

Roma, 05/03/2026

Lettera della Presidente SIAARTI ai Soci

Il ruolo strategico dei Team Accessi Vascolari per la sicurezza e la qualità delle cure

Cari Soci,

la gestione degli accessi vascolari rappresenta oggi uno degli ambiti più rilevanti della pratica clinica quotidiana in anestesia, rianimazione e medicina perioperatoria. Si tratta di una competenza centrale per i nostri professionisti e di un elemento fondamentale per garantire sicurezza, appropriatezza terapeutica e qualità dell'assistenza ai pazienti.

Negli ultimi anni, l'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione, l'aumento della cronicità e lo sviluppo delle terapie endovenose anche in ambito territoriale hanno reso sempre più evidente la necessità di modelli organizzativi strutturati e integrati per la gestione degli accessi vascolari.

In ambito ospedaliero, studi riportano che circa il 70–90% dei pazienti ricoverati¹ riceve almeno un accesso venoso nel corso della degenza. L'accesso vascolare rappresenta la procedura invasiva più comunemente eseguita in ambito ospedaliero e costituisce un elemento imprescindibile della medicina moderna, sia per la somministrazione di terapie farmacologiche sia per il monitoraggio emodinamico e la nutrizione parenterale.

I programmi di "home-infusion / outpatient-infusion" evidenziano una domanda crescente di terapia endovenosa anche al di fuori dell'ospedale² alimentata dall'incremento dei malati cronici e fragili con bisogni di salute complessi che hanno bisogno di terapia endovenose protratte anche a domicilio.

L'Italia ha una delle percentuali più alte di popolazione anziana nell'Unione Europea³ con circa il 24% della popolazione attuale di età superiore ai 65 anni⁴. Parallelamente, è previsto un incremento significativo dell'incidenza di malattie oncologiche, stimato fino al 53%⁵ entro il 2040. Il numero di pazienti nel mondo che necessitano di un primo ciclo di chemioterapia all'anno aumenterà da 9,8 milioni a 15,0 milioni, con un aumento relativo nella popolazione anziana più che in quella giovane.⁶

Questo scenario demografico ed epidemiologico rende la gestione degli accessi vascolari un tema di rilevanza strategica per il Servizio Sanitario Nazionale.



PRESIDENZA
PROF.SSA ELENA BIGNAMI
presidenza@siaarti.it

SEDE LEGALE e SEGRETERIA
Via del Viminale, 43
00184 ROMA (Italy)

Tel. +39 06 44 52 816
segreteria@siaarti.it

www.siaarti.it

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA
ANALGESIA, RIANIMAZIONE
E TERAPIA INTENSIVA
P. IVA 09114630016
Cod. Fisc. 80411520580

L'organizzazione di un servizio consente di gestire il problema. La scelta appropriata del device, il corretto impianto, la gestione e la sorveglianza strutturate riducono complicanze, giornate di degenza, consumo di antibiotici, ospedalizzazioni e costi sanitari. Da ricordare che riferirsi in maniera generica al termine "accessi vascolari" può ingenerare confusione e, conseguentemente, minore sicurezza e qualità nell'offerta di cura. Con il termine "accessi vascolari" ci si riferisce, infatti, ad un ampio spettro di devices e tecniche di impianto che spaziano dalle meno invasive, semplici nell'esecuzione ed economiche, a quelle ben più complesse ed invasive che richiedono materiali costosi, skills e know how specifici, nonché tecniche di impianto strutturate.

Tuttavia, nel nostro Paese l'impianto e la gestione degli accessi vascolari sono strutturati ancora in modo eterogeneo e spesso dipendente dall'organizzazione locale dell'Azienda Sanitaria, con modelli che variano da attività di impianto realizzate principalmente in sala operatoria ad attività più strutturate di team specialistici multidisciplinari e modelli organizzativi integrati di Team Accessi Vascolari (TAV) ospedale-territorio.

Questo risultato è confermato dalla survey "Gestione degli accessi vascolari" proposta da SIAARTI nel Giugno 2025 dalla quale è emerso che nel 65% dei casi il problema accesso venoso difficile investe molto frequentemente gli anestesisti rianimatori. Il 59% delle aziende possiede un Team Accessi Vascolari e, laddove istituito, il team leader è generalmente un anestesista rianimatore.

Gli accessi vascolari rappresentano pertanto una competenza consolidata, ma non ancora organizzata in modo sistematico e standardizzato all'interno delle realtà sanitarie italiane.

