento dei costi sostenuti dal pubblico: si è andata creando una situazione per cui si avevano contemporaneamente un basso costo della sanità pro capite, un alto livello della spesa farmaceutica, un altissimo costo , rispetto alla totalità della spesa, sostenuto per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate spesso lontano e per le quali era pressoché impossibile un controllo di appropriatezza e di qualità . La decadenza della struttura pubblica veniva percepito come senso comune dalla popolazione , la qual cosa si traduceva in indici di fuga altissimi e a indici di capacità di soddisfazione dei bisogni di ricovero della popolazione di riferimento assai bassi.

Un'inversione di questa tendenza si è cominciata a percepire nel corso degli ultimi 2 anni : si sono progettate trasformazioni strutturali del Presidio di Rete, si sono ristrutturate le RSA, sono stati assunti quali direttori di U.O. professionisti di notevoli capacità , ci si è preoccupati di acquisire importanti attrezzature sanitarie, si sono stipulate convenzioni , accordi di programma, progetti di integrazione con le ASL limitrofe che hanno consentito di portare nuove attività specialistiche nel Presidio di San Benedetto.

Questa operazione di recupero di qualità e credibilità della Sanità pubblica ha cominciato ad ottenerne qualche risultato, anche se non è riuscita ad invertire ad esempio la tendenza alla diminuzione dei ricoveri nell'Ospedale di Rete, all'aumento della mobilità passiva e alla contrazione di quella attiva da tempo in atto : questo peraltro era del tutto prevedibile, occorrendo altro tempo ed ulteriori azioni positive per ottenere risultati ; si è cominciato anche a compiere azioni per un più efficace governo del sistema , come gli accordi contrattuali con le 2 case di cura di San Benedetto e con strutture ambulatoriali e laboratori privati, le iniziative per esercitare anche attraverso i Medici di Medicina

Generale un più efficace controllo sulla spesa farmaceutica, una maggior collaborazione con le istituzioni locali e con il mondo del volontariato e dell'assistenza sociale.

Un po' indietro è rimasto il territorio, ove pure lavorano professionisti capaci ed impegnati, ma ove sono presenti gravi lacune di organico e dove gli investimenti di risorse, salvo che per le RSA, sono stati davvero minimi : anche i fondi dedicati spesso non sono stati spesi.

Nel campo amministrativo è stata avviata una collaborazione con la ASL 13, attraverso la quale sono state condivise dai 2 Enti le capacità professionali di alcuni Dirigenti di notevole valore e sono stati messi a punto protocolli e metodologie organizzative comuni

Le linee strategiche di seguito presentate muovono da queste analisi e si propongono di rilanciare l'offerta sanitaria pubblica, proseguendo e implementando quanto in questo senso era già stato fatto dalla Direzione uscente, individuando ulteriori terreni di azione, specificando priorità e strumenti dell'azione di governo del sistema. Esse saranno enunciate in 5 paragrafi, che tratteranno le politiche del personale, le linee di azione per il territorio, gli interventi sulla funzione ospedaliera , le azioni per la razionalizzazione della spesa, gli investimenti

## **1) - Politiche del personale**

Si evidenziano criticità soprattutto a proposito del personale infermieristico e degli operatori territoriali: per quel che riguarda l'organico medico numerose assunzioni a tempo determinato sono state fatte nel corso degli ultimi 2 anni : esse ( troppo numerose in relazione all'intero organico ) sono state fatte allo scopo di rafforzare alcune U.O. e di sanare sia pure imperfettamente i "buchi" createsi nel frattempo dell'organico.

La criticità delle situazione del comparto amministrativo si sta sempre più evidenziando in ragione dell'effetto sommatorio delle prescrizioni delle ultime finanziarie.

Si intende da parte della Direzione procedere in modo tale da evitare gravi disfunzioni dovute a carenza di personale infermieristico, dando mandato all'Ufficio del Personale di attivare prassi che consentano rapida sostituzione delle unità infermieristiche perdute per trasferimenti o quiescenza. Questa indicazione dovrebbe essere sufficiente a garantire la presenza di un pool infermieristico adeguata a garantire le attività assistenziali, anche a fronte delle consuete emergenze ( ferie, malattie , gravidanze)

Nel comparto amministrativo ci si propone di valorizzare le numerose buone professionalità presenti e di individuare dipendenti disponibili a percorsi di crescita formativa , strategia che dovrebbe stimolare motivazioni e conseguire obiettivi di miglioramento della qualità organizzativa e dell'efficienza. Questa allo stato attuale sembra essere l'unica strada in grado di fronteggiare l'emorragia di unità lavorative. E la conseguente possibile sovraesposizione lavorativa o demotivazione di coloro che restano.

Nella predisposizione dell'allegato Piano delle Assunzioni, in sostanza, ci si è riferiti ai seguenti criteri e priorità :

- 1) Reintegrazione dell'organico infermieristico quando si verifichi diminuzione del medesimo per trasferimenti, dimissioni o collocamento in quiescenza.
- 2) Assunzione di Dirigenti Medici per ovviare a criticità insorte a seguito di dimissioni avvenute tra il 2002 e il 2004
- 3) Assunzioni a tempo determinato da effettuarsi nell'ambito dei progetti D1 , D2 e D3, allo scopo di migliorare le capacità operative nel territorio, nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione e Salute Mentale e in quello delle attività a forte integrazione socio-sanitaria ( Consultorio, Sert, ADI ).
- 4) Assunzioni con funzioni di investimento di risorse su aree nelle quali si ravvisano criticità di organizzazione e di funzionalità, quali il Pronto Soccorso, anche in previsione della istituzione della U.O. di Medicina d'Urgenza
- 5) Reintegrazione di organico in aree a particolare valenza professionale (tecnicici di radiologia ) o di particolare valenza strategica ( ostetriche, assistenti sociali ).
- 6) Assunzioni di Dirigenti Medici nelle aree sulle quali, secondo i criteri enunciati in altre parti del presente documento, si intende strategicamente puntare per il recupero di capacità attrattiva del Presidio Ospedaliero, individuate soprattutto nell'area funzionale chirurgica e legati a specifici progetti che saranno concordati con i Dipartimenti e le U.O. interessati durante la contrattazione di budget
- 7) Assunzioni di personale a tempo indeterminato quale modalità sostitutiva di copertura di posti in organico fatta con assunzione a tempo determinato, anche per liberare risorse che allo stato attuale concorrono a formare il tetto previsto dalla finanziaria per le assunzioni a tempo determinato.

Incarichi affidati a mente dell'art. 15 septies del Decreto 229/99; con questa modalità si intende avvalersi delle professionalità necessarie a ricoprire il ruolo dei Dirigenti del CED, presenti in organico in numero di 3 fino al 2003 ed oggi tutti assenti, 2 in quanto pensionati, il terzo perché in aspetta-

tiva senza assegni; un altro incarico sarà affidato per coadiuvare il Direttore di Zona nei compiti specifici del governo clinico e per la supervisione delle iniziative strategiche della Zona nell'ambito dell'offerta sanitaria.

## **2) - Le attività territoriali**

I punti di forza possono essere individuati in una rete di strutture , residenziali o per medio/lunghe permanenze, a gestione diretta o con le quali si sono stipulate convenzioni o accordi contrattuali, o che infine sono frutto di accordi di programma con altri Enti :“Casa di Alice” ( struttura per minori autistici ) a Grottammare ; “Centro Diurno per pazienti con Demenza di Alzheimer” in progetto a San Benedetto ; strutture residenziali per l’Handicap gestite da Comune ed ANNFFAS a San Benedetto: esse consentono ad esempio una gestione delle problematiche dell’anziano o dell’handicap senza punte di criticità ancorché non sempre guidata da criteri razionali. E’ necessaria una maggior attivazione dell’integrazione con i Comuni, talvolta impegnati in iniziative socio-assistenziali che costituiscono doppioni di altre già in corso e che invece lasciano scoperte aree di possibile intervento.

I punti di sofferenza sono numerosi, spesso legati ad insufficienti risorse investite, talora a modelli organizzativi perfettibili. In particolare a ) l’attività territoriale del Dipartimento di Salute Mentale è modesta e si avvale di organici dedicati del tutto insufficienti b) l’attività consultoriale sconta una deficienza di organico notevole e comunque manca la proiezione territoriale del Dipartimento Materno Infantile c) l’ADI risente di un’organizzazione troppo dipendente dal legame tra il singolo operatore e il suo territorio di competenza, risultando di ineguale efficacia e poco coordinata d) gli specialisti ospedalieri effettuano poca attività ambulatoriale sul territorio e) l’attività del Dipartimento di Prevenzione è condizionata da deficit dell’organico, storicamente sedimentati, e dalla scarsità e vetustà delle attrezzature

Su queste criticità ci si ripropone di intervenire : a) attraverso la progettualità legata ai fondi aggiuntivi D2 b) individuando come obiettivo immediato la costruzione di un Dipartimento Materno Infantile autenticamente transmurale e ricercando possibili risorse di personale nei fondi aggiuntivi D2 D3 e attraverso il piano delle assunzioni c) creando da subito un Coordinamento Infermieristico per l’ADI e dando ad esso forte rilevanza nell’ambito dell’organizzazione territoriale d) individuando lo sviluppo dell’attività ambulatoriale sul territorio come obiettivo di budget per le U.O. ospedaliere e) attraverso il congruo utilizzo, concordato con i Dirigenti del Dipartimento di Prevenzione, dei fondi aggiuntivi D1

A livello organizzativo si darà corso all’unificazione dei 2 Distretti in uno solo e a tutte le azioni richieste dal piano Sanitario per l’attuazione dell’integrazione socio-sanitaria. A tal fine occorre segnalare il già acquisito ottimo rapporto di collaborazione tra gli operatori territoriali della Zona e il Coordinatore dell’Ambito .

## **3 ) - La funzione ospedaliera**

E’ del tutto evidente che il dato più negativo che presenta la zona 12 è la forte mobilità passiva derivata da ricoveri ospedalieri: esiste certo la parziale giustificazione della vicinanza dell’Abruzzo e dalla capacità di attrazione di quelle strutture ( peraltro presumibilmente non in cima alla graduatoria delle eccellenze ospedaliere italiane), ma comunque è da ipotizzare che inadeguatezze storiche

dell'offerta da parte del presidio pubblico e anche il crearsi di una cospicua serie di legami, anche dovuti all'attività di alcuni professionisti, con strutture private di altre regioni , siano alla base di episodi non sempre giustificati dalla necessità di prestazioni non offerte dal pubblico o comunque offerte altrove a migliore qualità.

In particolare esistono pesanti squilibri nel campo dell'Ortopedia e in specifico degli interventi per protesi di anca, mentre il presidio pubblico ospita solo circa la metà dei parti del territorio e non è in grado di garantire interventi per IVG. La mobilità passiva per le attività chirurgiche di base è ancora alta, pur con il recupero di professionalità e di credibilità tra gli utenti dovuto alla recente assunzione di un nuovo Direttore di Chirurgia ; peraltro la produttività del blocco operatorio è migliorabile ed esistono problemi di disponibilità di personale infermieristico e di coordinamento tra i vari attori.

Nel contesto ospedaliero si individuano altre criticità nella scarsa integrazione funzionale tra Pronto Soccorso e reparti di degenza : qui sembrano essere attivi meccanismi organizzativi e metodi di governo del personale a scarsa efficacia : più che di investimenti in risorse il recupero di qualità è legato al miglioramento della qualità organizzativa e allo stabilirsi di più congrue modalità di rapporto tra i singoli attori .

In questo contesto i dati dimostrano, come già accennato, che si è venuta manifestando nel corso degli anni una crescente disaffezione degli abitanti della Zona 12 per il Presidio Ospedaliero di Rete di San Benedetto del Tronto, mentre nel contempo è diminuita la mobilità attiva extra-regionale, parte della quale è tra l'altro dovuta alla presenza di notevoli masse di turisti nei mesi estivi. La contrazione dei ricoveri a San Benedetto e l'aumento dell'indice di fuga è continuato anche nel 2003 ,nonostante i positivi segnali che sono provenuti da quei reparti in cui si sono fatti investimenti in personale medico qualificato, attrezzature e impegno per un recupero di immagine : altro segnale positivo è l'aumento dell'appropriatezza dei ricoveri con un drastico ridimensionamento dei DRG fuori LEA, specie in Ortopedia.

La seguente tabella dà conto del fatto che la popolazione assistita sceglie in maggioranza per i propri ricoveri una struttura diversa dal Presidio di San Benedetto e lo fa in quota sempre maggiore.

**Ricoveri assistiti ASL 12 anni 2001-2003**

|   | <b>2001</b>  | <b>2002</b>  | <b>2003</b> |
|---|--------------|--------------|-------------|
| San Benedetto Ospedale di Rete                        | 10414        | 9339         | 8570        |
| Villa Anna S. Benedetto                               | 1609         | 1686         | 1589        |
| Stella Maris S. Benedetto                             | 1826         | 1967         | 1920        |
| Ospedali Marche                                       | 5771         | 5950         | n.d.        |
| Ospedali fuori Regione                                | 2974         | 3117         | n.d.        |
| <b>Totali</b>   | <b>22594</b> | <b>22059</b> | <b>n.d.</b> |
|   |              |              |             |
| Indice di fuga regionale                              | 25,54 %      | 26,97 %      | n.d.        |
| Indice di fuga extra regionale                        | 13,16 %      | 14,13 %      | n.d.        |
| Risposta al fabbisogno da parte dell'Ospedale di Rete | 46,09 %      | 42,33 %      | n.d.        |

Nel frattempo, paradossalmente, l'Ospedale mantiene una capacità di attrazione per i non residenti assai notevole ancorché in diminuzione , anche se si deve considerare che il dato tiene conto dell'utilizzo dell'Ospedale fatto dai turisti nei mesi estivi: la tabella seguente esplicita questo dato.

**Mobilità attiva Ospedale di Rete di San Benedetto :**  
**Numero dei ricoveri anni 2001 – 2003**

|   | 2001           | 2002          | 2003        |
|---|----------------|---------------|-------------|
| Ricoveri in mobilità attiva regionale       | 1655           | 1434          | 1174        |
| Ricoveri in mobilità attiva extra regionale | 2771           | 2253          | 2026        |
| <i>Indice di attrazione</i>                 | <b>29,47 %</b> | <b>28,1 %</b> | <b>27 %</b> |

Un'ulteriore tabella documenta la distribuzione dei ricoveri nelle varie U.O. , evidenziando le differenze cospicue nell'utilizzazione dei posti letto e suggerendo altresì le aree in cui è auspicabile un recupero di efficienza.

