



A PROPOSITO DEGLI ACCESSI FEMORALI

In che posizione deve essere la punta di un FICC per essere un accesso centrale?

O in atrio o in vena cava inferiore.

Come calcolo la lunghezza stimata del FICC affinché la punta sia nella cava sottodiaframmatica?

Nel paziente adulto, non vi sono criteri affidabili per la stima della lunghezza necessaria per arrivare in sede sottodiaframmatica.

Quali sono le controindicazioni al FICC?

Qualsiasi anomalia vascolare o trombosi che coinvolga la vena cava inferiore, oppure la presenza di un filtro cavale in cava inferiore, oppure la presenza o possibilità futura di un trapianto renale.

La mobilizzazione in stazione eretta con deambulazione comporta una controindicazione?

No.

Il rischio trombotico per i FICC è maggiore nei pazienti allettati o deambulanti?

Non sembrano esservi differenze.

Pazienti agitati: il FICC in vena femorale superficiale riduce il rischio di rimozioni accidentali?

Sì, a patto di usare l'ancoraggio sottocutaneo e di proteggere il sito di emergenza fasciando la coscia.

Ha senso inserire un Midline in vena femorale superficiale a metà coscia o meglio utilizzare sempre un PICC?

Un PICC è sempre preferibile per la maggiore flessibilità di utilizzo.

Se posizioniamo un catetere femorale con punta nelle vene iliache si può infondere una nutrizione parenterale con osmolarità adeguata alla via periferica?

Come per i Midline al braccio, la nutrizione parenterale si può somministrare, ma vi è un rischio aumentato di trombosi da lesione endoteliale; il problema è che la eventuale trombosi della vena iliaca da Midline femorale è più grave e più pericolosa di una eventuale trombosi ascellare da Midline al braccio.

Si può utilizzare l'ECG intracavitario per verificare che la punta del FICC è ben posizionata in sede sottodiaframmatica?

No: non vi è alcuna correlazione sicura tra la forma della P e la posizione sottodiaframmatica.

Come discorso medico-legale, un infermiere impiantatore di PICC, può impiantare un FICC?

E' auspicabile che un qualunque operatore che impianta PICC (medico o infermiere che sia) si cimenti nel posizionamento di un FICC soltanto dopo adeguato addestramento.

Si può posizionare un catetere da dialisi in vena femorale superficiale?

No. Il calibro della vena femorale superficiale (5-7 mm) è troppo piccolo per i diametri dei cateteri per dialisi (10-13Fr).

La punta del catetere da dialisi a breve termine inserito da femorale dove dovrebbe essere posizionata?
Possibilmente, in vena cava inferiore o quanto più vicino possibile alla giunzione iliaco-cavale.

Qual è il vantaggio della punta in cava sottodiaframmatica rispetto alla punta in atrio?
Non vi è rischio che il catetere muovendosi contro flusso possa malposizionarsi con la punta in una vena sovraepatica.

Si può impiantare un FICC, in paziente con filtro cavale?
E' controindicato.

Quale sono le cause dei PWO nei FICC?
Le stesse dei PICC: guaina fibroblastica, malposizione della punta, etc.

Quali sono le controindicazioni al posizionamento di un catetere in vena femorale superficiale?
La principale controindicazione è una vena femorale superficiale troppo piccola di calibro.

Si può riposizionare un FICC nello stesso vaso in cui era presente una guaina fibroblastica? o è controindicato come nei PICC?
E' una controindicazione relativa.

In caso di FICC non funzionante e conferma di trombosi catetere correlata quale terapia e monitoraggio sono consigliati?
Rimozione dopo alcuni giorni di trattamento antitrombotico.

Quale è la posizione più corretta della punta di un Midline femorale, impiantato come periferico?
Non è stato ancora stabilito; ognuna delle posizioni possibili (vena iliaca esterna, vena iliaca comune, etc.) comporta un medesimo rischio di trombosi se il catetere è utilizzato per infusioni di soluzioni irritanti o vescicanti.

Il posizionamento del FICC è possibile solo su prescrizione medica?
Il posizionamento di un qualunque accesso venoso, centrale o periferico, non richiede prescrizione medica specifica; il medico prescrive la terapia infusione, e l'operatore (medico o infermiere) attua la procedura assistenziale di accesso venoso a seconda della terapia prescritta, possibilmente seguendo protocolli di reparto (e/o procedure aziendali) che definiscono le indicazioni dei vari dispositivi a seconda della terapia.

È controindicato impiantare FICC nell'arto inferiore interessato da trombosi venosa al polpaccio?
E' sicuramente sconsigliabile.

A PROPOSITO DI MIDLINE E MINI-MIDLINE

Un catetere lungo 18cm: tratto interno 15cm, tratto esterno 3cm (fissato con SAS). È considerato Midline o mini-Midline?

La vera differenza tra i due dispositivi è la posizione della punta: in regione toracica (Midline) o nel braccio (mini-Midline)

Perché non è previsto il controllo di un Midline? Non può risultare malposizionato?
E' previsto: la tip navigation e la tip location intraprocedurale di un Midline possono essere eseguite assai facilmente con una sonda ecografica lineare.

Esiste un bundle di inserzione dei mini-Midline?
Il GAVeCeLT ci sta lavorando!

Si possono tunnellizzare i Midline?

Certamente.