La presente informativa intende preannunciare una proposta di un modello standardizzato di Team Accessi Vascolari da elaborarsi con l'obiettivo di garantire la sicurezza delle cure e standard omogenei su scala nazionale, in coerenza con le linee guida internazionali "Association of Anaesthetists guidelines: safe vascular access 2025"¹⁰, che pongono al centro governance, competenze certificate, scelta appropriata del dispositivo, monitoraggio complicanze e indicatori.

A nostro avviso, gli obiettivi della proposta dovranno essere:

- definire un modello organizzativo di riferimento per la creazione del TAV aziendale, promuovendo l'istituzione formale del servizio, con mandato e budget dedicati e definendo le responsabilità dei professionisti che ne fanno parte.
- definire alcune specificità connesse all'ambito specialistico pediatrico
- documentare la necessità di informatizzazione del Servizio, integrando i dati ritenuti indispensabili per la corretta compilazione del referto, includendo elementi utili al follow-up del paziente portatore di catetere venoso

- descrivere il ruolo del TAV a favore del territorio, in osservanza del DM 77/2022, anche attraverso strumenti di telemedicina e teleassistenza
- delineare gli aspetti normativi e medico-legali a garanzia della sicurezza dei pazienti e dei professionisti sanitari.

CONTESTO E SETTING DI RIFERIMENTO

Nel 2021 la Regione Emilia-Romagna ha pubblicato il documento “Buone pratiche per la gestione degli accessi vascolari”⁷, definendo il ruolo e le responsabilità dei professionisti all’interno del TAV. Tale documento, che è frutto del lavoro congiunto di 13 Società Scientifiche, esperti nazionali ed ordini professionali medici ed infermieristici, rappresenta un modello concreto e già implementato che può essere preso come riferimento per la realizzazione dei TAV a livello nazionale.

Nel 2026, l’evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale richiede un ulteriore passo avanti con la creazione di strutture capaci di garantire continuità di cura tra ospedale e territorio, standard di sicurezza elevati ed omogeneità dei processi assistenziali. In questa prospettiva, il Decreto Ministeriale 77/2022⁸ e il PNRR – Missione 6 (Salute)⁹ rappresentano la cornice nazionale per la ridefinizione dell’assistenza territoriale, introducendo nuovi setting organizzativi (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, ADI) orientati alla presa in carico di pazienti cronici complessi e fragili.

A livello internazionale, le linee guida dell’Association of Anaesthetists 2025¹⁰ raccomandano esplicitamente che ogni ospedale istituisca un team dedicato di specialisti in accessi vascolari con un responsabile clinico designato, sottolineando che gli anestesisti rianimatori sono nella posizione migliore per guidare questo approccio multidisciplinare. Le linee guida evidenziano inoltre come team dedicati all’interno di un sistema sanitario possano avere un effetto positivo su molteplici servizi e percorsi assistenziali, includendo: approccio olistico all’accesso vascolare, centralizzazione delle competenze, miglioramento della salute venosa a lungo termine, riduzione delle complicanze, miglioramento dell’esperienza del paziente, riduzione della durata della degenza e supporto alle terapie ambulatoriali.

In questo contesto, come condiviso con AAROI-EMAC, nella presente informativa si propone un modello organizzativo che si inserisce pienamente nella riforma dell’assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022, sviluppando percorsi sia verticali (ospedalieri) sia orizzontali (territoriali), con governance clinica condivisa e processi standardizzati. L’accesso vascolare rientra a pieno titolo in questi percorsi di integrazione ospedale-territorio.

SERVIZI ACCESSI VASCOLARI: DEFINIZIONE E OBIETTIVI, TEAM, SETTING

Le numerose metodiche di impianto (ciascuna con precise indicazioni, rischi e costi) e la complessità organizzativa di un livello assistenziale che attraversa ospedali e territori, rendono urgente l'istituzione in ogni Azienda Ospedaliera di un team multidisciplinare, composto da medici ed infermieri, con competenze avanzate negli accessi vascolari con un Responsabile clinico-organizzativo designato¹⁰.

Il Responsabile deve essere in grado di gestire a gli aspetti organizzativi e manageriali dell'assistenza a pazienti di diverso grado di complessità ma anche conoscere indicazioni, limiti e rischi di tutti gli accessi vascolari oggi disponibili, definire l'appropriatezza prescrittiva ed includere la presa in carico di complicanze. In quest'ottica la figura dell'Anestesista-Rianimatore racchiude in sé competenze specifiche legate agli accessi vascolari nella loro intera complessità clinica, organizzativa, diagnostica, terapeutica e gestionale con attitudine alla delega sotto responsabilità e supervisione (conoscenza di indicazioni, dispositivi, anatomia specifica, utilizzo degli ultrasuoni, competenze in ambito preventivo e prescrittivo di infezioni e terapie antibiotiche, autonomia diagnostica e terapeutica nella gestione della pressoché totalità delle complicanze).