**Ricoveri Ospedale di San Benedetto anno 2003**

| Reparto                   | Numero ricoveri            | Giornate di degenza | Indice di occupazione | Posti letto |
|---------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| Astanteria                | 560                        | 1745                | 59,9 %                | 8           |
| Cardiologia               | 993                        | 3841                | 75,4                  | 14          |
| Chirurgia Generale        | 1283                       | 7044                | 96,8 %                | 20          |
| Diabetologia              | 9                          | 120                 | 16,5 %                | 2           |
| Emodialisi                | 105                        | 655                 | 60 %                  | 3           |
| Gastroenterologia         | 96                         | 618                 |                       | 3           |
| Geriatrica                | 717                        | 8042                | 110,5 %               | 20          |
| Lungodegenza              | 24                         | 366                 | 10,1 %                | 10          |
| Medicina Generale         | 777                        |                     |                       | 40          |
| Neurologia                | 501                        | 4976                | 80,4 %                | 17          |
| Nido                      | 520                        | 1535                |                       | 0           |
| Oculistica ( in D. S. )   | 203                        |                     | 40,8 %                | 2           |
| Oncologia ( in D.H. )     | 3622                       |                     | 181,8 %               | 8           |
| Ortopedia                 | 910                        | 6493                | 59,5 %                | 30          |
| Ostetricia e Ginecologia  | 1123                       | 4619                | 55,2 %                | 23          |
| Otorinolaringoiatria      | 548                        | 2415                | 51 %                  | 13          |
| Pediatria                 | 1017                       | 3635                | 66,6 %                | 15          |
| Psichiatria               | 311                        | 3105                | 85,3 %                | 10          |
| Recupero e riabilitazione | 34                         | 1252                |                       | 4           |
| Terapia intensiva         | 243                        | 1128                | 62 %                  | 5           |
| Unità Coronarica          | 683                        | 1309                | 71,9                  | 5           |
|                           | 14279 (effettivi<br>11851) |                     |                       | 252         |

Non sembra esistere discrasia grave tra le attuali potenzialità di intervento clinico e le attrezzature disponibili: le richieste di nuove attrezzature sono legate solo in piccola parte a sostituzione di quel-

le obsolete o a rischio di rottura: nella gran parte sono riferite ad opportunità di offerta di altre e più qualificate prestazioni sanitarie.

Per quel che riguarda la diagnostica, l'attrezzatura laboratoristica è di ottimo livello ( e per inciso più che bastevole a sopperire alle esigenze del territorio senza apporti privati ..) , mentre in campo radiologico si stanno effettuando le pratiche per l'acquisizione di nuova RMN e di sistemi PACS e RIIS per la trasmissione e lettura delle immagini radiologiche.

Le liste di attesa per le prestazioni radiologiche risultano decisamente al di là del tollerabile.

Per quel che attiene la funzione ospedaliera si individuano le seguenti linee di intervento :

a) Potenziamento dell'attività chirurgica , sia generale che specialistica : oltre alle integrazioni di organico previste dal Piano delle Assunzioni, ai fini del potenziamento si individua la possibilità dell'acquisto di prestazioni da parte di professionisti operanti presso altre Zone (in specie per l'impianto di protesi d'anca ) : una soluzione di questo genere consentirebbe a) una diminuzione dei costi del singolo DRG , sia attraverso la contrattazione del prezzo delle prestazioni, che attraverso il controllo dei materiali impiegati. b) una possibile diminuzione nel tempo di questa tipologia di intervento attraverso un più efficace presidio della decisionalità rispetto alla sua effettuazione. c) un guadagno complessivo di immagine del presidio pubblico ed un messaggio forte rispetto ai Medici di Medicina Generale riguardo alla loro funzione di indirizzo dei loro pazienti ad una o ad un'altra struttura di degenza.

Sempre in quest'ottica si pone la priorità di investire risorse ai fini del miglioramento delle modalità organizzative e quindi dell'efficienza del gruppo operatorio. Sono stati programmati e si inizieranno a breve lavori di ristrutturazione dei locali del blocco stesso , che attualmente può attivare 3 Sale Operatorie più 1 riservata alle emergenze nelle 24 ore : le sedute operatorie oscillano tra le 12 e le 14 a settimana. E' evidente, e lo confermano i dati sull'occupazione dei posti letto chirurgici, che è auspicabile un recupero di efficienza. Si sottolinea che a questo fine, oltre agli investimenti sopra enunciati, è sicuramente fondamentale il coordinamento degli attori e il rafforzamento del potere reale di chi garantisce istituzionalmente tale coordinamento: tra le azioni ulteriori necessarie potrà esserci la messa a disposizione di risorse per prestazioni aggiuntive da parte del personale o la disponibilità a finanziare eventuali adeguamenti delle attrezzature del blocco.

b) Recupero di produttività da parte della Ostetricia , allo scopo di recuperare una ulteriore sostanziosa quota dei parto di residenti nel nostro territorio. A tale scopo sono necessari la costruzione di un vero Dipartimento trasmurale , che evidensi la continuità tra una serie di servizi territoriali ( controlli ecografici diffusi sul territorio, corsi per gestanti , consulenze post partum ) e il momento del parto ; saranno appoggiate anche eventuali possibili miglioramenti della qualità dell'offerta quali il parto indolore.

Il recupero deve essere considerato soprattutto come incremento delle risposta qualitativa : il DRG del parto non è infatti di peso tale da poter indurre sostanziali modifiche della performance economica complessiva della Zona : tuttavia è importante che a disposizione delle utenti vi sia un servizio di qualità, anche in considerazione della percentuale di parti cesarei che si manifesta nel settore privato ( circa il 50 % dei parto totali )

Come detto sarà necessario provvedere a mettere a disposizione della popolazione la possibilità di praticare l'IVG presso il presidio di San Benedetto del Tronto.

c) Ristrutturazione del Dipartimento di Emergenza , che, specie nella sua componente del Pronto Soccorso necessita di una profonda revisione degli spazi. Il nuovo progetto , del quale si propone l'inserimento nel budget 2004, prevede una riorganizzazione dell'area del Triage e delle sale per i codici di maggiore gravità, sul modello dell'Open Space : verrà creata un'area destinata

all'Osservazione Breve e soprattutto verrà istituita l'U.O. di Medicina d'Urgenza che andrà a sostituire l'attuale Astanteria. Nell'ambito dell'U.O. di Rianimazione verrà individuata un'area di terapia semi – intensiva e creata un'area di terapia antalgica.

d) Mantenimento e potenziamento di particolari articolazioni organizzative della funzione di ricovero, già presenti nell'Ospedale di Rete in forma di funzioni specialistiche ad alta specializzazione senza autonomia organizzativa quali la chirurgia toracica, la chirurgia vascolare, l'urologia e la neurochirurgia , aggiungendo a queste , in convenzione con il Salesi o la Clinica Pediatrica, la Chirurgia Pediatrica

e) Potenziamento dell'azione di coordinamento dell'U.O di Geriatria tra le prestazioni ospedaliere e quelle territoriali offerte al paziente anziano, in modo da favorire un congruo utilizzo dei posti letto ospedalieri comunque dislocati e da individuare percorsi ben definiti e rispettosi delle indicazioni del Piano Sanitario regionale all'interno delle varie strutture dedicate all'anziano.

f) Potenziamento dell'attività in day-service, già avviata in Nefrologia, Diabetologia e Neurologia , superando le inevitabili difficoltà dovute alla scarsa disponibilità dell'utenza ad accedere a modalità assistenziali che comportano una sua notevole partecipazione alla spesa.

g) Attivazione di più efficaci forme di integrazione dipartimentale, delle quali è manifesta la carenza. In particolare ciò dovrà attuarsi con la gestione integrata delle risorse strumentali e umane e in spazi fisicamente contigui delle Unità Operative del Dipartimento Medico.

#### **4) - Gli interventi di razionalizzazione della spesa**

Si prende atto delle indicazioni date dal Dipartimento sulle aree ritenute maggiormente bisognevoli di interventi di razionalizzazione dell'impiego di risorse : in buona misura esse costituiscono aree di criticità rispetto ai consumi di risorse anche nella Zona 12; naturalmente qui esistono alcune peculiarità in base alle quali è possibile definire le seguenti priorità.

1) Non è possibile a San Benedetto pensare ad un miglioramento della performance economica senza riferirsi ai dati sulla mobilità passiva e dunque senza dotarsi di una serie di linee progettuali e di indirizzo capaci di orientare azioni di recupero in questo campo.

A questo proposito si ribadiscono tutte le considerazioni fatte a proposito dei dati sui ricoveri e sulla necessità di recuperare la disaffezione degli abitanti della Zona verso il loro Ospedale di Rete . Si è già detto che questo passa attraverso investimenti che potenzino l'offerta, soprattutto in senso qualitativo : le azioni in questo senso sono le seguenti a) Assunzione di 9 Dirigenti Medici , oltre alla previsione dell'immediata sostituzione del Direttore di Pediatria che lascerà il lavoro per limiti di età. Saranno rafforzate le aree attualmente già in grado di esercitare attrazione sulla cittadinanza e anche quelle per le quali si ravvisa l'opportunità di un supporto a difficoltà che si riverberano sul resto dell'organizzazione ospedaliera b) Acquisizione di attrezzature che siano richieste sulla base di progetti di miglioramento dell'attività clinica ben redatti e ben motivati . A questi progetti sarà data ampia risonanza anche mediatica . c) Individuazione di percorsi dell'utente , sostenuti dall'attività integrata di vari soggetti, dalle U.O ospedaliere alle strutture territoriali ai Medici di Medicina Generale, che siano concrete dimostrazioni di miglioramento della qualità e dell'accessibilità delle prestazioni, anche diagnostiche, offerte dalla struttura pubblica : quali esemplificazioni si possono prevedere percorsi per la diagnosi e la cura chirurgica della cataratta, per la assistenza delle donne in gravidanza , parto e puerperio, per la individuazione delle indicazioni operatorie e la programmazione degli interventi per patologia dell'articolazione coxo-femorale :

quest'ultimo percorso , fondamentale ai fini sia del recupero economico che di quello di immagine, dovrebbe essere per questo anno supportato dall'acquisto in convenzione dalla Zona di Jesi delle prestazioni chirurgiche necessarie d) Indicare quale obiettivo strategico per le U.O. ospedaliere il costituirsi di un rapporto forte e collaborativo con i Medici di Medicina Generale, formalizzato anche tramite protocolli che regolino lo scambio di informazioni e sanciscano il miglioramento della accessibilità dei servizi ospedalieri.

Naturalmente si punta a migliorare anche la mobilità attiva extra Regionale , anche in vista di possibili accordi con la Regione Abruzzo intesi a fissare tetti alla remunerazione delle prestazioni fuori Regione.

### **2) Interventi sulla spesa farmaceutica**

Nel corso del 2003 la spesa farmaceutica è calata del 7,8 % , ottimo risultato che però non impedisce che essa resti tra le più alte pro capite delle Regione . Le azioni possibili per migliorare ancora questo risultato nel 2004 sono : a) incremento della distribuzione diretta, oltre che presso la farmacia ospedaliera, presso le sedi distrettuali e poliambulatoriali b ) incremento della distribuzione a domicilio, utilizzando al meglio la rete ADI e la multiforme presenza infermieristica sul territorio c) ulteriore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, specie avviando la compilazione di linee guida di alcuni dei farmaci ad alto costo di maggiore impiego. d) monitoraggio della prescrizione di antidepressivi e distribuzione diretta totale da parte del DSM degli antipsicotici ad alto costo.

### **3) Razionalizzazione della spesa per trasporti sanitari**

A questo proposito si deve rilevare innanzitutto che il recente accordo sulle postazioni in stand-by rischia di essere fonte di ulteriore spesa per la zona di San Benedetto : si cercherà di ovviare propendendo di arrivare ad una gestione comune di alcune postazioni con le Zone di Fermo e di Ascoli Piceno e cercando comunque di utilizzare nelle postazioni gestiti dai "volontari" mezzi di proprietà per ridurre almeno questa voce di spesa. Si punterà poi ad una razionalizzazione, incrementando il controllo sulle autorizzazioni, sul quale sarà responsabilizzato un apposito gruppo di lavoro, diminuendo il numero degli utilizzi impropri che appare storicamente notevole . Si dovrà altresì lavorare sull'appropriatezza dell'uso dei diversi mezzi, sostituendo dove possibile taxi sanitario e mezzi di trasporto multipli alle ambulanze.

### **4) Accorpamento delle degenze**

Ci si propone di responsabilizzare i Dipartimenti sull'uso comune degli spazi e delle risorse infermieristiche , nella prospettiva di una razionalizzazione della spesa e di un miglior utilizzo delle risorse : saranno introdotte sia nell'ambito del Dipartimento Chirurgico che di quello Medico, forme di accorpamento delle degenze e sperimentazioni di ricovero a ciclo breve con chiusura a fine settimana. Sarà poi progettato un percorso per il paziente anziano, con ipotesi di ricovero di medio lunga durata , che dovrà avere un'équipe di riferimento e utilizzerà spazi in continuità fisica e funzionale. Si presume di poter così rendere effettivamente sufficiente un organico infermieristico obiettivamente non scarso sulla carta, ma che sovente si rivela tale nella pratica.

## **5) - Investimenti**

Dal 1998 al 2002 gli investimenti a San Benedetto, in attività di produzione di prestazioni sanitarie, sono stati limitati alla realizzazione di due RSA a Ripatransone e a Montefiore, di un impianto di cogenerazione termica, entrambi questi investimenti con i fondi di cui alla Legge 20/78, ed una piscina per idrochinesiterapia.

Solo a partire dall'anno 2003 c'è stata una ripresa degli investimenti con l'apertura della Stroke Unit , la Ristrutturazione del Poliambulatorio di Ripatransone, l'inizio del cablaggio dell'Ospedale

di San Benedetto del Tronto, l'avvio, ad oggi pressoché ultimato, del nuovo parcheggio presso il medesimo Ospedale.

Nella relazione al Bilancio di Previsione 2004 della Regione Marche (allegato " A "), alla pagina 119 si prende atto che la situazione degli investimenti (al 30.09.2003) prevedeva per la ASL Nr. 12 € 3.674.312 di investimenti realizzati ( o in corso di attivazione) a fronte di un totale di 34.527.802 € di investimenti regionali.Tale situazione indica una ripresa della capacità progettuale e d'investimento dell'Azienda alla quale si intende dare continuità.

Le linee di sviluppo in ordine alla programmazione degli investimenti sono finalizzate prioritariamente a portare a compimento le azioni intraprese nel 2003 con particolare riferimento al potenziamento della diagnostica per immagini.

E' prevista per la prima parte dell'anno 2004 l'aggiudicazione delle gare per l'acquisizione del RIIS e del PACS e per la sostituzione della risonanza magnetica nucleare.

I principali investimenti previsti, stante l'indicazione espressa nella proposta di budget di non ricorrere ad autofinanziamento, potranno essere effettuati con le risorse dell'art.lo 20 della L. 67/88.