Spesso quando posiziono Midline della lunghezza di 25 cm, il dispositivo non funziona in aspirazione a meno che non lo tiri indietro di 1-2 cm. A cosa è dovuto?

E' dovuto al fatto che il miglior funzionamento del Midline sembra associato ad una posizione della punta nel tratto finale della vena ascellare, prima del passaggio ascellare-succlavia.

Un Midline "ben tenuto" senza complicanze, per quanto tempo può essere mantenuto in sede?

A tempo illimitato. Anche molti mesi. Vi sono casi di Midline utilizzati per due anni e più.

Vi sono studi che portano prove statisticamente significative sulla posizione della punta del Midline per ridurre rischi di malfunzionamento/PWO e/o trombosi?

Non esistono ancora randomizzati in proposito, ma molti studi degli ultimi anni suggeriscono che la posizione della punta più sicura è quando essa si trova nel tratto toracico della vena ascellare.

In caso di trombosi asintomatica mini-Midline o Midline (catetere non funzionante) c'è indicazione a fare terapia? Per quanti giorni? Quando rimuovo il catetere?

Il mini-Midline può essere tolto immediatamente; per il Midline, se la trombosi coinvolge il tratto toracico della vena ascellare e/o la vena succlavia, è bene togliere il dispositivo soltanto dopo alcuni giorni di trattamento antitrombotico.

È possibile somministrare vancomicina (1 sola infusione) o nutrizione parenterale con osmolarità <800 mOsM/L tramite Midline? O necessita OBBLIGATORIAMENTE di una via centrale?

E' possibile, ma bisogna essere consapevoli del rischio di trombosi venosa.

Si può fare amiodarone endovena per 24/48 ore tramite un Midline?

E' possibile, ma bisogna essere consapevoli del rischio di trombosi venosa.

In una chirurgia ordinaria ci si può accontentare anche di un Midline?

Certamente, a meno che non vi sia necessità di monitoraggio della pressione venosa centrale durante l'intervento.

Paziente portatore di Midline che presenta febbre: è possibile somministrare terapia antibiotica tramite il dispositivo o bisogna eseguire impianto ponte?

Per il Midline, è consigliabile ottenere una diagnosi certa mediante DTP (Differential Time to Positivity); in attesa della diagnosi certa, la terapia antibiotica empirica può e deve essere somministrata tramite il dispositivo.

I farmaci con pH <5 o >9 devono essere somministrati per via centrale PREFERIBILMENTE oppure OBBLIGATORIAMENTE?

Non è un problema di pH, ma di classificazione del farmaco come irritante o vescicante: i farmaci irritanti richiedono PREFERIBILMENTE una via centrale, i farmaci vescicanti la richiedono OBBLIGATORIAMENTE.

In caso di paziente con sospetta infezione da CVC in attesa emocoltura, per fare da ponte va bene Midline o meglio orientarsi verso un CICC antimicrobico?

Nel caso di sospetta infezione, è bene sempre aspettare il risultato delle emocolture appaiate (DTP) per avere una diagnosi certa.

Ha senso posizionare un PICC per una singola somministrazione (2 ore) di vancomicina?

Ovviamente no.

Sono necessarie le massime precauzioni barriera per posizionare un mini-Midline?

Se il mini-Midline è utilizzato come accesso periferico in urgenza, le massime precauzioni di barriera sono inutili poiché il dispositivo andrà rimosso entro 24-48 ore.

Nella pratica clinica mi viene chiesto di rimuovere Midline in pz candidati ad impianto di pacemaker per rischio infettivo. Esistono studi a sostegno di questo rischio?

No.

Per stimare la lunghezza dei Midline, come per i PICC, può essere utile utilizzare misure antropometriche? Per esempio exit site / clavicola?

No. E' preferibile utilizzare la sonda ecografica lineare per una appropriata tip navigation e tip location intraprocedurale.

La diluizione maggiore dei farmaci per uso centrale può consentire il loro uso per via periferica?

Soltanto per quei farmaci la cui capacità irritante è dovuta alla alta osmolarità.

Le cannule lunghe hanno un rischio trombotico maggiore rispetto ai PICC?

Sì.

Vancomicina 1gr in centrale, ma se diluita in 500ml posso farla per via periferica?

La diluizione della vancomicina non riduce il suo effetto flebolesivo.

Quanto può restare in sede una cannula lunga?

Finché non si complica (il che avviene però di solito entro 2-3 settimane).

A PROPOSITO DI TROMBOSI E GUAINA FIBROBLASTICA

Uno studio di gennaio 2024 mostra l'incidenza di trombosi nei pazienti oncologici fino al 14% in base alla malattia. Come mai si è parlato di 1-3%?

La incidenza media di trombosi venosa sintomatica per dispositivi centrali a medio-lungo termine in pazienti oncologici è 1-3%, sempre che tali dispositivi siano inseriti secondo le attuali raccomandazioni di buona pratica clinica (rispetto del rapporto tra vena e catetere, venipuntura ecoguidata, tip location intraprocedurale).

Esiste una metodologia per ridurre o evitare la formazione della guaina fibroblastica?

No.

Nella trombosi venosa profonda sintomatica o asintomatica, quando è sicuro rimuovere il catetere dopo l'inizio della terapia eparinica?