L'istituzione di un TAV dedicato che applica protocolli evidence-based di inserimento e mantenimento di cateteri vascolari, migliora sicurezza, efficienza e appropriatezza d'uso dei cateteri venosi, riducendo le complicanze (infezioni, fallimenti e ripetuti tentativi) e garantendo la standardizzazione e la formazione.¹¹ I professionisti membri del team condividono obiettivi, metodologie e criteri di appropriatezza prescrittiva nel rispetto dell'integrazione delle differenti competenze.

Tra le complicanze, un ruolo ed una competenza particolari sono riservate alla prevenzione Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), elemento fortemente connesso alla spesa sanitaria¹², alla percezione della qualità dell'assistenza, alla mortalità intraospedaliera¹³. Complicanze come CLABSI/CRBSI e infezioni locali aumentano morbidità¹⁴, prolungano la degenza¹⁵ e incrementano i costi. In questo ambito il TAV ha un ruolo strategico: confluenza dati e utilizzo degli stessi a fini di prevenzione, risk management, antimicrobial stewardship¹⁶, formazione attiva a tutto il personale sanitario sulle tecniche raccomandate in grado di ridurre le contaminazioni.^{17,18}

Le direzioni sanitarie possono considerare l'implementazione di un servizio accessi vascolari come parte di una strategia complessiva di riduzione delle ICA correlate a catetere venoso poiché non basta l'adesione a singole pratiche: serve un approccio coordinato a livello di sistema che il servizio accessi vascolari può fornire.¹⁹

Il grado di rischio infettivo correla maggiormente con il setting (ambulatoriale vs. ricoverato vs. extraospedaliero) che con la tipologia di catetere scelto²⁰. Ciò richiama l'attenzione sulla

corretta gestione ai cateteri venosi, vero elemento incisivo sul rischio infettivo correlato a catetere ed a qualsiasi altro dispositivo che il paziente abbia necessità di utilizzare²¹.

Il setting ideale consigliato per l'operatività del TAV include:

- ✓ un ambulatorio per il posizionamento dei cateteri venosi
- ✓ un ambulatorio per la gestione (medicazioni, lavaggio, consulenza)
- ✓ almeno un carrello dedicato alle attività di impianto e per le attività bedside
- ✓ almeno un ecografo dedicato

Nel ricercare la massima efficacia delle strategie di prevenzione infezioni è consigliabile che gli ambulatori siano dedicati, lontani e/o non ospitino altre attività considerate "sporche" (ambulatori chirurgici, urologici, ginecologici)²².

A seconda che il TAV venga concepito in Aziende Territoriali o in Aziende Ospedaliere, esso assume connotazioni differenti:

- ✓ **Aziende Territoriali:** i servizi ambulatoriali potranno essere dislocati in aree differenti dell'azienda, collocati in presidi ospedalieri o in strutture territoriali. Per ragioni di sicurezza è opportuno che al di fuori dei presidi ospedalieri vengano eseguiti i soli accessi vascolari ad ingresso periferico, per i quali non esiste un rischio di complicanze che possano necessitare di centralizzazione per la loro risoluzione. Le attività ambulatoriali sono rivolte sia ai pazienti degenti che ai territoriali e deve essere garantito l'accesso all'utenza esterna.
- ✓ **Aziende Ospedaliere:** i servizi ambulatoriali potranno essere dedicate all'utenza degente in modo prevalente o sostanziale, a seconda delle esigenze strategiche ed alla disponibilità di personale, considerando il forte investimento nelle attività territoriali messo in atto dal Servizio Sanitario Nazionale.

Struttura organizzativa del Team Accessi Vascolari

La struttura organizzativa del TAV è ben riconoscibile nelle "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari"⁷; un documento nato dal lavoro congiunto di 13 Società Scientifiche, esperti nazionali ed ordini professionali medici ed infermieristici.

"Il funzionamento del team medico-infermieristico a livello aziendale dipenderà dalla vastità, dalle caratteristiche territoriali dell'Azienda, dai volumi e dalla tipologia delle attività correlate agli accessi vascolari. L'adeguato funzionamento del TAV sarà in capo ad un Responsabile medico clinico-organizzativo e ad un Infermiere con funzione di coordinamento. Il TAV ha componenti stabili (medici e infermieri) con competenze avanzate sulla gestione degli accessi vascolari che si occupano di posizionamento, consulenza e follow up e componenti variabili

con funzione consulenziale (ad es: Farmacista, Angiologo, Infettivologo, Radiologo, Oncologo, Nutrizionista, ecc.) che possono intervenire, su richiesta, in caso di necessità.”

