



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA



Prot. n. 2108/GP/pm

Bologna, 8 giugno 2019

Dott. Anselmo Campagna

Responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna Sede

Oggetto: Osservazioni al documento "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari Bozza al 30 aprile 2019"

Gentilissimo dott. Campagna,

A seguito della Sua richiesta di valutazione del documento in oggetto, Le accludo le osservazioni effettuate dal Consiglio Direttivo di quest'Ordine qui di seguito riportate:

### **Considerazione iniziale**

Si sottolinea come non siano necessarie nuove linee guida sugli accessi venosi, dal momento che da anni sono presenti informazioni molto dettagliate e autorevoli nel sito GAVe CeLT Società Italiana Multidisciplinare sugli Accessi Venosi a breve medio e lungo termine, nonché recenti Linee Guida specifiche sono state pubblicate sul sito SIAARTI (Società Italiana degli Anestesisti Rianimatori) per il medico e l'infermiere in area critica. Il documento della regione Emilia Romagna consta di ben 160 pagine, redatte da un gruppo non multidisciplinare molto ristretto, e non è dato di conoscere quanti, tra i componenti, siano quelli che abbiano una effettiva esperienza di impianto cateteri ed abbiano conseguito un master universitario specifico sulla materia.

Di seguito riportiamo alcuni **rilevi dal testo**:

### **Introduzione**

Si parla di uno **scenario terapeutico** in rapida evoluzione per trattamenti quali chemioterapia, nutrizione parenterale totale, terapie antimicrobiche di lunga durata. Se ne deduce che ci si riferisce ad una popolazione di pazienti anche critici con

**definite scelte strategiche** che necessitano di **professionisti preparati in grado di valutare interazioni complesse** (pag. 8). Tali premesse permettono di considerare che siano dunque necessari **atti medici complessi da svolgersi da medici adeguatamente formati**.

### Obiettivi

L'obiettivo delle linee di indirizzo parrebbe quello di **indicare la struttura organizzativa e le competenze dei professionisti dedicati** (Pag 8), **ma si arriva all'ultima pagina senza che si riesca ad evincere quale possa essere effettivamente l'organico e l'organizzazione di un Centro TAV (Team Accessi Vascolari)**.

### Studio del contesto regionale

Viene riportata una rilevazione della situazione regionale di questa attività, e da questa si evince come nella maggior parte delle realtà indagate sia l'infermiere che si occupa di impiantare il device e può decidere autonomamente in base a criteri codificati in una **check list** (pag. 9 - molto riduttivo).

### Informativa e consenso

Sebbene al processo informativo, con raccolta del consenso informato del paziente, si affermi che possono concorrervi diverse professionalità facenti parte dell'equipe, e come questo sia di **esclusiva pertinenza del medico proponente ed esecutore** (pag 25), per contro più avanti si dice "Nella maggior parte dei casi è **l'infermiere** che si ritrova a spiegare la procedura, le possibili complicanze e **raccogliere il consenso** (pag. 100). Naturalmente questo genera confusione dei ruoli, quindi chi, ad avviso degli estensori delle linee guida regionali dovrebbe raccogliere il consenso? Il medico o l'infermiere?

### Verifica esatta posizione della punta del catetere venoso centrale

E' ben noto come un punto importante dell'impianto di un catetere venoso centrale sia la corretta posizione della sua punta terminale: questa deve essere portata a livello del terzo prossimale della vena cava, mentre **se il catetere posizionato nella vena cava distale il rischio di trombosi è elevato**.

La posizione della punta può essere stabilita con due metodiche

- 1) ECG intracavitario e si legge: "**medici o infermieri** con documentata competenza possono verificare la posizione **interpretando** il tracciato **dell'ECG intracavitario**" (INS 2016) (pag 28) ma la valutazione di un ECG è di **esclusiva competenza medica**.
- 2) Rx-Torace in cui sembra che la responsabilità dell'impianto corretto sia in capo al medico radiologico, e non a chi ha eseguito l'impianto.

### Modalità clinico-organizzative del Team Accessi Vascolari

Un Team multi-professionale multidisciplinare che veda coinvolti medici e infermieri specialisti nell'impianto e nella gestione rappresenta certamente un valore aggiunto

per l'appropriatezza delle procedure e tale impostazione è naturalmente condivisibile. Il TAV ha un responsabile medico, un coordinatore infermieristico e degli operatori, ma si rimane nel **vago** quanto alle competenze concepite od attribuibili ai diversi operatori. Si conclude che **il medico ha la responsabilità dei casi complessi e delle complicanze** (pag 36) senza specificare con precisione il "chi fa cosa" che deve essere precisamente dichiarato con un documento di Responsabilità e Autorità (secondo le linee della Qualità ISO)

### **PICC complicanze controindicazioni**

Vengono descritte le controindicazioni e la loro complessità (Pag 61): Insufficienza renale cronica, Sindrome mediastinica, Pazienti portatori di PM, e per le complicanze, puntura accidentale nervo mediano con danno funzionale di varia entità, o nervo cutaneo mediano e puntura accidentale di arteria brachiale (arteria singola) (pag. 62).

Il percorso metodologico per definire il profilo di competenza dell'infermiere del TAV è troppo complesso non sono chiare le conclusioni (pagg. 98-99). Come noto **l'infermiere non ha una preparazione culturale (derivante dal corso di studi) sufficiente per affrontare tutti gli scenari clinici diversi e complessi, nonché per trattare le complicanze.**

### **L'uso dell'ecografia per il posizionamento dell'impianto**

L'uso dell'ecografia, in qualunque contesto e per qualunque motivazione avvenga, è un **Atto Medico**, come già dichiarato dalle Società scientifiche SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) e SIUMB (Società Italiana di Ultrasonografia in Medicina e Biologia) nel documento che si allega a firma dei rispettivi Presidenti nonché dal documento della Commissione Medico Legale dell'OMCeO di Bologna fatta propria dal Consiglio Direttivo e già trasmessa da questo Ordine.