Dopo almeno 3-4 giorni (per trombosi al braccio) e almeno una settimana (per trombosi di vene toraciche o del distretto della vena cava inferiore).

Quando il PICC è incarcerato da una guaina fibroblastica con difficoltà alla rimozione, come bisogna procedere?

Inserire una micro-guida nel catetere e riprovare a rimuoverlo ruotandolo su se stesso: in caso di insuccesso, riprovare dopo 24-48 ore.

La presenza in cava superiore di due dispositivi come per esempio un PICC e un CICC da dialisi può aumentare il rischio di formazione guaina fibroblastica?

No.

In presenza di guaina fibroblastica all'ecoscopia la vena risulta collassabile alla pressione della sonda?

Sì.

La guaina fibroblastica può embolizzare?

Sì, ma si tratta di embolizzazioni innocue e asintomatiche.

Si può sostituire su guida un PICC malfunzionante per guaina?

No: il nuovo PICC sicuramente sarà anch'esso malfunzionante.

Si può inserire nello stesso braccio un PICC rimosso per malfunzionamento da guaina?

Sì, ma vi potrebbero essere difficoltà alla progressione della guida o del catetere per via dell'ostacolo costituito dalla guaina.

Si è vista la coesistenza di guaina e trombosi venosa, può essere indicata una profilassi eparinica dopo rimozione del dispositivo per malfunzionamento da guaina?

No. Anche perché la coesistenza di guaina e trombosi appare fenomeno raro se non rarissimo.

Le trombosi asintomatiche vanno trattate? se no, perché?

La opportunità del trattamento va decisa caso per caso, poiché non vi è nessuna evidenza che una trombosi asintomatica evolva inevitabilmente verso una trombosi sintomatica.

Il piastrinopenico/oncologico sviluppa più frequentemente trombosi anche se sotto profilassi con eparina?

Sì, specialmente nel caso di pazienti oncoematologici.

Il rischio trombotico nei pz con PICC in terapia intensiva: negli studi attuali viene diversificata la trombosi sintomatica da asintomatica?

L'unica trombosi rilevante ai fini clinici è quella sintomatica, e non vi sono differenze tra il rischio dei PICC rispetto a quello dei CICC nel paziente in terapia intensiva.

Come far capire ai colleghi che se c'è una trombosi prossimale il PICC può essere utilizzato?

Occorre redarre procedure aziendali e/o protocolli di reparto in cui tale concetto sia ben formulato.

A PROPOSITO DELLA RIMOZIONE DI UN DISPOSITIVO ESTERNO

Vi è sempre indicazione ad eseguire una ecografia prima di rimuovere un CVC (CICC, FICC, PICC)?

La ecografia pre-rimozione andrebbe sempre eseguita nei pazienti a rischio (oncologici, settici, in terapia intensiva, COVID, ospedalizzati da molto tempo, etc.).

Ecografia sempre prima di rimuovere un Midline? per escludere trombosi?

Soltanto nei pazienti ad alto rischio per trombosi.

Rimozione CICC con paziente in posizione supina "semplice" o in Trendelenburg?

In posizione supina. Ma ci sono altre accortezze: vedi in proposito la Consensus GAVeCeLT sull'accesso venoso centrale nel paziente acuto grave.

Le indicazioni scoagulazione/antiaggregazione si riferiscono impianto. Per la rimozione esistono delle linee guida su sospensione/ripresa terapia.

Sono le medesime dell'impianto: vedi in proposito la Consensus GAVeCeLT sulla gestione del paziente con alterazioni della coagulazione.

A PROPOSITO DELLA TUNNELLIZZAZIONE

Perché i tunnelizzatori (possibilmente ri-sterilizzabili) non vengono inseriti nei kit procedurali (ad es. PICC)?
Probabilmente lo saranno in futuro.

Per quanto riguarda il rischio di sanguinamento, la pseudo-tunnelizzazione è sovrapponibile alla tunnelizzazione propriamente detta (moderatamente invasiva)?
Non vi sono dati certi in proposito.

La pseudo-tunnelizzazione si può considerare come la tunnelizzazione in termini di prevenzione delle infezioni e della dislocazione?
Non vi sono dati certi in proposito.

Ci sono aziende che producono tunnelizzatori sterilizzabili?
Sì.

Tunnelizzazione nel paziente sveglio (es. paziente in reparto medico): come gestire l'analgesia/controllo del dolore della procedura di tunnelizzazione?
La tunnelizzazione – se eseguita con appropriata anestesia locale – è estremamente ben tollerata e indolore.

La pseudo tunnelizzazione deve essere dichiarata nel referto dell'impianto?
Certamente.

La pseudo-tunnelizzazione si può fare in un braccio magro?
Certamente.

Nei centri dove gli infermieri effettuano le tunnelizzazioni di PICC, questi hanno un "autorizzazione" o meglio delibera da parte della direzione?
Domanda assai bislacca. La tunnelizzazione è una variante di tecnica dell'impianto dei PICC; se a determinati operatori (medici o infermieri) è affidato in una certa struttura l'impianto di PICC, ci si aspetta che siano addestrati anche nelle varianti di tecnica che possono giovare al paziente.

La pseudo-tunnelizzazione può dare problemi alla progressione del micro-introduttore?
Più che altro, ciò che importa è che il micro-introduttore sia abbastanza rigido e abbastanza lungo.