Il documento prosegue nel disegnare il profilo dei diversi componenti, definendoli nel dettaglio in materia di compiti e responsabilità.

Specificità del Team Accessi Vascolari Pediatrici

La popolazione pediatrica e neonatale rappresenta una popolazione che differisce da quella adulta per specifiche caratteristiche anatomiche, fisiologiche e cliniche, e pertanto richiede personale qualificato per mantenere gli standard qualitativi e di sicurezza necessari²³.

La figura del medico anestesista rianimatore è essenziale, in quanto spesso il paziente necessita frequentemente per la procedura di anestesia o sedazione.

In particolare, la gestione di pazienti con età ≤ 3 anni, con ASA >2 , in assenza di competenze specialistiche come definite dal documento sopra citato, rende necessaria la centralizzazione del paziente presso centri con consolidata esperienza pediatrica o di gestione del percorso chirurgico pediatrico.

Durante la procedura, la complessità clinica del paziente e/o della procedura richiede la presenza di un Medico Anestesista con esperienza pediatrica dedicato esclusivamente agli aspetti clinici (sedazione farmacologica, gestione delle vie aeree, ecc) e di un sanitario dedicato all'impianto del catetere vascolare²⁴.

È quindi necessario che un Team Accessi Vascolari Pediatrico abbia un percorso formativo specifico che preveda anche un training pratico, visto le peculiarità tecniche dell'incannulamento vascolare pediatrico e neonatale.

Aspetti ulteriori da considerare includono:

- a) è opportuno che ogni Centro sia dotato di una specifica procedura per la scelta del tipo di accesso vascolare in base alle esigenze cliniche (di tipo diagnostico e/o terapeutico) del paziente. La supervisione di questo delicato aspetto deve essere affidata a un medico esperto;
- b) l'impianto di accessi vascolari in ambito pediatrico richiede specifica padronanza delle tecniche ecografiche “bedside” e la disponibilità di sonde adeguate alle differenti taglie corporee (sonda lineare per adulti e sonda lineare pediatrica tipo “hockey stick”).

SOFTWARE DATABASE, RACCOLTA DATI E DOCUMENTAZIONE CLINICA

Una raccolta dati accurata e sistematica è fondamentale per una cura sicura ed efficace dell'accesso vascolare¹⁹. Numerose linee guida²⁵ raccomandano la redazione di documenti dettagliati sulla manovra di impianto e sulle manutenzioni eseguite su catetere venoso.

E' dimostrato che standardizzare la documentazione sulla base delle migliori evidenze disponibili migliora la coerenza dell'assistenza e potenzia l'apprendimento del team²⁶.

Studi su modelli informatici di referto per cateteri venosi centrali hanno dimostrato un aumento della completezza della documentazione dal 38% al 93%²⁷.

Dall'analisi del territorio nazionale emerge difformità nella raccolta dati e nella modalità di registrazione (elettronica vs. cartacea). È necessario raggiungere un viraggio completo all'informatizzazione dei dati e garantire il dialogo delle piattaforme software in commercio con gli applicativi di cartella clinica informatizzata e con quelli gestionali dedicati ai pazienti territoriali. È inoltre sarebbe indispensabile l'utilizzo di piattaforme che consentano il dialogo tra strutture differenti (ospedaliere e territoriali) e tra professionisti differenti, con coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Inoltre, si ritiene appropriata l'integrazione di strumenti di supporto decisionale, nella cartella clinica elettronica, per standardizzare la selezione del catetere e facilitarne la scelta.²⁸ Le cartelle cliniche informatizzate, inoltre, dovrebbero includere tra i parametri: la registrazione dell'visual exit-site score²⁹ e del visual infusion phlebitis score³⁰, già in utilizzo in molte realtà europee, implementando tutte le manovre efficaci nella prevenzione delle complicanze con buon livello di evidenza^{31 32}.

L'obbligo documentale può essere riassunto come segue³³:

- ✓ **Impianto:** indicazione d'uso, data e ora di inserimento, tecnica di inserimento (ad es. tecnica di visualizzazione del vaso), numero di tentativi, tipo di catetere, numero di lumi, lunghezza e calibro, materiale, numero di lotto. Identificazione del sito di inserimento utilizzando descrittori anatomici (lateralità e scelta del vaso, posizione exit site), tunnellizzazione, posizione della punta del catetere, pervietà/funzionalità del catetere, tipo di medicazione e metodo di fissaggio.
- ✓ **Manutenzione:** documentare la valutazione continua della cute intorno all'exit site, dell'integrità della medicazione e del fissaggio, della lunghezza del catetere esterno (notando eventuali discrepanze rispetto alla lunghezza documentata al momento dell'inserimento), del cambio della medicazione, di ciò che il paziente riferisce su disagio/dolore, eventuali modifiche relative al funzionamento del catetere venoso.
- ✓ **Complicanze precoci e tardive:** valutazione standardizzata di segni e sintomi, data di diagnosi, terapie prescritte, follow-up, eventuali esami aggiuntivi in caso di complicanze infettive, eventuali consulenze esterne, con possibilità di allegare

fotografie, immagini ecografiche, in conformità con le policy aziendali e nel rispetto della privacy.