In particolare si procederà per gli investimenti immobiliari :

- a) all'eliminazione delle barriere architettoniche presso il Corpo " A " dell'Ospedale Civile;
- b) all'adeguamento dei percorsi pedonali e alla recinzione;
- c) all'adeguamento tecnologico del Blocco Operatorio dell'Ospedale;
- d) all'adeguamento impiantistico e tecnologico del CUP dell'Ospedale;
- e) all'adeguamento dei vani scala dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto.
- f) alla ristrutturazione degli spazi destinati al Dipartimento di Emergenza, con trasformazione funzionale degli stessi secondo quanto enunciato nel paragrafo dedicato alle strategie per la funzione ospedaliera.

Per quel che attiene agli investimenti in attrezzature è possibile contare su fondi messi a disposizione dalla Fondazione Carisap , che saranno utilizzati per acquisto di un'ambulanza e per una serie di attrezzature destinate alla U.O. di Cardiologia, su fondi per progetti specifici per il territorio ( D1, D2 e D3), su fondi destinati a progetti ( Igiene del Lavoro, Progetto Obiettivo per il settore Materno Infantile ) già incamerati e non spesi nel passato: inoltre si propone il finanziamento di altre attrezzature , individuate secondo i seguenti criteri , elencati in ordine di priorità:

- a) attrezzature necessarie alla dotazione dell'istituta Medicina di Urgenza
- b) Attrezzature necessarie ad arricchire la dotazione di disponibilità di U.O. dell'Area Funzionale Chirurgica in vista dell'ulteriore recupero di efficienza, qualità professionale e capacità di attrazione ad esse richiesto
- c) Attrezzature al servizio di percorsi dell'utente destinati a migliorare la fruizione delle strutture ospedaliere anche in forma di prestazioni ambulatoriali , Day Hospital , Day Surgery e Day Service
- d) Attrezzature destinate a rendere possibile l'attivazione di progetti di miglioramento della qualità promossi da Dipartimenti e U.O. ed approvati in sede di budget.

Si rimanda all'elenco allegato per il dettaglio oltre che alle schede di progetto per i fondi aggiuntivi D1, D2 e D3 per le attrezzatura da acquisire in quel contesto.

## UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Il 14 maggio arriva dalla Regione una nota del dott. Giuseppe Zuccatelli sul piano assunzioni degli infermieri. Dalle proposte di assunzione di personale infermieristico e di supporto (OTA/OSS) collegate al budget 2004, emerge che il sistema richiede un numero di infermieri di fatto molto superiore alle prevedibili disponibilità. Si indica un percorso da effettuare per affrontare questa situazione.

|   |  |                              |  |  |
|---|--|------------------------------|--|--|
|  <p><b>REGIONE MARCHE</b><br/>GIUNTA REGIONALE<br/>DIPARTIMENTO SERVIZI<br/>ALLA PERSONA ED ALLA COMUNITÀ<br/><i>Il Direttore</i></p> <p>Prot. n. 10950 /DIP5/GZ</p>   | <p>A. S. U. R. ZONA TERRITORIALE N.12<br/>SAN BENEDETTO DEL TRONTO<br/>PRESIDIO OSPEDALIERO S.BENEDETTO<br/>DIREZIONE SANITARIA</p> <p>14 MAG. 2004</p> <p>PROT. N° 1582 ARRIVO</p> <p>Ancona li, 10 MAG. 2004</p> <p><i>F. G. 28/05/04</i></p>  | <p><i>G. T. 10/05/04</i></p> |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Dir. Gen.<br/> <input type="checkbox"/> Dir. San.<br/> <input type="checkbox"/> Dir. Am.<br/> <input type="checkbox"/> Segr. Gen.<br/> <input type="checkbox"/> Serv. Leg.<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Serv. Pers.<br/> <input type="checkbox"/> Serv. Provv.<br/> <input type="checkbox"/> Serv. Tec.<br/> <input type="checkbox"/> Serv. Ec. Fin.<br/> <input type="checkbox"/> Serv. Inform.<br/> <input type="checkbox"/> Contr. Gest.<br/> <input type="checkbox"/> Uff. Stat.<br/> <input type="checkbox"/> Formaz.         </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Dir. San. P.O.<br/> <input type="checkbox"/> Dir. Am. P.O.<br/> <input type="checkbox"/> Uff. San. I.D.<br/> <input type="checkbox"/> Uff. Am. I.D.<br/> <input type="checkbox"/> Dip. Sal. Men.<br/> <input type="checkbox"/> U.O. Farm.<br/> <input type="checkbox"/> Ser. T.<br/> <input type="checkbox"/> Coord. Inferm.<br/> <input type="checkbox"/> Sisp/Sian<br/> <input type="checkbox"/> Med. Lav.<br/> <input type="checkbox"/> Serv. Veter.<br/> <input type="checkbox"/> Prev. e Prot.<br/> <input type="checkbox"/> Med. Leg.         </td> </tr> </table> <p><i>Servizio Infermieristico</i></p> <p>Oggetto: piano assunzioni degli infermieri nel budget 2004.</p> <p><b>Nota di rilevante interesse per tutte le Direzioni</b></p> |  |                              | <input checked="" type="checkbox"/> Dir. Gen.<br><input type="checkbox"/> Dir. San.<br><input type="checkbox"/> Dir. Am.<br><input type="checkbox"/> Segr. Gen.<br><input type="checkbox"/> Serv. Leg.<br><input checked="" type="checkbox"/> Serv. Pers.<br><input type="checkbox"/> Serv. Provv.<br><input type="checkbox"/> Serv. Tec.<br><input type="checkbox"/> Serv. Ec. Fin.<br><input type="checkbox"/> Serv. Inform.<br><input type="checkbox"/> Contr. Gest.<br><input type="checkbox"/> Uff. Stat.<br><input type="checkbox"/> Formaz. | <input type="checkbox"/> Dir. San. P.O.<br><input type="checkbox"/> Dir. Am. P.O.<br><input type="checkbox"/> Uff. San. I.D.<br><input type="checkbox"/> Uff. Am. I.D.<br><input type="checkbox"/> Dip. Sal. Men.<br><input type="checkbox"/> U.O. Farm.<br><input type="checkbox"/> Ser. T.<br><input type="checkbox"/> Coord. Inferm.<br><input type="checkbox"/> Sisp/Sian<br><input type="checkbox"/> Med. Lav.<br><input type="checkbox"/> Serv. Veter.<br><input type="checkbox"/> Prev. e Prot.<br><input type="checkbox"/> Med. Leg. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dir. Gen.<br><input type="checkbox"/> Dir. San.<br><input type="checkbox"/> Dir. Am.<br><input type="checkbox"/> Segr. Gen.<br><input type="checkbox"/> Serv. Leg.<br><input checked="" type="checkbox"/> Serv. Pers.<br><input type="checkbox"/> Serv. Provv.<br><input type="checkbox"/> Serv. Tec.<br><input type="checkbox"/> Serv. Ec. Fin.<br><input type="checkbox"/> Serv. Inform.<br><input type="checkbox"/> Contr. Gest.<br><input type="checkbox"/> Uff. Stat.<br><input type="checkbox"/> Formaz.  | <input type="checkbox"/> Dir. San. P.O.<br><input type="checkbox"/> Dir. Am. P.O.<br><input type="checkbox"/> Uff. San. I.D.<br><input type="checkbox"/> Uff. Am. I.D.<br><input type="checkbox"/> Dip. Sal. Men.<br><input type="checkbox"/> U.O. Farm.<br><input type="checkbox"/> Ser. T.<br><input type="checkbox"/> Coord. Inferm.<br><input type="checkbox"/> Sisp/Sian<br><input type="checkbox"/> Med. Lav.<br><input type="checkbox"/> Serv. Veter.<br><input type="checkbox"/> Prev. e Prot.<br><input type="checkbox"/> Med. Leg. |                              |  |  |
| <p><b>AL DIRETTORE GENERALE<br/>ASUR</b></p> <p><b>AI DIRETTORI GENERALI<br/>AZIENDE OSPEDALIERE</b></p> <p><b>AI DIRETTORI<br/>PRESIDI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b></p> <p><b>AI DIRETTORI<br/>ZONE TERRITORIALI</b></p> <p><b>AL COMMISSARIO STRAORDINARIO<br/>I.N.R.C.A.</b></p> <p><b>LORO SEDI</b></p> <p>REGIONE MARCHE<br/>A.S.U.R - ZONA TERRITORIALE N. 12<br/>SAN BENEDETTO DEL TRONTO</p> <p>11 MAG. 2004</p> <p>PROT. N. 10086</p>  |  |                              |  |  |

Da una analisi di sistema delle proposte di assunzione di personale infermieristico e di supporto (OTA/OSS) collegate al budget 2004 emerge che ad assetto costante (e quindi senza un intervento sull'assetto dell'offerta e sui modelli di organizzazione del lavoro) il sistema richiede un numero di infermieri di fatto molto superiore alla prevedibile disponibilità di tale figura. Nel budget 2004 delle Aziende e Zone delle Marche è stata formulata una richiesta di 300 infermieri contro una teorica disponibilità di 200 in uscita dall'Università.

Per affrontare questa situazione occorre muoversi contemporaneamente verso più direzioni:

1. dare peso e spazio ai Servizi Infermieristici in modo da valorizzare la dirigenza che istituzionalmente ha il compito di presidiare questi problemi;
2. rivedere in modo critico, analitico e innovativo la *struttura* dell'offerta (e quindi il modo in cui sono distribuiti, dimensionati ed integrati i servizi che assorbono più risorse infermieristiche) in modo da ottenere il massimo di economia di scala ed organizzativa in genere attraverso ad esempio:
  - il miglioramento dell'appropriatezza d'uso del regime di ricovero;
  - la riduzione dei posti letto;
  - la concentrazione di alcune funzioni in un ridotto numero di strutture ospedaliere;



REGIONE MARCHE  
GIUNTA REGIONALE  
DIPARTIMENTO SERVIZI  
ALLA PERSONA ED ALLA COMUNITÀ

*Il Direttore*

- l'accorpamento delle aree di degenza;
  - l'organizzazione delle aree di degenza per livelli di intensità di cure (area intensiva, semi-intensiva, post-acuzie, etc.) e per modalità organizzative (aree a ciclo breve con riduzione dei giorni di "apertura", day surgery, medicina d'urgenza, etc.);
  - il dimensionamento ottimale delle sub-articolazioni organizzative, che, quando troppo piccole, rischiamo di richiedere dotazioni organiche simili, a strutture con il doppio di attività;
3. definire la migliore organizzazione del lavoro in termini di appropriato utilizzo della risorsa infermieristica (il personale infermieristico, dotato di specifica autonomia, responsabilità e capacità progettuale, deve delegare/attribuire altri compiti, per quanto di competenza, al personale di supporto OTA, OSS, etc., più facile da formare e reperire);
4. ridefinire su questa base l'effettivo fabbisogno di personale infermieristico ed ausiliario.

Il contestuale intervento (ri)organizzativo sulla struttura dell'offerta e sul ruolo delle diverse figure professionali può portare le significative economie in alcune aree (come la degenza "normale") così da favorire il maggiore investimento in altre, quelle di area critica, ad esempio, o delle cure palliative.

Va poi valutata la possibilità che lo svolgimento di attività fortemente rilevanti per il sistema con problemi di lista di attesa (come le attività chirurgiche ed alcune attività diagnostiche) venga gestito nelle more della acquisizione del personale previsto ed autorizzato, con lo strumento della libera professione d'Azienda del personale infermieristico.

Sarà cura del Dipartimento organizzare specifici momenti di confronto finalizzati a condividere le metodologie per affrontare al meglio l'intera questione. Successive comunicazioni definiranno la sede, le date ed i destinatari di questi momenti di incontro.

Cordiali saluti.

  
Giuseppe ZUCCATELLI

Per affrontare il problema della carenza di personale di assistenza infermieristico e per inserire il personale OTA e OSS nel processo di cura si presenta un primo progetto di inserimento tenendo conto di tutte le problematiche connesse.

## **PROGETTO INSERIMENTO OSS**

### **Premessa/Contesto**

Risorse economiche definite e carenza di personale Infermieristico

Richiesta da parte dei cittadini-utenti di risposte ai problemi di salute sempre più ampie, adeguate e personalizzate

Emerge la necessità di garantire continuità delle cure intra ed extra-ospedaliera

Le norme danno la responsabilità all'infermiere dell'assistenza generale, che deve essere orientata, con chiari obiettivi, utilizzando metodologie di pianificazione

La responsabilità è strettamente connessa agli obiettivi/risultati dell'assistenza, che sono raggiunti attraverso l'organizzazione e il processo dell'assistenza infermieristica

Occorre progettare un percorso e produrre delle linee guida, quale strumento, per permettere all'infermiere l'inserimento delle figure di supporto nel processo assistenziale finalizzato, in maniera responsabile e sicura

L'attuazione del processo assistenziale deve consentire di trasferire le attività, attraverso protocolli /procedure e schede di trasmissione di informazioni standardizzate, dall'Infermiere all'Oss e viceversa, in base alla complessità del paziente (criticità-instabilità, autonomia-dipendenza, relazione-educazione), alla competenza e alle conoscenze dell'operatore

C'è bisogno di mettere l'infermiere nella condizione di poter essere la figura "professionale" che può assumere il ruolo di collegamento e di integrazione tra le varie attività e professioni sanitarie, per un'assistenza personalizzata orientata ai reali problemi-bisogni di salute del cittadino-utente, per assicurare la continuità delle cure a garanzia di cure sicure

### **Modalità di lavoro e obiettivi**

Personalizzazione dell'assistenza

Modello organizzativo dell'assistenza per gruppi di pazienti

Metodologia di pianificazione per obiettivi assistenziali

Continuità delle cure intra ospedaliera e territoriale

Qualità e sicurezza delle cure

## 1) Proposta Presenza minima

| Tipologia          | Min.<br>Assist.<br>Pro-die<br>paziente | Standard<br>Infermieri<br>% | Standard<br>Oss-Ota<br>% |
|--------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
| Specialità di base | 120                                    | 60                          | 40                       |
| Media assistenza   | 180                                    | 70                          | 30                       |
| Elevata assistenza | 300                                    | 80                          | 20                       |
| Intensiva          | 600                                    | 90                          | 10                       |
| Subintensiva       | 360                                    | 80                          | 20                       |
| Riabilitazione     | 200                                    | 70                          | 30                       |
| Lungodegenza       | 120                                    | 60                          | 40                       |

La tabella sopra riportata dei minuti di assistenza pro-die per paziente è riferita ai parametri minimi previsti dal manuale di autorizzazione della Regione Marche.

La presenza minima indica il numero di personale per l'assistenza che permette di garantire prevalentemente un'efficace collaborazione al processo diagnostico-terapeutico.