La pseudo-tunnelizzazione può essere applicata alla venipuntura della vena femorale superficiale?
Qualunque venipuntura della femorale superficiale in realtà prevede una sorta di tunnelizzazione, perché la distanza tra cute e vena è sempre di diversi centimetri.

Per la pseudo-tunnelizzazione dei PICC serve una formazione specifica se si è già posizionatori esperti?
E' una variante tecnica che prevede sicuramente una maggiore abilità manuale, rispetto alla tunnelizzazione.

La pseudo-tunnelizzazione non aumenta la probabilità di inginocchiamento del catetere?
In teoria sì, ma non vi sono dati certi in proposito.

Quale anestetico ritieni sia il migliore per il tunnel?
Sicuramente la ropivacaina, utilizzata in concentrazioni comprese tra 0.2 e 0.75%. Rispetto alla lidocaina, la ropivacaina è meglio tollerata, più potente, di più lunga efficacia, ed esente da rischio di complicanze.

Tunnellizzazione: rischio di superare il sottocute nei pazienti magri e tunnellizzare dentro il muscolo?
Mai successo. In mani inesperte, è invece possibile il rischio opposto, ovvero quello di passare il tunnellizzatore troppo vicino al derma.

È corretto eseguire tunnellizzazione anterograda con agocannula dopo avere posizionato il micro-introduttore?

Si può fare, ma la agocannula consente tunnellizzazioni molto corte, di pochi centimetri.

La tunnellizzazione non può dare problemi nel rimuovere un PICC dopo molti mesi?

No.

Esiste un corso dedicato per imparare la tunnellizzazione?

Nei corsi GAVeCeLT dedicati ai PICC (sia quelli residenziali che quelli intra-congressuali) già da molti anni sono previste esercitazioni pratiche su simulatore per insegnare la tunnellizzazione.

Nei pazienti infetti posso tunnellizzare?

Perché no?

La tunnellizzazione di un PICC, visto che è off-label, può avere implicazioni legali?

A parte la considerazione – già fatta più volte nei nostri convegni – che la maggior parte delle buone pratiche raccomandate dalla letteratura nazionale e internazionale potrebbero essere viste come ‘off label’ se uno prendesse ingenuamente come riferimento le istruzioni del fabbricante, è da notare che la tunnellizzazione è una variante di tecnica, e non ‘un uso non previsto in scheda tecnica’.

A PROPOSITO DI INFEZIONE

Quale disinfettante bisogna utilizzare per l’inserimento di una cannula corta?

La clorexidina al 2% in soluzione alcolica di alcool isopropilico al 70%.

Si può applicare una medicazione garzata dopo l’impianto di un PICC/Midline da rinnovare dopo le 24h con membrana semipermeabile?

Si può, ma non è da raccomandare. La strategia oggi migliore, in termini di sicurezza del paziente e risparmio aziendale, è quella di proteggere il sito di emergenza direttamente con colla in cianoacrilato e membrana trasparente, con sostituzione dopo una settimana.

I miei infettivologi danno poco peso al DPT considerando i pazienti sempre molto fragili e pongono indicazione a rimozione CVAD ab initio. Come posso educarli?

Occorre redarre procedure aziendali e/o protocolli di reparto in cui sia ben formulata la strategia migliore di comportamento di fronte ad una sospetta infezione di CVAD.

Indicazione a posizionamento PICC/CICC in paziente con endocardite a inizio trattamento. Rischio di contaminazione del catetere?

Rischio possibile, se il paziente ha emocolture positive. In questi casi, è consigliabile un accesso periferico o un CICC antimicrobico.

Nel sospetto di infezione catetere relata vanno fatte emocolture da Midline? C'è letteratura a supporto?

Stanno comparando lavori clinici in cui la DPT viene utilizzata (a ragione) anche per la diagnosi di infezione batteriemia Midline-correlata.

Quale è il rischio maggiore (trombosi, infezione e guaina), avere un Midline e un CVC da dialisi o un PICC e un CVC da dialisi, quale combinazione scegliere?

La scelta tra Midline e PICC si basa sulla tipologia di infusione prevista, anche nel caso della coesistenza di un CVC per dialisi.

Uso della taurolidina per salvare cateteri infetti? quali protocolli? anche per midline o solo per picc?

Il lock terapeutico prevede la permanenza della taurolidina nel dispositivo per alcune ore al giorno per cinque giorni consecutivi. Non vi sono esperienze sul lock terapeutico nel caso dei Midline.

Perché per le periferiche si parla di CLABSI e non di CRBSI? perché? CABS è la macro categoria poi suddivisa in CLABSI (Central Line) e CRBSI anche per i Midline; è corretto?

CABS significa catheter-associated bloodstream infection (ovvero, presenza di batteriemia in paziente portatore di un catetere venoso); CRBSI significa catheter-related bloodstream infection (ovvero, presenza di batteriemia CAUSATA dal catetere di cui il paziente è portatore). Il termine CLABSI (central line associated bloodstream infection) equivale al termine CABS, ma limitatamente ai cateteri centrali.

Paziente di medicina che esegue NP x 5/7gg: è possibile somministrare tramite Midline?

Sì, se si tratta di NP con osmolarità < 800-850 mOsm/L.

Quali sono le indicazioni (e ceppi batterici) per rimozione di un catetere in caso di emocolture + sia da catetere sia da vena periferica?