La registrazione elettronica delle indicazioni, delle check-list³⁴ e la produzione di documentazione dettagliata sulla corretta esecuzione delle manovre invasive è, essa stessa, elemento di miglioramento dell'adesione e del rispetto delle pratiche cliniche³⁵, con lo scopo comune del miglioramento delle pratiche³⁶ di prevenzione infezioni e del monitoraggio stretto delle complicanze infettive.

ACCESSI VASCOLARI E TERRITORIO: SERVIZIO DOMICILIARE E TERRITORIALE

All'interno della trasformazione dell'assistenza ai pazienti fragili, storicamente troppo "ospedale-centrica", emerge forte la necessità di strutturare dei TAV in grado di posizionare e gestire gli accessi vascolari non solo in ospedale ma anche e soprattutto, laddove indicato, a domicilio e/o nelle nuove strutture dedicate all'assistenza territoriale.

Oltre ad essere dedito alle attività ospedaliere, il Team Accessi Vascolari dovrebbe essere parte attiva nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi ambulatoriali a favore del territorio, con l'obiettivo di ridurre i trasporti sanitari evitabili, ottimizzare le risorse e migliorare la soddisfazione dell'utenza.

Il Team dovrebbe avere un ruolo attivo nella formazione dei caregiver e nella promozione di utilizzo di soluzioni di telemedicina e teleassistenza finalizzate, alla riduzione di spesa, all'ottimizzazione delle risorse, al miglioramento dei servizi alla popolazione.

La presenza di un Team Accessi Vascolari trasversale, operativo sia in ospedale sia nel territorio, risponde esattamente alla necessità del DM 77/2022 di sviluppare percorsi verticali (ospedale) + orizzontali (territorio) garantendo standard comuni, continuità assistenziale e sicurezza delle cure. Il DM 77 prevede reti integrate ospedale-territorio con governance clinica condivisa e processi standardizzati. L'accesso vascolare rientra pienamente nei percorsi.

TELEMEDICINA E TELEASSISTENZA: NUOVE PRESTAZIONI E RUOLO DEL CAREGIVER

Teleconsulto

Nel contesto clinico degli accessi vascolari è essenziale lo sviluppo del teleconsulto, definito come: *"prestazione di telemedicina che consiste in un atto medico svolto a distanza, caratterizzato dall'interazione tra uno o più professionisti sanitari per condividere informazioni"*

cliniche su un paziente, formulare indicazioni diagnostiche e/o terapeutiche e, se necessario, fornire una second opinion specialistica”³⁷.

L'utilizzo codificato e registrato di questa modalità di assistenza farà emergere numerose attività di consulenza e sarà particolarmente utile nelle consultazioni infermiere specialista-medico specialista, connesse a problematiche riguardanti gli accessi vascolari, con importanti ricadute organizzative sull' "accountability" del lavoro svolto e rilevanza medico-legale. Il teleconsulto rafforza il ruolo di supervisione del responsabile clinico anche a distanza, garantendo che le decisioni cliniche siano sempre supportate da competenza medica specialistica.

Teleassistenza

È una forma di assistenza sanitaria a distanza di pertinenza delle professioni sanitarie (ad esempio: infermieri e assistenti sanitari), che si basa sull'interazione da remoto tra il professionista sanitario e il paziente e/o il suo caregiver. La teleassistenza prevede la partecipazione di una figura chiave nella sanità territoriale contemporanea: il caregiver, per la quale si prevedono evoluzioni legislative, tutelari, contrattuali³⁸.

Il caregiver può essere formato dai professionisti sanitari ad eseguire alcune manovre a bassa complessità, per lo più routinarie, garantendo al paziente sicurezza di pari livello. Tutte le manovre eseguite a domicilio possono essere supervisionate dai professionisti sanitari attraverso teleassistenza. Questo può essere utile per verificare che le procedure si svolgano secondo i criteri di appropriatezza, sia come strumento di monitoraggio delle competenze, e come supporto in caso di problematiche o sospetto di complicanze che necessitino di valutazione specialistica. Attraverso la teleassistenza è possibile monitorare l'andamento di una problematica e documentarlo attraverso le immagini. Questa caratteristica deve essere collegata all'utilizzo di una piattaforma software che possa fare da collettore di tutte le informazioni acquisite, a garanzia del paziente, dei caregiver e dei professionisti sanitari.