Per raggiungere pienamente gli obiettivi sopra indicati è necessario abbandonare l'attuale organizzazione e passare ad un modello organizzativo personalizzato, dove vi è la possibilità di utilizzare una metodologia di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

## 2) Proposta

### Presenza consigliata

| Tipologia          | Min. Assist.<br>Pro-die<br>paziente | Standard<br>Infermieri<br>% | Standard<br>Oss-Ota<br>% | Criteri per l'integrazione<br>dell'organico minimo<br>previsto  |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|
| Specialità di base | 120                                 | 60                          | 40                       | Integrazione di 10' dello standard<br>Assistenziale ogni 5 pazienti, in presenza continuativa di variabili di seguito riportate:<br>- autonomia/dipendenza<br>- comprensione/ scelta<br>- riticità/stabilità/instabilità (vie infusionali centrali e perif., drenaggi, cateteri, sondini, stomie, ..)<br>- indice di turnover<br>- area assistenziale polispecialistica<br>- caratteristiche strutturali<br>- presenza assenza pers. ammin. |
| Media assistenza   | 180                                 | 70                          | 30                       |   |
| Elevata assistenza | 300                                 | 80                          | 20                       |   |
| Intensiva          | 600                                 | 90                          | 10                       |   |
| Subintensiva       | 360                                 | 80                          | 20                       |   |
| Riabilitazione     | 200                                 | 70                          | 30                       |   |
| Lungodegenza       | 120                                 | 60                          | 40                       |   |

Nella tabella sopra riportata come seconda proposta, al parametro dei minuti minimi previsti di assistenza pro-die per paziente dal manuale di autorizzazione della Regione Marche, si aggiungono dei criteri per integrare l'organico in presenza di documentate variabili .

La presenza consigliata ci permette di garantire un processo assistenziale di qualità accettabile attraverso:

- la pianificazione per obiettivi assistenziali;
- la cultura della buona pratica;
- cure sempre più appropriate e orientate alla relazione ed alla personalizzazione;
- la promozione ed il sostegno all'autocura ed all'autogestione;
- la rilevazione della qualità percepita dal cittadino;
- la verifica e valutazione dei risultati assistenziali.

Per raggiungere pienamente gli obiettivi indicati è necessario un deciso passaggio all'analisi della complessità assistenziale espressa da ciascuna persona assistita e quindi alla individuazione di indicatori e di standard per la misurazione delle variabili coinvolte nella personalizzazione dell'assistenza che permettano successivamente di poter quantificare in maniera coerente le risorse necessarie

Settembre 2004

Altre azioni di riorganizzazioni messe in campo per rispondere ai problemi di carenza di personale infermieristico.

## **REGIONE MARCHE**

AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE  
ZONA TERRITORIALE N 12  
S. BENEDETTO DEL T.  
Presidio Ospedaliero - Servizio Infermieristico

24 Novembre 2004

Oggetto: Budget Direzione Sanitaria 2004

### **OBIETTIVO: Razionalizzazione utilizzo personale infermieristico.**

In riferimento alle indicazioni avanzate dalla Direzione di Zona, su proposta del Nucleo di Valutazione, in merito all'obiettivo in oggetto, si procede alla elaborazione del progetto secondo le linee individuate. La razionalizzazione dell'utilizzo del personale infermieristico, nella prime fase, si sostanzia nella creazione di un'area dedicata all'erogazioni di prestazioni ambulatoriali chirurgiche con il miglior impiego possibile delle risorse umane.

Questo progetto può essere realizzato in due fasi in considerazione della doppia valenza da attribuire agli spazi dedicati all'attività chirurgica: la valenza ambulatoriale e quella di ricovero diurno.

#### **Prima fase**

- Programmazione e Coordinamento di tutta l'Attività Ambulatoriale polispecialistica delle UU.OO. dell'area chirurgica, con esclusione dell'U.O. di Ortopedia. Motivi di carattere funzionale, al momento, suggeriscono di conservare l'attuale ubicazione dell'ambulatorio ortopedico -Sala gessi- in contiguità con l'area di degenza:
  - Chirurgia generale, (Medicazioni e Visite, Senologia, Proctologia e Stomizzati, Urologia, Diagnostica Vascolare, Doppler)
  - O.R.L.
  - Oculistica
- Potenziamento del Servizio Accettazione Pre- operatoria Centralizzata programmata.

#### **OBIETTIVO**

- Riorganizzazione logistica delle risorse umane finalizzata ad un recupero dell'efficienza attraverso un modello organizzativo a più alta integrazione.
- Miglioramento del percorso ospedaliero per la persona che deve effettuare un intervento chirurgico programmato, dalla fase di accettazione alla dimissione ed ai controlli successivi.
- Espletamento di tutte le procedure di ammissione del paziente da parte del Servizio di Accettazione (dati anagrafici, adempimenti amministrativi, cartella clinica, documentazione infermieristica, verifica della presenza degli accertamenti diagnostici richiesti e delle indicazioni impartite, etc.).

- Recupero del tempo prima utilizzato nello svolgimento delle attività suddette, da destinare all'assistenza diretta per i pazienti più complessi, da parte del personale infermieristico presente nell'area di degenza.

### **ATTUALE DIMENSIONAMENTO ORGANICO INFERMIERISTICO AMBULATORIALE NELLE UU.OO INTERESSATE.**

- **ATTUALMENTE OPERATORI TOTALI N. 9**

- ACCETTAZIONE CENTRALIZZATA N. 2 (coordinatore: Mario Neroni)
- ATTIVITA' AMBULATORIALE :  
U O Chirurgia N. 3  
  
O.R.L / Oculistica N. 4  
( Personale con Idoneità limitate n.7 )

### **RIPROGETTAZIONE**

- AMBULATORI CENTRALIZZATI POLISPECIALISTICI CHIRURGICI
- SERVIZIO DI ACCETTAZIONE PREOPERATORIA CENTRALIZZATA DIPARTIMENTALE

### **PERSONALE INFERMIERISTICO NECESSARIO**

Infermieri N. 8 ( di cui n.1 con funzione di coordinamento )

Il personale OTA/ OSS rimarrà quello attualmente in dotazione nel Dipartimento Chirurgico.

### **GESTIONE PERSONALE**

La gestione delle risorse professionali sarà improntata all'integrazione ed alla massima flessibilità, perseguiendo l'obiettivo della valorizzazione professionale a garanzia della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure erogate.

### **Azioni / Strumenti**

- Utilizzazione degli spazi, precedentemente dedicati alla degenza delle UU.OO di O.R.L. ed Oculistica, situati al terzo piano del Presidio.

In questo piano come riportato nella precedente relazione, esistono già gli ambulatori delle specialistiche chirurgiche di ORL e Oculistica. Il progetto prevede l'utilizzo delle camere precedentemente dedicate alla degenza ORL e Oculistica come spazi per l'erogazione delle altre prestazioni specialistiche indicate all'inizio della presente relazione. Per una razionale fruizione degli ambulatori, sarà necessario prevedere una rotazione degli specialisti all'interno di idonei spazi dove poter erogare prestazioni fra di loro equivalenti, che non comportino l'utilizzo di attrezzature particolarmente impegnative. Nell'area in

questione verrà altresì ubicato il servizio di Accettazione pre-operatoria dipartimentale centralizzato, attualmente dislocato in zona periferica rispetto al dipartimento chirurgico.

- Applicazione di un modello organizzativo integrato, finalizzato ad un recupero dell'efficienza operativa, incentrato sulla gestione e il coordinamento delle varie attività ambulatoriali presenti, dopo una preliminare analisi della domanda di prestazioni esistente e quindi delle reali esigenze organizzative delle UU.OO.
- Per quanto riguarda i supporti necessari all'espletamento delle attività di cui trattasi, (arredi, strumenti di comunicazione, computer, altro), sarà opportuno effettuare una verifica circa le attrezzature attualmente disponibili. Si ritiene comunque che i costi necessari per eventuali aggiornamenti della dotazione attuale, seppure al momento non quantificati, saranno contenuti.

### **Seconda fase**

Realizzazione del Day Surgery Centralizzato, funzione attualmente svolta all'interno delle singole UU.OO. con contestuale riprogettazione logistica dell'attuale area di degenza del Dipartimento chirurgico (collocata nel primo, secondo e terzo piano del plesso Ospedaliero) con una diversa destinazione da assegnare agli spazi attualmente utilizzati come ambulatorio medico.

Potrebbe trovare spazio in questo ambito anche la funzione di Endoscopia Digestiva, pur appartenendo al dipartimento medico, per le evidenti connessioni con il settore chirurgico.

La dotazione organica, del Servizio Accettazione pre-operatoria Centralizzata, dell'attività Ambulatoriale Polispecialistica, del Day Surgery Centralizzato ed eventualmente dell'Endoscopia Digestiva, dovrà in seguito essere ricalcolata in base alla tipologia e al volume delle attività che vi si svolgeranno effettivamente.

Cordiali saluti

Responsabile Servizio Infermieristico P.O.  
D.A.I. Elio Capecci

Il Direttore Sanitario P.O.  
Dott. Giuliano Anconetani

Ridistribuzione del personale Infermieristico ed OSS all'interno del Presidio Ospedaliero Zona Territoriale 12 su mandato della Direzione Generale  
di concerto con la RSU Aziendale

Obiettivo: Aumento del personale OSS - Diminuzione del Personale infermieristico nelle seguenti aree elencate in ordine di priorità:

**Area Psichiatrica (S.P.D.C.) - Area Chirurgica ( Chirurgia-ORL ) - Area Materno-Infantile.**

| Dipartimenti | Unità Operative           | Situazione esistente   |                         |                         |                          | Ridistribuzione            |  |                        |                          | Oss<br>infermieri |
|--------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--|------------------------|--------------------------|-------------------|
|              |                           | P.L.<br>ord.+<br>Dh-DS | Int.<br>Ass.<br>presen. | Int.<br>Gener.<br>pres. | oste<br>triche<br>idonei | P.L.<br>Person.<br>presen. | Int.<br>n° minimo<br>su h 24<br>necessario | oste<br>Gener.<br>pres | Int.<br>triche<br>idonei |                   |
| D. CH.       | Chirurgia generale        | 26                     | 14                      | 1                       | 4                        | 15                         | 15   | 30                     | 0                        | 17                |
| D. CH.       | ORL - Oculistica          | 15                     | 7                       |                         |                          | 11                         | 15   |                        | 1                        | 4                 |
| D. CH.       | Oriopedia e traumatologia | 29                     | 15                      |                         |                          |                            |  |                        |                          | 4                 |
| D.S.M.       | SPDC/CSM-CD               | 10                     | 9                       | 3                       | 5                        | 17                         | 10   | 6                      | 4                        | 3                 |
| D. M-I       | Ginecologia/Ostetricia/SP | 25                     | 9                       | 3                       |                          | 6                          | 18   | 25                     | 3                        | 3                 |
| D. M-I       | Pediatria                 | 15                     | 8                       | 4                       |                          | 12                         |  | 6                      | 3                        | 5                 |
| D. M-I       | Pediatria/Ass. Neonatale  | 15                     |                         | 1                       |                          | 1                          |  |                        |                          | 18                |
|              |                           |                        |                         |                         |                          |                            |  |                        |                          | 5                 |
|              |                           |                        |                         |                         |                          |                            |  |                        |                          | 3                 |

La ridistribuzione, rispetto alla richiesta di reintegro di operatori OSS inoltrata in data 9-3-05, prevede l'assunzione di un ulteriore n° di detto personale, che potrebbe variare da 3 a 6 unità, in relazione alla soluzione che si andrà ad attuare.

Possibili Allocazioni: n° 2 Medicina - n° 2 Geriatria - n° 1 P.S. -

Il Servizio scrivente chiede che le eventuali soluzioni adottate, vengano strutturate in modo permanente, fatto salvo per gli interventi organizzativi legati alla fisiologica riduzione estiva dell' attività chirurgica programmata.

Nel caso in cui venisse coinvolto il Dipartimento Materno-Infantile ed al fine di avere la presenza di personale ostetrico sulle 12 ore, si dovrà prevedere l'assunzione di un altro operatore di detto profilo .

| Dipartimenti    | P.L.<br>ord +<br>Dh-DS            | OSS.<br>pres. | Inf.<br>Ass.<br>presen. | Tot.<br>Person.<br>presen. | %<br>OSS | %<br>INF | OSS.<br>pres. | Inf.<br>Ass.<br>presen. | Tot.<br>Person.<br>presen. | Indicatore<br>previsto<br>raggiunto<br>Oss/Int | Indicatore<br>raggiunto<br>Int |
|-----------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------|----------------------------|----------|----------|---------------|-------------------------|----------------------------|--|--------------------------------|
| D. CH.          | Chirurgia generale                | 32            | 2,3                     | 19                         | 17,3     | 13,2     | 86,7          | 3                       | 15                         | 18   |                                |
| D. CH.          | ORL-Ocu.                          | 17            | 2,3                     | 11                         | 13,3     | 17,2     | 82,7          | 1                       | 10                         | 11   |                                |
| D. CH.          | Ortopedia e traumatologia         | 29            | 2,3                     | 15                         | 17,3     | 13,2     | 86,7          | 3                       | 15                         | 18   |                                |
| D. CH.          | Accett. Central Day Surgery       |               | 2                       |                            |          |          |               | 0,5                     | 2                          | 2,5  |                                |
| I. tot. Dipart. |                                   | 78            |                         |                            |          |          |               | 7,5                     | 42                         | 49,5   | 15 - 85                        |
| D. M.           | Medicina + letti polispec. (8,40) | 7             | 15                      | 22                         | 31,8     | 68,1     | 6,5           | 15                      | 14                         | 21,5   |                                |
| D. M.           | Geriatria                         | 25            | 7                       | 14                         | 21       | 33,3     | 66,6          | 7                       | 14                         | 21   |                                |
| D. M.           | Geriatria-cure intermedie         | 10            |                         | 0                          |          |          |               |                         |                            |  |                                |
| D. M.           | Neurologia                        | 14            | 7                       | 13                         | 20       | 35       | 65            | 7                       | 13                         | 20   |                                |
| D. M.           | Neurologia-Stroke Unit            | 4             |                         |                            | 0        |          |               |                         |                            | 0  |                                |
| D. M.           | Riabilitazione Int.(in Neuro)     | 4             |                         | 0                          |          |          |               |                         |                            | 0  |                                |
| I. tot. Dipart. |                                   | 97            |                         |                            |          |          |               | 20,5                    | 42                         | 62,5   | 30 - 70                        |
|                 |                                   |               |                         |                            |          |          |               | 6,2                     |                            |  | 6,2                            |

# UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

| Dipartimenti     | Oss.                          | Oss. | Inf. | Inf. | Inf. | Inf. | Inf. | Proposta | Fisioterap. | AGP          | AGP  | Cond. | lunghe idoneità legge | Pers. | standard personale |                         |                    |
|------------------|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|----------|-------------|--------------|------|-------|-----------------------|-------|--------------------|-------------------------|--------------------|
|                  |                               |      |      |      |      |      |      |          |             |              |      |       |                       |       |                    |                         |                    |
| D.C.H.           | Chirurgia Generale            | 23   | 4    | 3    | 2    | 0    | 0    | 0        | 0           | 17           | 19   | 1     | 1                     | 2     | 15,21              | CO/CS                   |                    |
| D.C.H.           | Otolaringoiatrica             | 12   | 2    | 1    | 10   | 9    | 12   | 12       | 17          | 2            | 1    | 2     | 1                     | 6,35  | 0,52               | 24h 2/2/-6h 1/1-12h 1/7 |                    |
| D.C.H.           | Otologia e traumatologia      | 30   | 4    | 3    | 15   | 13   | 17   | 17       | 17          | 2            | 1    | 1     | 1                     | 15,87 | 0,52               | 24h 2/2/-6h 1/1-12h 1/7 |                    |
| D.M.             | Endoscopia diges.(in Med.)    | 4    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3        | 3           | 1            | 1    | 1     | 1                     | 2,12  | 0,52               | 24h 2/2/-6h 1/1-12h 1/7 |                    |
| D.M.             | Geriatra                      | 20   | 6    | 4    | 13   | 15   | 19   | 19       | 19          | 1            | 1    | 1     | 1                     | 13,22 | 0,52               | 24h 2/2/-6h 1/1-12h 1/7 |                    |
| D.M.             | Geriatrico-cure intermedie    | 10   | 7    | 3    | 15   | 16   | 22   | 19       | 19          | 2            | 1    | 1     | 1                     | 5,29  | 0,52               | 24h 2/2/-6h 1/1-12h 1/7 |                    |
| D.M.             | Medicina                      | 43   | 7    | 5    | 15   | 16   | 1    | 0        | 0           | 2            | 1    | 1     | 1                     | 3 Oss | 22,75              | 0,52                    |                    |
| D.M.             | Nefrologia (in Med.)          | 3    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0        | 0           | 0            | 0    | 0     | 0                     | 2,38  | 0,78               | 24h 2/2/-6h 1/1-12h 1/7 |                    |
| D.M.             | Nefrologia (lett. dialisi)    | 2024 | 2    | 1    | 17   | 18   | 19   | 20       | 20          | 1            | 1    | 1     | 1                     | 10,32 | 0,78               | 12h 7/6                 |                    |
| D.M.             | Neurologia                    | 13   | 5    | 4    | 13   | 15   | 19   | 19       | 19          | 3 T          | 1    | 1     | 1                     | 1     | 5,29               | 1,30                    | 24h 3/3/3 - 6h 0,8 |
| D.M.             | Neurologia-Stroke Unit        | 4    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0        | 0           | 0            | 0    | 0     | 0                     | 3,17  | 0,78               | 12h 7/6                 |                    |
| D.M.             | Riabilitazione int.(in Neuro) | 4    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0        | 0           | 0            | 0    | 0     | 0                     | 0     | 0                  | 0                       |                    |
| D.M.             | Riabilitazione                | 1    | 1    | 3    | 2    | 2    | 1    | 1        | 1           | 4            | 4    | 4     | 4                     | 1     | 1                  | F/6                     |                    |
| D.M.             | Ginecologia/Ostetricia/SP     | 23   | 2    | 2    | 12   | 12   | 1    | 14       | 14          | 6+1coord.    | 2    | 1     | 1                     | 1     | 12,17              | 0,52                    |                    |
| D.M.             | Pediatrica                    | 15   | 1    | 2    | 13   | 14   | 14   | 14       | 14          | 2            | 2    | 2     | 2                     | 11,90 | 0,78               | 24h 2/2/-6h 0,8         |                    |
| D.E.-I           | Pediatria/Ass. Neonatale      | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0        | 0           | 2            | 2    | 2     | 2                     | 0     | 0                  | 2                       |                    |
| D.E.             | Astanteria                    | 8    | 2    | 2    | 6    | 6    | 8    | 8        | 8           | 1            | 1    | 1     | 1                     | 6,35  | 0,78               | 16h 1/1                 |                    |
| D.E.             | Cardiologia                   | 14   | 1    | 2    | 7    | 7    | 4    | 8        | 8           | 2            | 1    | 1     | 1                     | 11,11 | 0,78               | 24h 1/1/1 - 12h 1/0,8   |                    |
| D.E.             | Cardiologia-UTIC              | 5    | 6    | 3    | 12   | 23   | 2    | 12       | 12          | 1            | 1    | 1     | 1                     | 13,22 | 2,60               | 24h 3/3/3 - 6h 1        |                    |
| D.E.             | P.S./Rage/Emerg. terit.       | 5    | 1    | 2    | 24   | 23   | 2    | 29       | 29          | 7 autistici  | 2    | 1     | 1                     | 1     | 24h 5/5/4          | 5                       |                    |
| D.E.             | Rianimazione                  | 5    | 1    | 2    | 12   | 12   | 13   | 14       | 14          | 1            | 1    | 1     | 1                     | 13,22 | 2,60               | 24h 2/2/2 - 6h 1        |                    |
| D.H.             | CAD                           | 7    | 6    | 6    | 6    | 6    | 6    | 6        | 6           | 1            | 1    | 1     | 1                     | 6     | 1                  | 2                       |                    |
| D.H.             | Nefrologia DH                 | 3    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0        | 0           | 0            | 0    | 0     | 0                     | 0     | 0                  | 0                       |                    |
| D.H.             | Oncoologia                    | 8    | 3    | 3    | 5    | 5    | 3    | 3        | 3           | 3 T+1 Puer.  | 2    | 1     | 1                     | 1     | 6,35               | 0,78                    |                    |
| D.S.             | Centro trasf.                 | 1    | 1    | 1    | 2    | 2    | 3    | 3        | 3           | 3 T+1 Puer.  | 2    | 1     | 1                     | 1     | 11,11              | 0,78                    |                    |
| D.S.             | Laboratorio                   | 1    | 1    | 3    | 3    | 3    | 4    | 4        | 4           | 4            | 1    | 1     | 1                     | 1     | 13,22              | 2,60                    |                    |
| D.S.             | Radio logia                   | 4    | 4    | 5    | 5    | 5    | 5    | 5        | 5           | 14 T+2 OT    | 2T   | 1     | 1                     | 1     | 1                  | 1                       |                    |
| D.S.M.           | SPDC/CSM-CD                   | 10   | 2    | 17   | 18   | 1    | 17   | 17       | 20          | 1            | 1    | 1     | 1                     | 1     | 13,22              | 1,30                    |                    |
| Blocco Op.       | Anestesia                     | 7    | 5    | 15   | 17   | 5    | 4    | 5        | 5           | 2            | 2    | 2     | 2                     | 1     | 1                  | 1                       |                    |
| Blocco Op.       | Blocco operatorio             | 7    | 5    | 15   | 17   | 3    | 23   | 23       | 26          | 3            | 1 OT | 1     | 1                     | 1     | 1                  | 1                       |                    |
| Blocco Op.       | Sterilizzazione               | 7    | 5    | 2    | 3    | 2    | 4    | 4        | 4           | 4            | 4    | 4     | 4                     | 2     | 2                  | 2                       |                    |
| Blocc. Amb.      | Sala gessi                    | 4    | 3    | 2    | 3    | 2    | 7    | 7        | 7           | 4OT+7 centr. | 1    | 3     | 2                     | 1     | 1                  | 1                       |                    |
| Direz.           | Sanit. Osped.                 | 4    | 3    | 2    | 1    | 1    | 6    | 1        | 1           | 12           | 1    | 1     | 1                     | 1     | 1                  | 1                       |                    |
| Serv. Inferm. co | Medico competente/S.P.P.      | 6    | 1    | 6    | 6    | 1    | 9    | 8        | 8           | 14 T+2 OT    | 2T   | 1     | 1                     | 1     | 1                  | 1                       |                    |
| Ambulatori       | Amb. Chirurgico               | 15   | 3    | 3    | 2    | 2    | 3    | 3        | 3           | 1            | 1    | 1     | 1                     | 3     | 1                  | 1                       |                    |
| Ambulatori       | Amb. Or-oculistica            | 4    | 4    | 4    | 3    | 3    | 4    | 4        | 4           | 4            | 4    | 4     | 4                     | 4     | 1                  | 1                       |                    |
| Ambulatori       | Amb. Cardiologico             | 4    | 4    | 4    | 3    | 3    | 4    | 4        | 4           | 4            | 4    | 4     | 4                     | 4     | 2                  | 2                       |                    |
| Ambulatori       | Amb. Ost.gine.                | 0    | 1    | 1    | 0    | 1    | 0    | 1        | 0           | 1            | 1    | 1     | 1                     | 1     | 2                  | 2                       |                    |
| Ambulatori       | Amb. Densitometrico           | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2        | 2           | 2            | 2    | 2     | 2                     | 2     | 1                  | 1                       |                    |
| Ambulatori       | Accett. Central. Dip.Chr.     | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2        | 2           | 2            | 2    | 2     | 2                     | 2     | 1                  | 1                       |                    |
| Totali           |                               | 284  | 80   | 61   | 25   | 1115 | 162  | 282      | 12          | 336          | 353  | 16    | 3                     | 18    | 5                  | 37                      | 16                 |
| Differenze       |                               |      |      |      |      | - 9  | 274  |          |             |              |      |       |                       |       | - 1                |                         | - 18               |

**DA NOTARE:**

\*CENTRO TRASF.: In aggiunta al personale inserito nel contingente risultano inseriti nella dotazione organica del territorio ma gestite funzionalmente dal Servizio Infermieristico Ospedaliero.

\*DIREZ. SAN. OSP.: sono presenti 3 Oss.-Angiellozzi-De Angelis -(adetti all'orbofia con qualifica da trasformare)- Vagnoni ( allocato c/o Ufficio Informazioni Città Ospedaliera-mancante alla mansione specifica). 4 Operatori Tecnici -Brandimarti-Evangelisti-Moscardelli-Vannicola -3 infermieri: Antimiani-Fogli-Pomplii.

\*SERV. INF.: Sono previste 6 unità Oss + 6 unità Infer. che come personale integrativo per le assenze improvvise (1 unità Ota+1 unità Infermieristica per Dipartimento)

\*SERV. TRASP./O.C.: 7 autistici+1 non idoneo alla mansione (non presente nel contingente) e Ferrerri Paola (operatore tecnico) e Bordoni Giuliana addetti a compiti di archivio

\*SERV. RX: ha un dia. Sanguligni Corrado non idoneo alla mansione specifica (non presente nel contingente) e Ferretti Paola (operatore tecnico)

\*N.B. usufuriscono della legge 104/n°6 Inf ( Rosati N- Fiscialetti E- Stiamoni T- Cellini C.-Silvestri L.-Ciolitti D.), 2 oss ( Biscaglia- Vezzola ), 1 Op.tecnico (Evangelista M.), 1 centralista (Gallieni C.), 2 cord. (Palestini R.- Caprotti P.), 1 ostetrica (Giuliani M.), 1 fisioterapista (Straccia M.), 1 dietista (Giostra N.).

\*Difficile allocazione (inserite nella colonna delle idoneità limitate): C.A.D. 2 Inf. Pomplii Pagliari L., De Angelis M. , O.R.L. 1 Inf. De Luca Marisa

\*N.B. il personale allocato per lo smaltimento delle ferie è già conteggiato tra i presenti

\*Aggiornato al 4 Ottobre 2014

N.B. Oss non in servizio per CO di fine incarico: Caminonni. Specia. Bisirri. Diletti.

TOTALE n° 17  
TOTALE n° 3  
TOTALE n° 4  
TOTALE 1

TOTALE 540 gg ass.jan

**A. USL 12 Presidio Ospedaliero personale di assistenza (esclusa l'attività ambulatoriale).**

| ASTANTERIA                   | Posti letto | - Personale di assistenza - |            |            |            |            |            | Posti letto |            |
|------------------------------|-------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
|                              |             | 1993                        | 1994       | 1995       | 1996       | 1997       | 1998       | 1999        | 2000        | inf + ota   | inf + ota   | inf + ota   | inf + ota  |
| PRONTO SOCCORSO              | 0           | 10                          | 10         | 10         | 10         | 13         | 13         | 20          | 18          | 0           | 21+4        | 0           | 20+3       |
| UTIC                         | 5           | 10                          | 9          | 10         | 10         | 10         | 10         | 10          | 5           | 10          | 5           | 12          | 5          |
| CARDIOLOGIA                  | 14          | 5                           | 5          | 5          | 5          | 5          | 7          | 7           | 14          | 9+1         | 14          | 7+0,5       | 14         |
| GERIATRIA                    | 30          | 12                          | 13         | 13         | 13         | 14         | 14         | 13          | 14          | 20          | 15+3        | 30          | 14+4       |
| MEDICINA GENERALE            | 48          | 12                          | 13         | 13         | 13         | 15         | 15         | 17          | 16          | 48          | 21+1,5      | 35          | 17+2       |
| NEUROLOGIA                   | 20          | 7                           | 7          | 10         | 10         | 10         | 11         | 12          | 20          | 13+2        | 20          | 13+2        | 18         |
| PSICHIATRIA                  | 10          | 15                          | 15         | 15         | 15         | 15         | 17         | 17          | 10          | 18+0,5      | 10          | 19          | 10         |
| CHIRURGIA GENERALE           | 60          | 24                          | 24         | 22         | 26         | 26         | 26         | 22          | 19          | 60          | 15+3        | 30          | 16+2       |
| OTORINO                      | 13          | 6                           | 6          | 6          | 6          | 6          | 6          | 5           | 6           | 13          | 6+1         | 13          | 6+1        |
| OCULISTICA                   | 11          | 6                           | 6          | 6          | 6          | 6          | 6          | 5           | 6           | 11          | 6+1         | 11          | 6          |
| ORTOPEDIA                    | 45          | 12                          | 12         | 13         | 13         | 14         | 14         | 16          | 15          | 47          | 17+3        | 39          | 16,5+2     |
| OSTETRICIA                   | 26          | 15                          | 17         | 14         | 13         | 13         | 13         | 12          | 26          | 14+2        | 26          | 12+2        | 25         |
| PEDIATRIA                    | 15          | 15                          | 14         | 12         | 10         | 11         | 11         | 12          | 12          | 15          | 14+2        | 15          | 15         |
| ASSIST. NEONATALE            | 5           | 3                           | 3          | 3          | 3          | 3          | 3          | 3           | 0           | 2           | 0           | 1           | 0          |
| RIANIMAZIONE                 | 5           | 10                          | 10         | 10         | 10         | 11         | 12         | 5           | 12+1        | 5           | 12+0,5      | 5           | 12         |
| EMODIALISI(in medicina)      | 2           | 0                           | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0           | 3           | 0           | 2           | 0           | 3          |
| EMODIALISI(letti dializzati) | 12          | 12                          | 12         | 12         | 11         | 11         | 11         | 12          | 16          | 16+3        | 16          | 16+2        | 20         |
| BLOCCO OPERATORIO            | 12          | 12                          | 12         | 15         | 16         | 16         | 16         | 16          | 18+7        | 17,5+7      | 0           | 16+7        | 0          |
| SERV.STERILIZZAZIONE         | 2           | 2                           | 4          | 2          | 3          | 3          | 3          | 3           | 3+1         | 3+1         | 0           | 3+1         | 0          |
| CAD                          | 4           | 4                           | 4          | 4          | 5          | 5          | 5          | 5           | 9           | 5+0,5       | 9           | 6           | 7          |
| ONCOLOGIA                    | 3           | 3                           | 4          | 4          | 4          | 4          | 4          | 5           | 6           | 5+0,5       | 6           | 4           | 4          |
| C.T./L.A./RX                 | 10          | 10                          | 10         | 10         | 10         | 10         | 10         | 10          | 11+6        | 11+6        | 10+7        | 0           | 10+5       |
| RIABILITAZIONE               |             |                             |            |            |            |            |            |             | 1+1.        | 1+1.        | 1+1.        | 4           | 2+1        |
| <b>TOTALE</b>                | <b>317</b>  | <b>210</b>                  | <b>212</b> | <b>216</b> | <b>219</b> | <b>225</b> | <b>225</b> | <b>237</b>  | <b>236</b>  | <b>336</b>  | <b>294</b>  | <b>295</b>  | <b>295</b> |

Il numero dei posti letto è comprensivo dei D.H. e dei D.S. designati per ciascuna unità operativa.