La indicazione alla rimozione (salvo eccezioni) comporta la diagnosi di CRBSI, ovvero la positivizzazione delle colture da catetere almeno due ore prima delle emocolture da periferia.

Durante il COVID abbiamo visto 20 candidemie da PVAD e CVAD in pz con casco che facevano NPT. c'è un ruolo di lock con antifungini in pazienti a rischio?

Il lock profilattico con taurolidina è efficace anche contro i lieviti.

Ha senso effettuare emocoltura da dispositivi periferici tipo Midline o mini-Midline?

Se si vuole indagare la effettiva presenza di infezione batteriemia, il prelievo va fatto da vena periferica.

C'è un razionale nel rimuovere un CICC sostituendolo con un Midline a scopo profilattico infettivo per impianto di PM definitivo?

No. La scelta tra accesso centrale (es. CICC) e accesso periferico si basa su altri criteri.

Ma l'emocoltura da Midline la considero da vena periferica?

No. Il Midline potrebbe essere colonizzato e quindi dare un risultato falsamente positivo.

È vero che dopo la rimozione di un catetere centrale infetto bisogna aspettare 48 ore prima di un nuovo impianto?

Soltanto se compatibile con la situazione clinica.

Il nostro infettivologo che in caso di sepsi prescrive la rimozione del Midline, ha senso?

In presenza di shock settico con instabilità emodinamica, può aver senso. Negli altri casi: DTP!

Come risolvere il problema delle rampe per somministrazione di diversi farmaci e rischio infettivo?

Chiudendo tutti gli hub dei rubinetti con connettori senz'ago protetti da cappucci disinfettanti.

A PROPOSITO DI TIP LOCATION

La tip location tramite ecoscopia e bubble test va sempre registrata e documentata?

Soltanto se previsto dalle procedure aziendali.

In un paziente con FA, il solo bubble test è sufficiente per definire il corretto posizionamento del CICC?

Certamente. Ma se simultaneamente si può ottenere anche una tip location mediante ECG intracavitario modificato, ancora meglio.

L'uso in combinata (ecg intracavitario e bubble test) garantiscono la tip location o sono validi singolarmente?

Sono validi anche singolarmente, purché applicabili e fattibili.

C'è un limite al numero di bubble test da poter eseguire?

No.

Anche l'infermiere che impianta può refertare solo con bubble test?

Perché no?

Nei pz bariatrici si fa tanta fatica a fare il bubble test, quali consigli?

In alcuni pazienti con obesità patologica, la tip location mediante eco può non essere applicabile.

Meglio pulse-wave o color-doppler?

Non vi sono dati in proposito. La maggior parte della letteratura sulla tip location ecoguidata si basa sul bubble test.

Nel paziente aritmico per FA, è ancora valido l'ECG intracavitario quando si vede l'espressione massima delle onde F?

Certamente. Si tratta del cosiddetto ECG intracavitario 'modificato'.

I-ECG nel catetere da dialisi con punta a split, è possibile?

Certamente. Si applica il metodo ECG separatamente a ciascun lume.

Bubble test: variabili come lunghezza catetere, velocità infusione possono falsificare risultato?

La lunghezza non inficia il risultato. La velocità della infusione, sì.

Bubble test con un solo operatore: è possibile?

In casi selezionati. Nella maggior parte dei casi, sono necessari due operatori.

Nel pz neonatale o pediatrico il bubble test si fa comunque con 1 ml di aria e 9 ml di fisiologica?

Nel paziente adulto o pediatrico si infondono 5 ml di fisiologica 'shakerata'; nel neonato basta 1 ml di fisiologica normale. La soluzione di 10 ml costituita da 1 ml di aria e 9 di fisiologica non è più consigliata.

Con quale tipo di ecografo posso valutare al meglio il bubble test?

Qualunque ecografo, stanziale o wireless, di buona qualità.

Quanto è operatore-dipendente il bubble test? La diversa manualità di ognuno è attendibile come risposta?

Si possono minimizzare i fattori operatore-dipendenti assicurandosi (a) che la infusione sia il più rapida possibile, e (b) che la comparsa di microbolle sia istantanea.

Da mia esperienza personale c'è da dire che non sempre è possibile avere una buona finestra apicale 4 camere oppure la sotto costale, come affrontare questo problema?

La tip location ecoguidata ha limiti di applicabilità; comunque, utilizzando caso per caso per CICC e PICC le tre finestre di base (sottocostale trasversale, sottocostale longitudinale, apicale) la applicabilità è superiore al 90%. Per i FICC, utilizzando la finestra transepatica, la applicabilità arriva quasi al 100%.

Per avere una buona finestra apicale 4 camere il pz deve essere posizionato di lato con il braccio sx alzato sotto la testa, non è semplice durante l'impianto.

Per il bubble test, è sufficiente la apicale che si ottiene in posizione supina; comunque, la finestra sottocostale è da preferire.

Come faccio a refertare un PICC con la tecnica del Bubble test?

La si descrive nel referto.

Se la punta del PICC è in atrio è da considerarsi normo-posizionato o meglio restrarlo?

In terapia intensiva, è talora utile che la punta del PICC sia in atrio, per consentire l'uso per monitoraggio emodinamico.