ASPETTI NORMATIVI E MEDICO-LEGALI

La certificazione delle competenze per i professionisti che inseriscono e gestiscono accessi venosi differisce tra i vari Paesi. In Europa il modello più frequente rispetta le policy istituzionali aziendali.

Per quanto concerne il panorama italiano, il testo si rimette all'attuale quadro giuridico e normativo vigente in termini di responsabilità professionale sanitaria (Legge 24/2017) e alla sua interpretazione giurisprudenziale consolidata (tra cui Cass. SS.UU. 8770/2018).

In questo alveo normativo, la responsabilità del professionista è definita dal rispetto delle buone pratiche e delle linee guida accreditate, nonché dalla capacità di adattare l'intervento alla specifica complessità del caso clinico.

In buona sostanza, rispettare le linee guida accreditate riduce la responsabilità, ma la sentenza n.8770/2018³⁹ ha anche il pregio di fugare i dubbi circa la valida interpretazione applicativa delle linee guida. Dalla lettura della pronuncia emerge il principio secondo cui il sanitario (medico o infermiere a seconda dei casi e dei compiti svolti) sarà ritenuto responsabile dell'evento dannoso ogni qualvolta:

- l'evento dannoso sia conseguenza di comportamento negligente e imprudente, anche per colpa lieve.
- l'evento dannoso sia conseguenza di comportamento privo di perizia quando il caso non sia regolato dalle linee guida. Anche per colpa lieve.
- il sanitario non abbia saputo individuare la linea guida da seguire.
- Il sanitario, nell'applicare una linea guida adatta al caso, non sia stato in grado per colpa grave di eseguirla adattandola al caso specifico.

In considerazione di quanto sopra citato è opportuno che le aziende identifichino le strutture ed i professionisti esperti in modo formale e contribuiscano attivamente alla promozione di percorsi chiari, basati sulle evidenze, che consentano di operare in sicurezza a tutti i professionisti sanitari.

La richiesta del consenso informato e il rispetto dell'autonomia del paziente sono responsabilità fondamentali che dovrebbero guidare ogni aspetto dell'assistenza all'accesso vascolare. Sebbene un ago cannula non necessiti dello stesso livello di consenso formale di un catetere totalmente impiantabile, i pazienti hanno il diritto di comprendere e partecipare alle decisioni relative alle loro cure. La forma del consenso deve essere commisurata all'invasività della procedura, alla sua complessità, alle potenziali complicanze ed alle condizioni del paziente¹⁹. Pur nella variabilità legislativa vigente nei diversi paesi, è ritenuto appropriato che ogni impianto eseguito su patrimonio venoso profondo sia associato a consenso informato, per garantire la tracciabilità delle manovre e l'informazione del paziente e dei professionisti sanitari sulle potenziali complicanze.

Nel mondo anglosassone esistono certificazioni specifiche ottenute attraverso il superamento di uno specifico esame; le più riconosciute sono la VA-BC™ (Vascular Access-Board Certified™) e la CRNI® (Certified Registered Nurse Infusion).

In Francia, ad esempio, l'inserzione di Midline è stata normata tramite lo strumento dei "protocoles de coopération" nel Decreto ministeriale del 4 marzo 2021: "Anestesisti-rianimatori

e infermieri certificati dallo Stato per il posizionamento di Midline". Il ruolo del Medico anestesista è di definire l'indicazione clinica e i criteri di inclusione/esclusione, organizzare il percorso e la sicurezza e garantire la governance clinica del processo. L'infermiere, certificato dopo un apposito percorso formativo dello Stato, esegue e documenta il posizionamento del Midline e contatta il medico anestesista quando ricorrono criteri di rischio/complicanze. In Francia quindi il posizionamento di Midline è un atto delegato/trasferimento di atti in équipe, standardizzato e regolato.

Le linee guida internazionali del 2025¹⁰ raccomandano inoltre che gli schemi di formazione nell'accesso vascolare avanzato siano sviluppati a livello nazionale e, ove appropriato, siano aperti al personale non medico, sempre nell'ambito di un quadro formativo strutturato e supervisionato.

CONCLUSIONE

Alla luce delle evidenze disponibili e delle esperienze organizzative già sviluppate e consolidate in diverse realtà sanitarie, SIAARTI ritiene che la strutturazione di Team Accessi Vascolari multidisciplinari rappresenti un elemento strategico per migliorare la sicurezza delle cure, l'appropriatezza clinica e la qualità dell'assistenza ai pazienti.