N.B. Per gli anni 2003 -2004 i posti letto si riferiscono alla nota prot. 1636 del 30-5-2003 con oggetto: Revisione dati su posti letto, caratteristiche strutturali ed organizz

Servizio Inf. Ospedaliero (ultimo aggiornamento 17 Gennaio 2005)

|                                 |  | Altro Personale ruolo |             |      |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|-----------------------|-------------|------|--|--|--|--|--|--|
|                                 |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| AUTISTI                         |  |                       |             |      |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | 8,9                   | 8           |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 2                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 13,8                  | 34          |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 1                     | 2           | 3    |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| OSTETRICHE                      |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | 7                     | 6           |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 7                     | 12,5        |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| AGP                             |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| TECNICI LAB.-CENTRO<br>TRASF.le |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | 17                    | 16          |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 0                     | 1           | 2    |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 24                    | 23,9        |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| AGP                             |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| TEC. RX                         |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | 17                    | 18          |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 0                     | 0           | 2    |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 22                    | 23,5        |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| AGP                             |  | 1                     | 3           |      |  |  |  |  |  |  |
| CAPO SALA                       |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | 17,7                  | 25          |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 1                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 27                    | 29,5        |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 0                     | 0           | 1    |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| AGP                             |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| CENTRALINISTI                   |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | .7,3.                 | 7           |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 1                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 12                    | 13,7        |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 1 cat.prot.           | 1 cat.prot. |      |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 1                     | 1           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| AGP                             |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| FISIOTERAPISTI                  |  | 2002                  | 2003        | 2004 |  |  |  |  |  |  |
| Tot. Presenze                   |  | 18                    | 19          |      |  |  |  |  |  |  |
| Pensionamenti                   |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Ferie residue                   |  | 18                    | 15,2        |      |  |  |  |  |  |  |
| Inabilità                       |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| L. 104                          |  | 0                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |
| Part-time                       |  | 7                     | 5           |      |  |  |  |  |  |  |
| AGP                             |  | 1                     | 0           |      |  |  |  |  |  |  |

Nel totale del personale coordinatore **non sono** presenti le 2 unità del Servizio di Formazione, mentre **sono** presenti i 5 coordinatori del Servi di Riabilitazione, 1coord. Tecnico di Radiologia, 1coord. Tecnico di Laboratorio Analisi, 1coord. Ostetrica.

Nel totale del personale di riabilitazione sono comprese le unità inserite nella Dotazione Organica territoriale.

All'interno del Presidio Ospedaliero sono presenti:

1 Logopedista,

1 Ortottista,

1 Psicomotricista,

1Tecnico di EEG,

1Tecnico di Audiometria,

2 Tecnici di Neurofisiopatologia,

3 puericultrici, delle quali 1-Fidanza-dal 2003 è stata dichiarata permanentemente non idonea.

Le criticità determinate dalle problematiche legate alle dotazioni quali-quantitative di personale ed alla relativa cronica carenza, come si vedrà anche successivamente, si ripresenteranno sistematicamente, senza peraltro trovare risposte e soluzioni, se non quelle limitate ad affrontare le emergenze, cosa ben lontana dalle necessità di garantire livelli di assistenza adeguati e sicuri. Tutto quanto a dispetto delle richieste di fabbisogno reiterate dalle amministrazioni sanitarie regionali e locali.

Ad ottobre 2004 esce la revisione del protocollo sul "Catetere Venoso Centrale. Inserimento e Gestione" con il "Livello delle accomandazioni per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare (C.D.C. Atlanta)". Questo lavoro è stato poi inserito sul neonato sito web del nostro collegio IPASVI, in modo da renderlo accessibile a tutti nella pagina delle "Buone pratiche professionali e promozione dei professionisti".

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale<br>Zona Territoriale N. 12 - S. Benedetto Tr.  |  | Codice:<br>Sigla:<br>Pag. 1/15   |  |  |
| <b>U.O. DI ANESTESIA<br/>RIANIMAZIONE<br/>E TERAPIA DEL<br/>DOLORE</b>  |  | <b>PROTOCOLLO<br/>INSERIMENTO E GESTIONE DEI<br/>CATETERI VENOSI CENTRALI</b>  |  |  |
| <b>1. STATO DELLE REVISIONI</b>   |  |  |  |  |
| <b>REVISIONE N. 2</b><br>Data: Ottobre 2004   |  |  |  |  |
| Versione 0: 2001<br>Versione 1: 2002  | Tutte  | Nuove linee guida gestione CVC (CDC,2002)<br>Nuove linee guida lavaggio mani (CDC,2003)<br>Raccomandazioni GAVeCeLT (2003) |  |  |
| <b>1.1. REDAZIONE, EMISSIONE, APPROVAZIONE, VERIFICA, AUTORIZZAZIONE</b>  |  |  |  |  |
| <b>Redazione</b>  | GO CIO/Servizio Infermieristico: P. Giarrusso<br>Gruppo di lavoro U.O. Rianimazione: C.S. Mauro Alberto Cameli, I.P. Ilario Straccia, I.P. Michela Merlini |  |  |  |
| <b>Verifica dei contenuti</b>   | Dirigente Infermieristico, GO CIO  |  |  |  |
| <b>Responsabile procedura</b>   | dell'aggiornamento: GO CIO<br>dell'applicazione: Coordinatore U.O.   |  |  |  |
| <b>Approvigionamento Risorse e materiali</b>  | Ausiliario U.O.<br>Servizio approvvigionante: Economato, Farmacia  |  |  |  |
| <b>Approvazione</b>   | CIO<br>Servizio Infermieristico  |  |  |  |
| <b>Autorizzazione</b>   | Direzione Medica ( <i>firma</i> )  |  |  |  |
| <b>2. OGGETTO</b>   |  |  |  |  |
| Inserimento e gestione catetere venoso centrale   |  |  |  |  |
| <b>3. SCOPO/OBIETTIVO</b>   |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infondere, in condizioni di necessità, liquidi di varia natura, ad elevata velocità di flusso</li> <li>• Terapie infusionali a lungo termine</li> <li>• Infusioni di farmaci vaso-lesivi</li> <li>• Infusione di soluzioni ipertoniche o ad alto pH</li> <li>• Monitorare la P.V.C.</li> </ul>   |  |  |  |  |
| <b>4. CAMPO DI APPLICAZIONE</b>   |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pazienti in cui è difficoltosa o impossibile la cannulazione venosa periferica</li> <li>• Pazienti in condizioni emodinamiche instabili (monitoraggio accurato)</li> <li>• Soggetti che iniziano la N.P.T.</li> <li>• Pazienti sottoposti a trattamento emodialitico</li> <li>• Soggetti nei quali si deve posizionare un catetere-elettrodo per la stimolazione cardiaca</li> </ul> |  |  |  |  |

**9. RISORSE UMANE**

- 1 Medico esperto (Cat. IA)
- 1 Infermiere esperto (Cat. IA)

**10. CONTENUTO / MODALITA' OPERATIVE:**

**Risorse Materiali**

- Cateteri venosi di misura adeguata (solitamente kit che comprende tutto il materiale per la Cannulazione)
- Anestetico locale
- Siringa da 5/10 ml con ago sottile, per anestesia locale
- Soluzione di Povidone Iodio al 10% (es: Braunol 10 % sol. acquosa, Brunoderm Spray), Clorexidina al 2%- 4% in soluzione alcolica, in caso di accertata allergia ai composti iodati
- Teli sterili (n.2)
- Garze sterili
- Pinza anatomica
- Porta-aghi
- Filo chirurgico con ago montato (2/0 o 3/0)
- Fiale di soluzione fisiologica
- Prolunghie di connessione
- Rubinetti a tre vie
- Connettore senza ago
- Soluzione infusionale con deflussore
- Mascherine facciali e copricapo per operatore e assistente
- Guanti sterili e camice sterile per l'operatore
- Medicazioni sterili: cerotti medicati (tipo Soffix Med) di varie misure;
- Medicazione trasparente idroreattiva per fissaggio cateteri (pellicola trasparente in poliuretano con grado di perspirabilità, di varie misure, aventi una permeabilità da 3000 a 9000 ml per cm<sup>2</sup> di cute a 37° C nelle 24 ore (tipo Tegaderm, ecc..)
- Soluzione antisettica per il lavaggio delle mani (es: DermanPlus (Triclosan ) Braunol 7,5%)
- Contenitore per rifiuti
- Contenitore per rifiuti speciali

**11. DESCRIZIONE ATTIVITA'**

**Vie d'accesso:**

- a) Vena succavia
- b) Vena giugulare interna
- c) Vena femorale

**12. LIVELLO DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE INFESIONI ASSOCiate A CATETERE INTRAVASCOLARE (CDC)**

| Categoria | Forza delle raccomandazioni   |
|-----------|---|
| I A       | Fortemente raccomandate per evidenza di efficacia e benefici clinici sostanziali, supportate da studi sperimentali ben disegnati, studi clinici o studi epidemiologici.   |
| I B       | Generalmente raccomandate per l'implementazione, supportate da studi sperimentali, clinici o epidemiologici e da un forte razionale teorico.  |
| I C       | Misure di prevenzione richieste da standard, norme, regole, leggi statali o federali.   |
| II        | Suggerite per l'implementazione. Evidenza basata su uno studio ben disegnato non randomizzato, studi di coorte o caso- controllato (preferibilmente multicentrici); oppure su risultati clamorosi da studi non controllati. |

| <b>AZIONE</b>   | <b>MOTIVAZIONE</b>   |
|---|--|
| <p>Azione del Medico e/o l'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informare il paziente, se cosciente, della procedura</li> <li>• Acquisire il consenso informato del pz (o del familiare)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre l'ansia e favorire la collaborazione</li> <li>• E' indispensabile il consenso scritto, secondo le norme e codici vigenti</li> </ul> |

**L'INFERMIERE DEVE:**

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eseguire il lavaggio antisettico delle mani (per 1-3 min.). <b>(Cat. IA)</b></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per l'introduzione e qualunque manipolazione dei CVC deve essere praticata l'igiene delle mani anche se si usano i guanti <b>(Cat. IA)</b></li> <li>• Per evitare la contaminazione durante la procedura asettica d'inserimento ed evitare le infezioni <b>(Cat. IA)</b></li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulire l'area di incannulazione</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detersione della cute, che deve essere perfettamente pulita</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se occorre, eseguire la tricotomia nell'area alla venipuntura: rasare con clipper o forbici <b>(Cat. IA)</b>.</li> <li>• Se si usa la lametta rasare solo immediatamente prima del posizionamento, evitando lesioni. <b>(Cat. IA)</b></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per rendere visibile il sito d'inserzione</li> <li>• Per ridurre il rischio di infezioni correlate all'uso della lametta</li> <li>• Per mantenere intatta la medicazione</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antisepsi cutanea dell'area di incannulazione <b>(Cat. IA)</b> con uno dei seguenti prodotti:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iodofori al 7,5-10%</li> <li>• Alcool 70%</li> <li>• Clorexidina 2-4%</li> <li>• Non pulire/sgrassare la cute con solventi organici (es. etere, acetone) <b>(Cat. 1B)</b></li> </ul> </li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importante misura di prevenzione delle I.O. <b>(Cat. IA)</b></li> <li>• Lasciare all'antisettico il tempo di azione <b>(Cat. IB)</b></li> </ul>   |
| <p>Predisposizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per monitoraggio del ritmo cardiaco</li> <li>• Per possibile esecuzione di ecodoppler del vaso da pungere</li> <li>• di strumentazione per interventi immediati di rianimazione in caso di complicazioni</li> <li>• possibile esecuzione di scopia durante manovre d'impianto</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per controllare tempestivamente eventuali aritmie provocate dalle manovre di incannulazione della vena e per accertarsi del corretto posizionamento del CVC</li> <li>• Per</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posizionare il paziente secondo l'area destinata all'accesso venoso centrale.</li> </ul> <p>1. <b>Per la vena succilia:</b> posizionare il paziente senza cuscino, in leggero trendelenburg con le braccia distese lungo il corpo, il braccio omolaterale deve essere extraruotato e la testa iperestesa ruotata verso il lato opposto all'incannulamento, posizionare tra le scapole del pz un lenzuolo arrotolato.</p> <p>L'operatore si pone al lato del paziente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il mantenimento della giusta posizione durante tutta la manovra di incannulazione è importante perché riduce il rischio di embolia gassosa e si ha un maggiore pressione venosa.</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>2. <b>Per la vena giugulare:</b> posizionare il paziente senza cuscino in lieve trendelenburg con la testa iperestesa contralateralmente all'incannulamento, mettere un lenzuolo arrotolato sotto le spalle. L'operatore si pone dietro la testa del paziente.</p> <p>3. <b>Per la vena Femorale:</b> paziente in posizione supina, arto in abduzione ed extrarotazione. L'operatore si pone al lato del paziente.</p>  |  |
| <p><b>Azione del Medico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indossa cappellino e mascherina chirurgica.</li> <li>2. Esegue lavaggio chirurgico delle mani (per 3-5 min). <b>(Cat. IA)</b></li> <li>3. Indossa camice e guanti sterili <b>(Cat. IA)</b></li> <li>4. Procede alla disinfezione ampia della cute, rispettando i tempi di azione del disinfettante <b>(Cat. IA)</b></li> <li>5. Delimita il campo di intervento sul paziente con due teli sterili.</li> <li>6. Esegue l'anestesia locale della cute e dei sottocute.</li> <li>7. Assembla l'ago con la siringa, contenuti nel kit e aspira 2-3 ml. di soluzione fisiologica.</li> <li>8. Punge la vena nel punto anestetizzato e procede, inserendo l'ago con la siringa in aspirazione e come si evidenzia il reflusso ematico, introduce il Seldinger attraverso il foro d'accesso di cui è fornito l'ago, dopo fa procedere la guida per circa 20 cm. toglie con cautela l'ago e dilata la zona circostante ad esso con il dilatatore. Quindi inserisce il catetere sul Seldinger che sarà rimosso non appena il CVC sarà in sede.</li> <li>9. Collega la via infusionale.</li> <li>10. Fissa il catetere con due punti di sutura</li> <li>11. Disinfetta la zona dove si è operato ed applica la medicazione <b>(Cat. IA)</b></li> </ol> | <p><b>Azione dell'Infermiere</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aiuta il medico nella vestizione.</li> <li>2. Collabora con il medico, rispettando le tecniche asettiche durante tutta la procedura.</li> <li>3. Verifica e controlla la posizione del paziente</li> <li>4. Controlla i parametri cardiaci e respiratori.</li> <li>5. Dopo il medico ha connesso la via infusionale al catetere incanulato esegue la manovra di verifica di funzionalità della via venosa, che consiste nell'abbassare il flacone infusionale sotto il livello del letto (se il cvc è posizionato correttamente si evidenzia un franco reflusso ematico).</li> <li>6. A fine procedura l'infermiera appone la medicazione sterile. <b>(Cat. IA)</b></li> <li>7. Registra in cartella la data, il tempo di inserimento e rimozione del CVC, e i cambiamenti delle medicazioni . <b>(Cat.II)</b></li> <li>8. Monitorizza regolarmente il sito del CVC attraverso l'ispezione visiva o palpazione tramite medicazione intatta , per rilevare tempestivamente manifestazioni infiammatorie e/o infettive, in base alla situazione clinica del paziente. <b>(Cat. IB)</b></li> <li>9. Incoraggiare il pz (se cosciente) a riferire eventuali problemi percepiti legati al CVC o sito del CVC <b>(Cat. II)</b></li> </ol> |
| <p>Dopo il posizionamento del CVC in succilia o in giugulare deve essere eseguito un Rx torace per verificare la giusta posizione del catetere ed escludere un eventuale pneumotorace.</p>   |  |

**13. COMPLICANZE.** Correlate alla presenza del CVC, alle manovre di posizionamento, alla gestione e alla compliance del paziente.