A PROPOSITO DI CICC

Una sua considerazione in merito alla venipuntura sottocostale della succlavia basata su reperi anatomici, senza l'uso di ecoguida.

Si tratta di una pratica da abbandonare, poiché ingiustificabile (e indifendibile, in caso di contenzioso legale) in qualunque situazione clinica.

Un catetere 12 Fr da dialisi può essere inserito in giugulare interna?

Certamente. Meglio la vena anonima, se ben visualizzabile ecograficamente.

Il sito ascellare destro e/o sinistro o giugulare sinistro va bene per CICC da dialisi a breve termine?

L'approccio ascellare è da evitare quanto più possibile. L'approccio sopraclaveare sinistro (giugulare interna o anonima) richiede l'utilizzo di cateteri per dialisi di appropriata lunghezza e non troppo rigidi.

L'utilizzo di sutureless nei CVC dialisi a lungo termine è consigliabile utilizzarlo sempre o solo per un periodo di "attecchimento" della cuffia?

Nei cateteri per dialisi tunnellizzati-cuffiati, si utilizza un sutureless device ad adesività cutanea per le prime settimane dopo l'impianto.

Quanto tempo può restare un catetere da dialisi a breve termine in giugulare comune?

Va tolto quanto prima (secondo alcune linee guida, entro 2-3 settimane).

Che alternative ci sono ai punti per fissare un catetere di grosso calibro in cui la dislocazione può essere gravato da complicanze severe (es catetere dialisi a breve termine)?

L'ancoraggio sottocutaneo.

I punti di sutura nei cateteri oltre i 20fr?

Il problema si pone soltanto per i cateteri per l'ECMO: esistono specifici sutureless ad adesività cutanea (quelli utilizzati per i drenaggi toracici); utile associare la colla in cianoacrilato.

Come va fissato un catetere da dialisi non cuffiato?

Mediante un sutureless device ad adesività cutaneo o mediante ancoraggio sottocutaneo.

Quanto tempo può restare in sede un CICC 7Fr?

Finché è necessario, purché in ambito di ricovero ospedaliero (a meno che non sia tunnellizzato).

Quanto tempo può stare un catetere da dialisi 12Fr inserito come CICC (non utilizzato per dialisi)?
Va rimosso/sostituito appena possibile, soprattutto se posizionato in emergenza.

Perché si preferisce impiantare un accesso centrale peri-operatorio e in un secondo momento toglierlo per iniziare trattamento chemioterapico?

Per ridurre il rischio di complicanze infettive a carico del CVAD per chemioterapia, ma anche perché le due situazioni (terapia peri-operatoria e chemioterapia ambulatoriale) richiedono dispositivi differenti.

A PROPOSITO DEL NEONATO

Perché un ECC ha percentualmente più probabilità di contaminazione di un CICC o FICC superate le due settimane di utilizzo e se correttamente gestito?

Perché nel neonato la maggior parte dei CICC e FICC ecoguidati sono tunnellizzati (il che protegge dalle infezioni).

Sarebbe ipotizzabile e potrebbe aver senso utilizzare come FICC un ECC 2Fr, 2 vie, posizionato con tecnica di Seldinger modificata nei fortemente prematuri?

Ha senso se la vena femorale ha un calibro inferiore a 3 mm.

Quanto tempo può restare in sede un CICC tunnellizzato nel neonato?

Molte settimane: anche mesi.

A PROPOSITO DELL'ANCORAGGIO SOTTOCUTANEO

In ambito pediatrico, per comodità/rischi, meglio CVAD tunnellizzati-cuffiati o CVAD tunnellizzati fissati con SAS?

Non è ancora ben definito, ma la strategia di evitare i cateteri cuffiati sta prendendo piede, soprattutto per motivi di costo/disponibilità dei CVAD cuffiati e per la necessità di analgesia/sedazione al momento della rimozione.

Si può posizionare o riposizionare il SAS in un momento successivo all'impianto?

Certamente.

Come posso adottare un fissaggio con SAS ma garantire il confort a domicilio senza rischio di decubiti o lesioni con infezioni/inflammazioni correlate?

Inserendo il SAS in maniera appropriata (le alette vanno posizionate nel sottocute!) e gestendolo in maniera appropriata (evitando trazioni!).

La garza sotto il SAS è veramente necessaria per prevenire decubito?

Non vi sono evidenze in proposito.

Su catetere tunnellizzato e cuffiato, è indicato fissarlo sia con SAS che colla?

Colla, sempre. Utilizzare il SAS se il catetere è cuffiato invece non è consigliabile.

SAS per ridurre rimozioni accidentali per pazienti agitati con Midline: ci sono studi?

No. Ma in molti centri tutti i Midline vengono fissati con SAS, specialmente in pazienti non collaboranti o in terapia intensiva.

Per mettere un SAS è sempre necessaria una dilatazione con bisturi?

Non necessariamente. Se si può evitare, è meglio.

Quando posiziono il SAS, devo tagliare il PICC almeno 2 cm più lungo? (altrimenti penso non avrei lo spazio per ancorarlo)

Proprio così.

Il SAS avendo tante scanalature diventa difficile pulirlo se sporco di residui di sangue.

Non è un problema. Anzi, dati clinici suggeriscono che la presenza del SAS riduca il rischio infettivo.

Sulla scheda tecnica indicano come limite per SAS allergia a nichel. E' vero?