In attesa che SIAARTI elabori un documento di Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative (BPCAO) secondo il modello proposto dal CNCG dell'ISS, sviluppato con un approccio multidisciplinare, trasversale e condiviso, il presente contributo intende offrire un riferimento utile alla comunità professionale e alle Direzioni sanitarie impegnate nello sviluppo di modelli organizzativi innovativi e integrati tra ospedale e territorio, in coerenza con l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Cordiali saluti,

Elena G. Bignami

Presidente SIAARTI 2025-2027

Con il contributo di:

Vittorio Cerotto

Elisa Deganello

Edoardo De Robertis

Paolo Finazzi

Emanuele Iacobone

Giada Maspero

Giulia Pedini

Davide Vallati

LISTA DEGLI ACRONIMI

- ADI = Assistenza Domiciliare Integrata
- ASA = American Society of Anesthesiologist
- CLABSI = Central Line-Associated Bloodstream Infection
- COT = Centrali Operative Territoriali
- CRBSI = Catheter-Related Bloodstream Infection
- DM = Decreto Ministeriale
- ICA = Infezioni Correlate all'Assistenza
- PICC = Peripherally Inserted Central Catheter
- PNRR = Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- PO = Presidi Ospedalieri
- TAV = Team Accessi Vascolari

¹ Fernandez-Ruiz M, Carretero A, Diaz D, et al. Hospital-wide survey of the adequacy in the number of vascular catheters and catheter lumens. *J Hosp Med* 2014;9:35–41

² Deep Dive into Outpatient & Home Infusion Services: Comprehensive Growth Analysis 2025-2033
Outpatient & Home Infusion Services by Application (Ambulatory Infusion, Home Infusion), by Types (Short-Term Infusion Therapy, Long-Term Infusion Therapy), by North America (United States, Canada, Mexico), by South America (Brazil, Argentina, Rest of South America), by Europe (United Kingdom, Germany, France, Italy, Spain, Russia, Benelux, Nordics, Rest of Europe), by Middle East & Africa (Turkey, Israel, GCC, North Africa, South Africa, Rest of Middle East & Africa), by Asia Pacific (China, India, Japan, South Korea, ASEAN, Oceania, Rest of Asia Pacific) Forecast 2025-2033 Oct 18 2025

³ Eurostat Statistics Explained. Population structure and ageing. Published February 2024. Accessed November 11, 2024

⁴ ISTAT Istituto Nazionale di Statistica. Resident population by sex, age and marital status as of 1 January 2024. Published 2024. Accessed October 25, 2024. Available at: <http://demo.istat.it/popres/index.php?anno=2021&lingua=ita>

⁵ Estimates of global chemotherapy demands and corresponding physician workforce requirements for 2018 and 2040: a population-based study. Wilson, Brooke E et al. *The Lancet Oncology*, Volume 20, Issue 6, 769 - 780

⁶ International Agency for Research on Cancer. *Cancer Tomorrow*. Available at: <https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en>. Accessed October 16, 2024

⁷ Regione Emilia Romagna - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari 2018

⁸ Decreto Ministro della salute 77/2022

⁹ PNRR – Missione 6 Salute

¹⁰ Andrew J. Johnston et al. - Association of Anaesthetists guidelines: safe vascular access 2025 - *Anaesthesia* 2025; doi:10.1111/anae.16727

¹¹ Infusion Therapy Standards of Practice – 9th Edition - journalofinfusionnursing.com - VOLUME 47; NUMBER 1S; JANUARY/FEBRUARY 2024