**COMPLICANZE GENERALI:**

Insorgenza di aritmie  
Lesione della vena  
Perfusione extravenosa  
Perforazione venosa con stravaso di liquidi in mediastino  
Perforazione cardiaca (con cateteri rigidi)  
Embolie da catetere per rottura dello stesso  
Embolia gassosa  
Trombosi venosa  
Infezioni

**Da cannulazione vena giugulare interna:**

Puntura accidentale dell'arteria carotide comune  
Pneumotorace  
Lesione del ganglio stellato  
Lesione del dotto toracico (v. giugulare int. sn.)  
Malposizionamento del catetere

**DA CANNULAZIONE VENA SUCCALVIA:**

Lesione accidentale dell'arteria succalvia  
Lesione del dotto toracico (v. succalvia sn.)  
Lesione del plesso brachiale  
Lesione del nervo frenico  
Lesione del nervo vago  
Malposizionamento del catetere (maldirezione o torsione)  
Pneumotorace da puntura della cupola pleurica e conseguente introduzione di aria

**DA CANNULAZIONE VENA FEMORALE:**

Lesione dell'arteria femorale  
Trombosi vasale (tardiva)

**COMPLICANZE IMMEDIATE**

- Puntura arteriosa
- Pneumotorace
- Aritmie, causate dalla guida metallica
- Embolia gassosa.
- Malposizionamento del catetere

**TRATTAMENTO**

- Compressione digitale, se si tratta della carotide che è superficiale. Non facilmente comprimibile se trattasi della arteria succalvia.
- Trattamento specifico secondo l'entità del danno provocato.
- Monitorare il paziente. Interventi a seconda della tipologia e della durata delle aritmie.
- Posizionare il paziente in "trendelenburg" per il posizionamento della giugulare e succalvia; in "anti-trendelenburg" per il posizionamento della femorale.
- Radioscopia intra-posizionamento del cvc o controllo standard radiografico

**COMPLICANZE PRECOCI**

- Sanguinamento o ematoma di entità importante in sede di venipuntura, del tunnel o della tasca sottocutanea.
- Pneumotorace tardivo che si presenta dopo 24 – 48 ore dal posizionamento.
- Emotorace secondario a piccole lacerazioni della pleura parietale.
- Tamponamento cardiaco da accidentale posizionamento del catetere nel pericardio.

**TRATTAMENTO**

- Posizionare il paziente semi seduto, se è stata punta una vena della la sede toracica  
- Compressione e Ghiaccio.
- Osservare clinicamente il paziente.  
Valutare la presenza di dispnea, dolore toracico, tosse stizzosa.  
Allertare immediatamente il medico che ha posizionato il CVC
- Valutare la necessità di ripetere emocromo ed eventuale emotrasfusione  
Osservare il paziente nelle 24/48 ore successive il posizionamento  
Monitorare parametri respiratori ed hematologici  
Monitorare la Sa O<sub>2</sub>
- Mettere in atto tutte le manovre per il trattamento dell'emergenza cardiaca.

#### **14. FASE DI GESTIONE**

##### Come usare le vie del catetere

- **Via distale** di calibro superiore quando è necessario, deve essere usata:
  - per i prelievi ematici
  - per l'infusione di emoderivati
  - per la rilevazione della PVC
- **Via prossimale** di calibro inferiore:
  - da tenere sempre aperta con la terapia infusionale e possibilmente con la pompa volumetrica.  
Da usare, inoltre per la terapia endovenosa;
  - se il paziente è in nutrizione parenterale, la via prossimale va riservata esclusivamente alla somministrazione della NPT spostando le altre eventuali infusione e/o terapia endovenosa sulla via distale.

Quando viene usata una sola via del CVC controllare sistematicamente la pervietà di entrambi i lumi, in particolare di quello distale perché necessario per l'eventuale sostituzione su filo guida.

#### **14. MEDICAZIONE . Sostituire la medicazione in rapporto alle condizioni individuali dei pz.**

- Medicazione con garze sterili o con cerotto medicato sterile  
Preferibilmente la prima medicazione da applicare dopo il posizionamento del CVC è quella con il cerotto medicato. La rimozione a breve distanza favorisce una precoce toeletta dell'emergenza cutanea che all'inizio può presentare presenza di sangue o altro, causato dal trauma del posizionamento. (**Cat. IA**)
- Medicazione in poliuretano trasparente (**Cat. IA**)  
Successivamente si può passare alla medicazione in poliuretano, a meno che non ci siano controindicazioni. Prima si valuta lo stato di emergenza cutanea che deve risultare negativo per sangue, pus, edema, altrimenti si continua con cerotto medicato.

##### **I tempi di sostituzione dipendono dal tipo di medicazione utilizzata:**

- Con cerotto medicato: ogni due giorni
- Con poliuretano trasparente: ogni sei/sette giorni

N.B. In ogni caso la medicazione va sostituita quando è bagnata, staccata o sporca e più frequentemente nei pazienti che presentano abbondante sudorazione o sanguinamento. (**Cat. IA**)  
Usare una protezione sterile per tutti i CVC arteriosi polmonari (**Cat. IB**)

#### **15.1. Materiale per la medicazione**

##### **IL MATERIALE DESCRITTO DEVE ESSERE SEMPRE PRESENTE NEL CARRELLO DELLE MEDICAZIONI**

- Guanti non sterili
- Guanti sterili
- Acqua ossigenata
- Soluzione fisiologica fiale
- Disinfettante appropriato
- Soluzione eparinata monodose monopaziente
- Tamponi per esame microbiologico
- Telo sterile monouso

- Garze sterili
- Siringhe di varie misure (5, 10, 20 ml)
- Cerotti medicati sterili
- Medicazione in poliuretano trasparente
- Steri stripp
- Lama da bisturi monouso sterile
- Prolunga con rubinetto a tre vie
- Arcella reniforme
- Sacchetto per rifiuti
- Ago – box
- Tavolinetto servitore
- DPI
  
- **La tecnica ad un operatore prevede la mano dominante (es. la destra) mantenuta sterile, mentre l'altra è la mano che serve e tocca le cose non sterili.**
- La tecnica ad un operatore può essere eseguita in asetticità con l'ausilio di ferri chirurgici sterili e in "no touch".
- **Se gli operatori sono due:**  
**A = esegue – sterile**  
**B = aiuta - non sterile**

## 16. PROCEDURA PER LA MEDICAZIONE DEL CVC ESTERNO

| AZIONE  | MOTIVAZIONE  |
|---|--|
| <b>1. Ambiente</b><br>Durante la medicazione del CVC i movimenti di aria devono essere ridotti al minimo.<br>Le operazioni di pulizia e il rifacimento del letto dovrebbero cessare almeno trenta minuti prima dell'inizio della medicazione. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitare la contaminazione dell'emergenza cutanea e del sistema cvc, da parte di microrganismi presenti nell'aria.</li> </ul>  |
| <b>2. Paziente</b><br>Posizionare il paziente senza cuscino e con il capo girato dalla parte opposta al punto di inserimento.<br>Informare il paziente di non parlare, né tossire.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Queste istruzioni riducono il rischio di contaminazione.</li> </ul>   |
| <b>3. Operatore / Operatori</b><br>Obbligo assoluto di un buon lavaggio antisettico delle mani, camice e guanti sterili, cappellino e mascherina chirurgica.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La più semplice prevenzione. E' la misura di controllo più importante nel prevenire le I.O.</li> </ul>  |
| 4. Avvicinare il carrello delle medicazioni al letto del paziente .   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La zona pulita va tenuta separata da quella sporca.</li> </ul>  |
| 5. L'operatore deve porsi di fronte al carrello mai di spalle.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitare lunghi tragitti del materiale dal carrello al paziente, la parte pulita deve essere osservata per evitare di contaminarla.</li> <li>• E' bene crearsi un piano di lavoro stabile per</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| 6. Preparare il servitore e portalo a ponte sul letto del paziente.   | prepararsi tutto il materiale sterile occorrente, in particolare quando si lavora ad un solo operatore.  |
| 7. Prendere il telo sterile e con tecnica "non tocco" aprirlo sopra al servitore.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenere l'asepsi.</li> </ul>  |
| 8. Versare sopra al telo tutto il materiale precedentemente preparato.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il materiale pronto facilita le operazioni e il mantenimento della tecnica in asepsi.</li> </ul>  |
| 9. Aprire tutti i flaconi e le fiale e lasciarli pronti sopra il carrello.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• I flaconi e le fiale già aperti possono essere presi dalla mano "aiuto", mantenendo sterile la mano "dominante".</li> </ul>   |
| 10. Indossare i guanti non sterili e rimuovere la vecchia medicazione.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitare di contaminare altro materiale.</li> </ul>  |
| Gettarla immediatamente nel sacchetto dei rifiuti.  |  |
| Togliere i guanti non sterili. *  |  |
| 11. Indossare i guanti sterili ed eseguire la medicazione.  |  |
| 12. Osservare attentamente l'emergenza cutanea del catetere accertandosi che non vi siano indizi di complicazioni quali:  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondo l'indizio evidenziato si attueranno le variabili già descritte nelle indicazioni generali.</li> </ul>   |
| a. fuoriuscita di liquidi, sangue o pus<br>b. arrossamento, edema<br>c. dolore  |  |
| 1. Se presenti essudati o liquidi organici, nel punto d'uscita, rimuoverli con tamponi imbevuti di acqua ossigenata.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'impiego dell'acqua ossigenata consente una veloce ed efficace rimozione degli essudati.</li> </ul>  |
| Successivamente lavare l'emergenza cutanea con soluzione fisiologica.   |  |
| 14. Usando un tampone con soluzione iodata, applicare una leggera pressione e pulire il punto d'ingresso del catetere con movimenti rotatori che vanno verso l'esterno, evitando di tornare indietro con lo stesso tampone. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il lavaggio, con la soluzione fisiologica, serve a neutralizzare l'azione dell'acqua ossigenata che, altrimenti, inattiverebbe l'effetto disinettante della soluzione iodata nel successivo passaggio.</li> </ul> |
| 15. Ripetere la stessa manovra una seconda volta con un tampone nuovo. Lasciare asciugare.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La parte più lontana di una ferita è considerata più sporca, perciò va evitato di tornare indietro per non contaminare il punto già disinettato.</li> </ul>   |
| 16. Pulire il catetere per circa 7 cm. dall'emergenza cutanea con soluzione iodata. Non usare mai l'etere, acetone, benzina.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il tempo totale di disinfezione deve essere almeno di 30-60 secondi. Lo iodio esplica la sua azione disinettante con l'asciugatura.</li> </ul>  |
| 17. Non applicare pomate antisettiche o antibiotiche di routine ( <b>Cat. IA</b> )  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esistono pareri discordi per l'applicazione di routine di pomate contenenti antibiotici o antisettiche, per la possibilità di sensibilizzazione e selezione di germi resistenti.</li> </ul>                       |

|   |  |
|---|--|
| <p>18. Se si applica una pomata gettare la prima parte che esce dal tubo con una garza sterile.</p> <p>19. Se durante la medicazione si osserva che i punti di fissaggio si sono staccati, questi possono essere rimessi dall'infermiere se ritiene di saperlo fare, altrimenti avvisa il medico.</p> <p>20. Applicare e fissare una nuova medicazione sterile sull'area medicata.</p> <p>21. A questo punto si deve procedere alla sostituzione delle vie infusive (prolunghe e deflussori).</p> <p>22. A fine medicazione eseguire il lavaggio delle mani anche se sono stati usati i guanti.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prima parte di pomata che esce da un tubo già in uso è sempre da considerare come potenzialmente contaminata.</li> <li>• Il fissaggio del catetere è fondamentale per prevenire il rischio di fuoriuscita accidentale</li> <li>• Questa manovra anche se in asepsi è meglio farla quando il foro d'ingresso del CVC è coperto.</li> <li>• Durante l'impiego i guanti si possono perforare e non dare una protezione totale.</li> </ul> |
|---|--|

## **17. GESTIONE DELLE VIE INFUSIVE CONNESSE AL SISTEMA CVC**

| PROCEDURA   | MOTIVAZIONE  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitare il numero dei rubinetti.</li> <li>2. Usare tappi monouso, non perforabili.*</li> <li>3. Sostituire i tappi ogni 72 ore in coincidenza dei prelievi del mattino.</li> <li>4. Se si osserva un rubinetto senza il tappino, disinfeccare (con disinfeccante allo iodio) e lavare con fisiologica il foro del rubinetto prima di inserire un nuovo tappino.</li> <li>5. Sostituire la linea infusionale, deflusso e prolunga con rubinetto a tre vie, usati per liquidi semplici, ogni 72 ore.</li> <li>6. Sostituire la linea infusionale, deflusso e prolunga con rubinetto, usata per NPT e/o lipidi ogni 24 ore in coincidenza della sostituzione della sacca o comunque al termine dell'infusione, nel caso che la NPT sia stata programmata per un tempo di infusione più corto (esempio 12 ore notturne)</li> <li>7. Per le infusioni di sangue ed emoderivati</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un elemento fondamentale di contaminazione del sistema CVC sono le vie di infusione, rappresentato soprattutto dai rubinetti a tre vie.</li> <li>• Decontaminare il foro da eventuali microrganismi. Se si hanno dubbi è meglio sostituire il rubinetto.</li> <li>• Far coincidere questa manovra con la medicazione del CVC è un buon metodo di controllo.</li> <li>• Le soluzioni ad alta concentrazione di glucosio, aminoacidi e/o lipidi, sono facilmente soggette a favorire la crescita di determinate specie microbiche, nei casi di contaminazione.</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <p>usare un deflussore per ogni sacca e non infondere nella via utilizzata per la NPT.</p> <p>8. Coprire il punto di raccordo fra CVC e linea infusiva con una garza sterile e cerotto.</p> <p>9. Coprire i rubinetti a tre vie con il sistema scelto (garze asciutte sterili)</p> <p>10. Manipolare sempre il CVC con l'uso di garze sterili e disinfettante.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni perforatore deve aver bucato una sola sacca di sangue per garantire la sterilità della stessa.</li> <li>• Maggiore protezione del punto di connessione.</li> <li>• Maggiore protezione delle vie di accesso.</li> <li>• Rispettare i tempi di azione del disinfettante</li> </ul> |
|--|---|

## **18. PROCEDURA PER LA SOSTITUZIONE DELLE VIE INFUSIVE**

La sostituzione periodica delle vie infusive può avvenire in coincidenza della medicazione del sito di inserzione del CVC, o comunque ogni 72 ore. (Sostituire deflussore e tre vie insieme)

**Risorse umane:**

- Infermiere

**Risorse materiali:**

- garze sterili
- siringhe da 20 ml
- siringhe da 10 ml
- siringhe da 5 ml
- prolunghe con rubinetto della misura scelta
- soluzione fisiologica fiale 10 ml
- soluzione eparinata pronta \*

\* aspirare 1 ml di eparina (fl. da 50.000 U.I.) corrispondenti a 50 U.I.e iniettarla in una soluzione fisiologica da 100 ml ottenendo così una concentrazione di eparina di 50U.I./ml.