Falso. Non vi è allergia crociata tra il nitinol (lega metallica costituita da nichel e titanio) e il nichel.

Si può utilizzare il SAS nei pazienti immunodepressi?

Perché no?

I SAS sono sempre indicati anche nei Midline?

Secondo il sottoscritto, sì.

Secrezioni sierose in sede di exit site di PICC fissato con sistema di ancoraggio sottocutaneo è possibile sia causata da decubito delle alette?

La infezione del sito di emergenza (che si può manifestare con secrezioni sierose) e il decubito del SAS sono due fenomeni diversi e separati.

E' quindi accettabile, nel dubbio, utilizzare un SAS di Fr più piccolo del catetere?

Può essere una strategia ragionevole.

L'uso del SAS può evitare la tunnellizzazione?

Sono due cose diverse: il SAS serve per stabilizzare, la tunnellizzazione per ridurre il rischio infettivo.

Se ho un decubito causato da alette di SAS e' meglio rimuoverlo e fissare con statlock fino a risoluzione o si può riposizionare subito?

E' preferibile riposizionarlo dopo almeno due settimane di fissaggio-ponte con un sistema sutureless ad adesività cutanea.

Risonanza magnetica/SAS: controindicazioni?

No.

Di quanto si riduce il numero di dislocazioni con il SAS rispetto allo statlock?

Dipende dalla popolazione di pazienti in esame. Mediamente, il rischio di dislocazione scende dal 10-15% allo 0.5-1%.

Se posizioniamo una garza sterile sotto il SAS, è sicuro cambiare la medicazione ogni 7 giorni per ragioni infettive?

Secondo le ultime linee guida (vedi gli Standards INS 2024), una garza sterile messa sotto la medicazione trasparente può essere lasciata per una settimana.

E' possibile utilizzare il SAS su pazienti con psoriasi o/linfoma cutaneo?

Certamente. Anzi, sono pazienti in cui spesso è la migliore strategia di fissaggio del catetere.

I cateteri fissati con SAS possono essere troppo lunghi nel loro tratto esterno, il che causa problemi. Consigli?

Aggiungere – se necessario – un sutureless ad adesività cutanea per contro-fissare il catetere.

A volte, mi è risultato difficile rimuovere il SAS, ci sono consigli per farlo al meglio?

Vedi i video didattici sulla rimozione del SAS nella area video del sito GAVeCeLT.

A PROPOSITO DEI PICC

In assenza di un referto che lo specifichi, come si può sapere di che materiale è fatto un PICC impiantato in un altro centro?

Il medico/infermiere, se esperto in accessi vascolari, riesce di solito ad individuare il materiale (e anche la marca) del PICC nella maggioranza dei casi.

Perché preferire PICC/FICC in paziente con grave compromissione cardiaca o respiratoria?

Perché l'impianto di PICC o FICC non comporta alcun rischio di pneumotorace o emotorace o embolia gassosa o gravi aritmie.

Per pazienti ricoverati in terapia intensiva o posizionati in pronto soccorso ha senso impiantare PICC antimicrobici?

Avrebbe senso, se vi fossero evidenze cliniche sulla effettiva capacità anti-infettiva dei PICC attualmente in commercio come 'antimicrobici'.

Buongiorno, sostituire un PICC in silicone funzionante con un PICC in poliuretano non è un eccesso di zelo e un costo in più evitabile?

E' in realtà una strategia che protegge il paziente ed evita spreco di risorse: nel nostro policlinico, la stragrande maggioranza dei PICC in silicone sviluppano complicanze meccaniche entro due-tre settimane dal ricovero.

In sospetta occlusione da coagulo non disostruibile, che indicazioni trova l'utilizzo di siringhe da 2.5 ml a scopo disostruttivo? Quali rischi per il pz?

Se il CVAD è power injectable, la ostruzione si definisce 'irreversibile' soltanto se non è risolvibile con siringhe da 2-2.5 ml. Rischi per il paziente? Assolutamente nessuno.

Perché in alcune realtà oncologiche preferiscono impiantare ancora oggi il PICC Groshong rispetto ad un classico PICC in poliuretano power injectable?

Perché in molte realtà oncologiche la scelta del dispositivo si basa sulla abitudine e non sulla conoscenza delle evidenze cliniche.

La somministrazione di chemioterapici attraverso un PICC con la punta in atrio dx risulta rischiosa?

Assolutamente no.

Impianto PICC e Midline da anni, ma da circa tre anni non uso più il laccio, tranne rari casi: laccio o non laccio?

Il laccio va oggi evitato quanto più possibile durante il posizionamento di PICC e Midline; è invece indispensabile nel posizionamento di mini-Midline all'avambraccio.

In terapia intensiva gli anestesisti preferiscono impiantare CICC a tutti i pazienti perché presentano più vie di accesso rispetto ai PICC. È giusto?

Non proprio. Nei casi in cui sia realmente necessario avere quattro lumi, tutti centrali, probabilmente è meglio inserire due accessi venosi bilume o trilume piuttosto che uno soltanto quadrilume.

Al lavaggio settimanale del PICC è necessario aspirare e gettare lo "scarto" e poi fare l'infusione o si può reinfondere l'eventuale materiale/ sangue aspirato?