- ¹² Epidemiology, medical outcomes and costs of catheter-related bloodstream infections in intensive care units of four European countries: literature- and registry-based estimates. Tacconelli, E. et al. *Journal of Hospital Infection*, Volume 72, Issue 2, 97 - 103
- ¹³ Dadi, N.C.T.; Radochová, B.; Vargová, J.; Bujdáková, H. Impact of Healthcare-Associated Infections Connected to Medical Devices—An Update. *Microorganisms* 2021, 9, 2332.
- ¹⁴ Impact of central-line-associated bloodstream infections and catheter-related bloodstream infections: a systematic review and meta-analysis. Elangovan, S. et al. *Journal of Hospital Infection*, Volume 152, 126 - 137
- ¹⁵ A Systematic Review of Length of Stay Linked to Hospital-Acquired Falls, Pressure Ulcers, Central Line-Associated Bloodstream Infections, and Surgical Site Infections. Hasan, Bashar et al. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, Volume 9, Issue 3, 100607
- ¹⁶ Microbiology of catheter-associated bloodstream infection: differences according to catheter type MacPhail, Aleece et al. *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 148, 107247
- ¹⁷ Rowley S, Clare S. ANTT® standardisation facilitates new efficiencies with a novel partially-sterile standard-ANTT PIVC pack. *Br J Nurs.* 2023;32(7):S4–S10. doi:10.12968/bjon.2023.32.7.S4.
- ¹⁸ Shettigar S, Somasekhara Aradhya A, Ramappa S, Reddy V, Venkatagiri P. Reducing healthcare-associated infections by improving compliance to aseptic non-touch technique in intravenous line maintenance: a quality improvement approach. *BMJ Open Quality.* 2021;10:e001394. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001394>
- ¹⁹ The Association for Vascular Access (AVA) Clinical Practice Guidelines for adults. *JAVA VOLUME 31 JANUARY SUPPLEMENT 2026*
- ²⁰ Chopra V, O'Horo JC, Rogers MA, Maki DG, Safdar N. The risk of bloodstream infection associated with peripherally inserted central catheters compared with central venous catheters in adults: a systematic review and meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34:908–918.
- ²¹ Marshall J, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2022 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022;43(5):553–569.
- ²² Sehulster L, et al. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. *CDC*; 2019.
- ²³ Weiss M, Vutskits L, Hansen TG, Engelhardt T. Safe Anesthesia For Every Tot - The SAFETOTS initiative. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015; 28:302-7.
- ²⁴ Machotta A, Hansen TG, Weiss M; on behalf of the Safetots Initiative. Children's rights – the basis of quality in pediatric anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2023 Jun 1;36(3):295-300.
- ²⁵ Infusion Therapy Standards of Practice; VOLUME 47 | NUMBER 1S | JANUARY/FEBRUARY 2024 journalofinfusionnursing.com
- ²⁶ Sherwood G, Nickel B. Integrating quality and safety competencies to improve outcomes: application in infusion therapy practice. *J Infus Nurs.* 2017;40(2):116–122
- ²⁷ Saliba P, Hornero A, Cuervo G, et al. Interventions to decrease short-term peripheral venous catheter-related bloodstream infections: impact on incidence and mortality. *J Hosp Infect.* 2018;100(3):e178–e186. doi:10.1016/j.jhin.2018.06.010
- ²⁸ Kleinman Sween J, Lowrie A, Kirmse JM, Laughlin RK, Wodziak B, Sampathkumar P. A quality improvement project to decrease utilization of multilumen peripherally inserted central catheters. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021;42(2):222–224. doi:10.1017/ice.2020.411
- ²⁹ José Luis Cobo-Sánchez et al. - Validation of a Clinical Scale for Early Detection of Infections at the Exit Site of Central Venous Catheters for Hemodialysis - *Kidney International Reports* (2024) 9, 2739–2749
- ³⁰ Gallant, Paulette BSN, RNC; Schultz, Alyce A. PhD, RN, FAAN. Evaluation of a Visual Infusion Phlebitis Scale for Determining Appropriate Discontinuation of Peripheral Intravenous Catheters. *Journal of Infusion Nursing* 29(6):p 338-345, November 2006.

-
- ³¹ Aitana Guanche-Sicilia et al. - Prevention and Treatment of Phlebitis Secondary to the Insertion of a Peripheral Venous Catheter: A Scoping Review from a Nursing Perspective - *Healthcare* 2021, 9, 611. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050611>
- ³² Doesburg F, Smit JM, Paans W, Onrust M, Nijsten MW, et al. (2019) Use of infrared thermography in the detection of superficial phlebitis in adult intensive care unit patients: A prospective single-center observational study. *PLOS ONE* 14(3): e0213754. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213754>
- ³³ Jackie Nicholson; Royal College of Nursing's Standards for Infusion Therapy: an overview. 2018 Jan 25;27(2):S12-S14.
- ³⁴ Buetti N, Marschall J, Drees M, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022;43(5):553-569. doi:10.1017/ice.2022.87
- ³⁵ A. D. Hade, L. A. Beckmann and B. K. Basappa - A checklist to improve the quality of central venous catheter tip positioning - *Anaesthesia* 2019, 74, 896–903
- ³⁶ Sohyun Bae et al. - The effect of the multimodal intervention including an automatic notification of catheter days on reducing central line-related bloodstream infection: a retrospective, observational, quasi-experimental study - *BMC Infectious Diseases* (2022) 22:604
- ³⁷ Conferenza Stato-Regioni, *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*, 17 dicembre 2020
- ³⁸ Carta dei diritti del caregiver 2024 – Caregiver SuMeet 26 Giugno 2024
- ³⁹ Cassazione penale, SS.UU., sentenza 22/02/2018 n° 8770 -