Non sono descritte differenze sostanziali di occlusione secondo la concentrazione di eparina usata.

| AZIONE   | MOTIVAZIONE   |
|--|---|
| 1. Obbligo assoluto di un buon lavaggio antisettico delle mani dell'operatore.                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La più semplice prevenzione. E' la misura di controllo più importante nel prevenire le I.O.</li> </ul> |
| 2. Deconnettere le prolunghe da sostituire e gettarle immediatamente nel sacchetto dei rifiuti speciali. |   |
| 3. Aspirare il sangue da entrambe le vie del CVC e gettare tutto, siringa compresa.                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rimozione di eventuali piccoli coaguli.</li> </ul>   |
| 4. Lavare le due vie con soluzione fisiologica.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificare la pervietà delle vie del CVC.</li> </ul>   |
| 5. Disinfettare con la soluzione iodata la ghiera dell'estremità del CVC.                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decontaminare la ghiera da eventuali microrganismi.</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>6. Riempire le due prolunghe con soluzione fisiologica.</p> <p>7. Connettere le due prolunghe nuove senza far entrare aria nel CVC.</p> <p>8. Coprire i punti di raccordo fra il CVC e le vie infusive con una garza e cerotto.</p> <p>9. Eparinare la via del catetere, che non è momentaneamente in uso, usando la tecnica “a pressione positiva” cioè iniettando all’interno del catetere la soluzione a piccoli boli.</p> <p>10. Ancorare le vie del sistema CVC:<br/>- Es. cerotto sulla cute del paziente</p> <p>11. Collegare ai rubinetti delle vie infusive gli eventuali deflussori nuovi.</p> <p>12. Coprire i rubinetti con garza sterile.</p> <p>13. A fine manovra eseguire immediatamente il lavaggio antisettico delle mani anche se sono stati usati i guanti.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Far fuoriuscire l’aria</li> <li>• Evitare emboli</li> <li>• Mantenere l’asepsi.</li> <li>• La manovra “a pressione positiva” garantisce una buona eparinizzazione; è più importante di qualsiasi concentrazione di eparina usata.</li> <li>• Evitare fuoriuscita accidentale del CVC<br/>La fuoriuscita accidentale del CVC è indice di poca qualità nella gestione.</li> <li>• Mantenere l’asepsi.</li> <li>• Durante l’impiego i guanti si possono perforare e non dare una protezione totale.</li> </ul> |
|--|--|

## **19. PRELIEVO DI CAMPIONI EMATICI DAL CVC**

La decisione di usare il CVC per l’esecuzione dei prelievi ematici deve essere presa dopo aver considerato i rischi, che ogni passaggio di sangue può determinare nel lume del catetere.

I residui di sangue, che a volte non si riescono a rimuovere bene dal presidio, possono favorire la formazione di trombi, con conseguente occlusione del catetere o costituire una base per un incremento di microbatteri, fino a portare una sepsi del CVC.

Per limitare il ricorso al CVC, per prelievi di sangue, va considerato il patrimonio venoso periferico del paziente, il tipo di esami che devono essere eseguiti (la determinazione delle indagini emocoagulative predilige il prelievo da puntura della vena), il periodo di tempo che il catetere dovrebbe stare in situ è senz’altro indicato usare il CVC per eseguire il prelievo di sangue ad un bambino, per evitargli il dolore della puntura della vena.

**Risorse umane:**

- Infermiere

**Materiali:**

- garze sterili
- siringhe da 20 ml
- siringhe da 10 ml
- siringhe da 5 ml
- sistema vacutainer
- provette già etichettate per la raccolta dei campioni
- porta provette
- soluzione fisiologica fiale 10 ml

- soluzione eparinata pronta
- tappini sterili monouso
- dispositivi di protezione individuale per l'operatore (DPI)

| <b>AZIONE</b>  | <b>MOTIVAZIONE</b>  |
|--|---|
| <p>1. Utilizzare sempre il lume distale (più largo)</p> <p>2. Lavaggio antisettico delle mani</p> <p>3. Indossare i guanti e gli altri DPI</p> <p>4. Sospendere le infusioni in corso se la via è in uso<br/>Oppure:</p> <p>5. Aprire il “tappo di eparina” se la via è chiusa e non in uso.</p> <p>6. Aspirare con una siringa da 10 ml o provetta sotto vuoto, circa 3-4 ml di sangue di spурgo e gettare tutto nel contenitore ROT.</p> <p>7. Inserire la siringa per il prelievo o il sistema vacutainer e aspirare la quantità di sangue necessaria .</p> <p>8. Eseguire un lavaggio di 20 ml di soluzione fisiologia con la manovra pulsante.</p> <p>9. Declampare il morsetto del deflusso per riprendere l'infusione in corso.<br/>Oppure:</p> <p>10. Eparinare la via se non è usata per infusioni.</p> <p>11. Al termine delle operazioni, sostituire il tappo del rubinetto a tre vie con uno nuovo.</p> <p>12. Quando fra gli esami è richiesto <b>il controllo della coagulazione</b> usare i seguenti criteri:<br/>a) controllo di routine: eseguire dal CVC<br/>b) controllo per alterazione della coagulazione: eseguire da vena periferica<br/>c) controllo in coincidenza di emocoltura da vena periferica: eseguire tutti i prelievi da vena periferica</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il diametro maggiore facilita il deflusso del sangue e permette un prelievo più attendibile.</li> <li>• Misura di prevenzione delle infezioni</li> <li>• Tutti i pz. vanno considerati potenzialmente infetti durante i prelievi ematici</li> <li>• Evitare infusione di eparina</li> <li>• Eliminare la prima parte di sangue contenente i possibili farmaci infusi. Il sangue aspirato che fuoriesce dal sistema è da considerare potenzialmente contaminate.</li> <li>• La via deve risultare perfettamente pulita e senza residui di sangue, questa manovra pulisce meglio le pareti del CVC.</li> <li>• Mantenere la pervietà.</li> <li>• I cateteri di per sé, provocano depositi di fibrina attorno al lume interno ed esterno, fino a favorire a volte una trombosi, pertanto, quando il campione ematico serve per studiare attentamente la coagulazione è bene eseguire il prelievo mediante la puntura di una vena periferica.</li> </ul> |

## **20. MODALITA' DI VERIFICA**

- Controllo della corretta applicazione della procedura
- Verifica periodica dell'appropriatezza del materiale utilizzato
- A medio termine riduzioni delle infezioni
- A lungo termine: riduzione delle complicanze ed eventuale aggiornamento sulla tecnica e sui materiali da utilizzare

**Allegato**

**PROCEDURA PER L' UTILIZZO DEL SISTEMA DI CONNESSIONE SENZA AGO**

(Prodotto: CLEARLINK della Baxter, CLAVE CONNECTOR della ABS, ecc...)

**Indicazioni all'uso del connettore senza ago, né cappuccio (Cat. II):**

- Impiegare su tutti i pazienti portatori di CVC per almeno 15 giorni
- Posizionamento su ogni via di accesso alle rampe multivie o sulla seconda via del CVC
- Sostituzione delle linee d'infusione a monte del connettore: ogni 24-72 ore (o secondo le indicazioni delle ditta produttrice). Eventualmente, far coincidere la sostituzione di tutto il set con il rinnovo giornaliero dell'infusione parenterale
- Sostituzione del connettore senza ago e bustina di protezione (porre la data sulla bustina) e delle rampe di raccordo multivie: ogni 7 giorni\* (o circa 100 accessi)
- Coltura della punta CVC rimasto in sede >5 giorni
- Registrazione tipo e sede del CVC, data impianto e rimozione, causa rimozione
- Registrazione del tipo principale di utilizzo, registrazione del tipo di soluzioni infuse
- Registrazione fenomeni di emolisi, di entrata dell' aria dall'esterno, di ritorno ematico
- Registrazione n° di accessi
- Valutazione neutropenia pazienti, registrazione eventuali infezioni catetere-correlate.

**Raccomandazioni per la gestione ed utilizzo di un nuovo connettore: applicare sempre buona pratica clinica di prevenzione delle infezioni. Applicare tecniche standard di asepsi. (Cat. IA)**

**Eseguire prima di ogni accesso la disinfezione della superficie della valvola del connettore con antisettico , il tampone deve essere monodose.**

**Prodotti indicati:**

- **Clorexidina gluconata 2 - 5%.** Disinfettare il sito d'inserimento con tampone sterile imbibito di clorexidina, lasciare asciugare.
- **Alcool Isopropilico 70 %.** Disinfettare per 2-5 secondi il sito d'inserimento con tampone sterile imbibito di alcool.
- **Bergamon alcool 70 % (Isopropilico).** Disinfettare per 2-5 secondi il sito d'inserimento con tampone sterile imbibito di soluzione.
- **PVP Iodio 10% soluz. alcolica (Braunoderm).** Disinfettare il sito d'inserimento con un tampone sterile imbibito di PVP 10%. Far asciugare la soluzione per 1-2 minuti

**Metodi di disinfezione, in ordine d'efficacia:**

- 1° Combinazione di clorexidina 2% (spray), (oppure PVP 10%) seguita da tamponi imbibiti di Alcool Isopropilico 70%;
- 2° Disinfezione con solo Alcool Isopropilico al 70%
- 3° Disinfezione con solo PVP 10%

**Tecnica di esecuzione (in asepsi) .** Il tampone imbibito di soluzione va strettamente applicato e ruotato di 180° per ± 5 volte sulla superficie di silicone e sui bordi di chiusura del connettore.

**Disinfezione e connessione**

Disinfettare prima di ogni connessione la superficie di raccordo con uno dei metodi suggeriti, (meglio se il 1° metodo), eseguire le manovre di connessione secondo istruzioni del produttore.

**Eliminare l'aria dal connettore**

Riempire lo spazio (0,06 cc) all'interno del connettore con fisiologica sterile o aspirare con la siringa per eliminare l'aria (secondo protocollo).

**Tecnica:**

1. togliere il connettore dalla confezione e attaccare al luer femmina del connettore un deflussore o una siringa con fisiologica;
2. riempire lo spazio interno del connettore per espellere l'aria;
3. togliere il cappuccio protettivo dal luer maschio (se presente) e attaccare il luer maschio all'accesso(rubinetto, rampa o catetere).

**Tecnica per l'utilizzo:**

Per connettere siringhe o deflussori con attacco luer slip occorre premerli con decisione e farli ruotare per un quarto di giro in senso orario. Per disconnettere il luer semplice ruotare semplicemente sempre in senso orario, senza fare alcuna pressione.

Per la pervietà del sistema, eseguire il lavaggio con fisiologica dopo infusioni viscose, emoderivati, sangue, ecc....).

Disconnettere le siringhe con tecnica di pressione positiva per evitare la formazione di coaguli nell'estremità distale del catetere venoso (centrale o periferico). Alla fine della somministrazione con siringa occorre effettuare una pressione positiva continuando ad infondere nel momento della disconnessione.

- Non incappucciare con tappini
- Non usare aghi (in caso di perforazione con ago , il connettore va subito sostituito)

**Lavaggio del connettore**

Tecnica:

- 1) Connettere la siringa con la soluzione di lavaggio,
- 2) effettuare il lavaggio secondo protocollo;
- 3) sconnettere la siringa dal connettore mantenendo una pressione positiva sullo stantuffo.

Compatibilità del connettore:

- con siringhe con attacco luer- look o luer-slip (luer semplice), con vacutainer
- compatibile con RMN
- è latex-free

**N.B. L'impiego del connettore senza ago può presentarsi di uso difficoltoso in circostanze critiche, per esempio: nel periodo post-operatorio, nella necessità di somministrare infusioni rapide, nella necessità di avere disponibili diversi accessi, ecc..**

**21. ALLEGATI E MODULI UTILIZZATI**

| <b>LETTERA</b> | <b>TITOLO</b>                                       | <b>CODICE</b> |
|----------------|---|---------------|
|                | Guida antisettici e disinfettanti                   |               |
|                | Protocollo per il lavaggio delle mani               |               |
|                | Protocollo smaltimento rifiuti ospedalieri trattati |               |
|                | Protocollo gestione connettore senza ago            |               |

## **Le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti**

| <b>Accessi Venosi Centrali</b>      | <b>Accessi venosi periferici</b> | <b>Mobilizzazione e piaghe da decubito</b>       |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Catetere vescicale</b>           | <b>Gestione stomie</b>           | <b>Gestione malattie contagiose ed infettive</b> |
| <b>Gestione rifiuti ospedalieri</b> |                                  |  |

Coordinatori del progetto:

**Patrizia Ciccanti - Presidente Collegio IPASVI di Ascoli Piceno  
Elio Capecci - Vice presidente Collegio IPASVI di Ascoli Piceno**

Curriculum degli autori:

**Mazzufero Fabio**