### **Anestesia locale**

Viene descritto l'uso di farmaco anestetico locale durante la procedura, **ma l'infermiere non può decidere quale ne' può iniettare, senza una prescrizione medica, un farmaco in autonomia.**

### **Refertazione**

Non è mai menzionata. Non vi è alcun riferimento alla stesura e firma di un referto, cosa che è anch'essa sempre in capo al medico. Chi deve redigere il referto? chi ha la responsabilità dell'impianto? (Terzo paragrafo a pag. 101). Si evidenzia la necessità da parte degli infermieri di acquisire una competenza sul lavoro in rete, ma non è chiaro per quale motivo; forse ci si riferisce alla compilazione di un referto in rete? Cosa anche questa non corretta. A pag 102 ultima riga sembra che gli infermieri partecipanti al TAV abbiano come requisito obbligatorio un Master.

### **Mancate risposte e suggerimenti da parte dell'Ordine di Bologna**

Le linee guida sulle buone pratiche sono così necessarie? Più che ribadire le buone pratiche si ritiene sia urgente, viste le premesse, prendere atto che necessitano, in ogni ospedale e sul territorio, un numero adeguato di cateteri e necessita chiarire come far fronte a questa esigenza. Una soluzione potrebbe essere una sala chirurgica o un ambulatorio dedicato e bene attrezzato che lavori ogni giorno dalle ore 8.00 alle 16.00 e possa coprire eventuali carenze di organici con sedute aggiuntive retribuite.

Le figure professionali nel gruppo regionale che ha stilato il documento dovrebbero essere molteplici e multidisciplinari, ma sono adeguatamente rappresentate? A nostro avviso dovrebbe esserci un medico ed un infermiere dei principali ospedali regionali, un rappresentante dei medici radiologi, un medico legale una rappresentanza sindacale.

Si ritiene indispensabile chiarire quali figure svolgono le seguenti mansioni: chi prende il consenso, chi esegue l'impianto, quali requisiti dovrebbe avere il medico responsabile di un TAV, quali requisiti dovrebbe avere l'infermiere che fa parte del TAV, chi redige il referto, quale ruolo ha il medico radiologo

### **Proposta costruttiva per garantire la sicurezza del paziente**

Deve essere sempre presente un medico responsabile che vaglia l'indicazione, decide la scelta dell'impianto (MIDLINE MINIMIDLINE o PICC), deve sempre essere presente e controlla l'esecuzione della procedura. L'impianto di un catetere venoso centrale non può essere fatto dall'infermiere, che può impiantare solo un MINIMIDLINE.

Il medico responsabile del TAV, i medici e gli infermieri che impiantano dovrebbero avere un Master ed aggiornamento continuo. L'adeguatezza della formazione dovrebbe essere a carico dell'azienda. Il medico decide se per stabilire il corretto posizionamento è sufficiente la metodica ECG intracavitario o Rx-Torace e redige il referto. Gli infermieri tutti dovrebbero essere aggiornati sulla gestione per il contenimento delle complicanze in particolare infettive. L'infermiere del TAV partecipa attivamente alla gestione, segnala le complicanze che vengono trattate secondo le direttive del medico. Per la legislazione ed i percorsi formativi universitari attuali, le figure infermieristiche non possono autonomamente decidere né assumersi la completa responsabilità dell'atto complesso che è l'impianto di un accesso venoso.

### **Le conclusioni in sintesi:**

- 1) l'indicazione al CVC è sempre compito del medico il CVP può essere indicato anche dall'infermiere;
- 2) responsabile del team deve essere sempre il medico;
- 3) consenso informato: l'infermiere spiega la metodica con l'ausilio dei supporti informativi, ma è il medico che raccoglie il consenso definitivo;
- 4) impianto di tutti i CVC viene condotto da parte del medico formato;
- 5) impianto di CVP a vista da parte dell'infermiere;

- 6) se per impiantare un CVP è necessario l'utilizzo di strumentazione diagnostica, allora diventa compito del medico, perché diventa "atto complesso";
- 7) la valutazione degli aspetti di posizionamento, con metodiche ecografiche radiologiche o ECG, è sempre di competenza del medico formato;
- 8) l'ecografia è un atto medico che richiede competenze diagnostiche;
- 9) la refertazione dell'avvenuto impianto è sempre di competenza medica non delegabile;
- 10) la rimozione del CVC viene decisa e condotta dal medico, quella del CVP anche dall'infermiere.
  
- 11) deve essere descritta in maniera precisa quale formazione sia necessaria per il medico impiantatore, che può non necessariamente essere un'anestesista rianimatore, ma deve avere competenza nell'uso di ecografia, ECG, terapie mediche di urgenza, piccole manovre chirurgiche; può essere formato anche mediante corsi interni aziendali, purché questi siano tenuti da altri colleghi esperti provvisti di master;
- 12) l'infermiere del team deve essere formato dal medico provvisto di master e, per le sole competenze infermieristiche, da infermiere esperto di team
- 13) si considerino infine anche eventuali aspetti di natura sindacale e ordinamentale: 1- i medici responsabili dei team e quelli formati per impiantare potrebbero avere riconosciuta una posizione di alta specializzazione; 2- attribuire compiti del medico a figure non mediche comporta un impatto verso le normative ordinamentali e deontologiche.

Cordiali saluti,

Il Presidente  
Dott. Giancarlo Pizza