Durante il lavaggio settimanale di un PICC, NON è necessario aspirare: è preferibile soltanto infondere (a meno che non vi sia evidenza di sub-ostruzione alla infusione).

Utilizzo di trombolitici anche nei PICC?

Nel paziente adulto, in caso di occlusione irreversibile del lume, di solito è più costo-efficace la rimozione/reimpianto. Nei sistemi totalmente impiantabili, i trombolitici invece sono da utilizzare.

La necessità di infondere alti volumi non è un ostacolo all'uso dei PICC in rianimazione, vista la lunghezza e il diametro del catetere?

No, se si utilizzano PICC power injectable in poliuretano.

E' indicato il posizionamento del PICC nel perioperatorio in una paziente oncologica con k mammella che deve sottoporsi a trattamento chirurgico e terapia adiuvante?

Sì, se si prevede che durante l'intervento e il postoperatorio vi sia specifica necessità di un accesso centrale.

Nei PICC, quando la clamp può restare aperta e quando deve restare chiusa?

La clamp va lasciata sempre aperta. Va chiusa soltanto durante la manovra di sostituzione del connettore senz'ago.

L'utilizzo dei PICC in terapia intensiva: ma se il pz è sedato l'immobilità dell'arto non è una controindicazione?

No. La paralisi farmacologica non è controindicazione al posizionamento di un PICC.

In ICU spesso c'è l'idea che nel lume grande posso infondere più liquidi in minor tempo e quindi non si mettono i PICC in regime di un pz acuto.

E' vero nel paziente in emergenza in cui vi sia necessità di rapida replezione volemica: in questa situazione, i PICC sono controindicati.

Nei pazienti con pacemaker c'è controindicazione all'impianto di accessi centrali?

No.

In un paziente infetto tetraplegico che deve fare per circa tre mesi di terapia antibiotica a domicilio, ho una alternativa al PICC?

Sì: un FICC.

In un paziente con IRC, portatore di fistola AV che abbia già ricevuto il trapianto di reni, è sempre controindicato il posizionamento di un PICC?

Sì.

Meglio allora mettere i PICC in un ambulatorio dedicato o in sala operatoria o bedside?

Il PICC può essere inserito sia al letto del malato (bedside) che in una sala procedure. L'utilizzo della sala operatoria è una strategia che denota mancanza di buon senso e volontà di sperpero delle risorse aziendali.

A PROPOSITO DELL'ADDESTRAMENTO

Infermiere che non ha nessun tipo di corso per il posizionamento di accessi venosi ecoguidati può posizionare una agocannula standard (18 g) con ecografo in autonomia?

L'operatore (medico o infermiere) che impianta una agocannula per via ecoguidata è tutelato dal punto di vista medico-legale quando può dimostrare di aver ricevuto un addestramento appropriato e specifico per tale manovra.

Se l'infermiere è addestrato, può impiantare CICC? Serve fare una certificazione che ne attesta abilità?

Spesso è più facile pungere una vena giugulare che una vena basilica/brachiale. Essendo infermiere con qualifica di impiantatore di PICC, di cosa necessito per poter impiantare anche CICC? Serve una formazione specifica con attestato?

L'operatore (medico o infermiere) che impianta un CICC è tutelato dal punto di vista medico-legale quando può dimostrare di aver ricevuto un addestramento appropriato e specifico. Non serve altra 'certificazione'.

Per quanto riguarda il confezionamento della tasca dei port: dal punto di vista medico legale l'infermiere che impianta il port come può essere tutelato?

L'operatore (medico o infermiere) che impianta un port è tutelato dal punto di vista medico-legale quando può dimostrare di aver ricevuto un addestramento appropriato e specifico.

La pratica sul simulatore ha sicuramente vantaggi, ma è realisticamente attuabile su larga scala?

Certamente. Le attività didattiche del GAVeCeLT focalizzate sull'impianto prevedono simulatori 'biologici' (a basso costo ed alta efficacia) da circa venti anni.

Ci sono evidenze scientifiche su come strutturare addestramento degli infermieri di corsia nella gestione del device dopo l'impianto?

Certamente. Mini-corsi periodici; utilizzo di video didattici o di simulatori; poster educazionali; etc.

Quali sono quindi le differenze tra un corso così organizzato e un master che prevede gli stessi step di pratica? Qualora un master preveda ora pratiche su simulatore e tirocinio su pz con tutor esperto rilasciando certificazione sugli impianti eseguiti, ciò è valido ai fini legali?

Il Master è una formazione post-laurea che prevede un approfondimento in un determinato campo clinico; a seconda di come è strutturato, può prevedere (o meno) un corso di addestramento appropriato per l'impianto di uno o più dispositivi. Nella realtà italiana, i master sugli accessi venosi non contengono quasi mai un percorso formativo specifico e sufficiente per l'addestramento all'impianto di uno specifico dispositivo.

Serve essere certificati per fare da tutor e abilitare o basta anzianità come impiantatore?

E' consigliabile (ma non indispensabile) che l'impiantatore che vuole dedicarsi ad addestrare altri colleghi nell'impianto di un dispositivo abbia seguito un corso specifico che insegni a fare l'istruttore.

Per quanto riguarda i Midline, possono impiantarli tutti gli infermieri con un addestramento da parte di un impiantatore o devono pur sempre avere il master? Per essere abilitato all'impianto è necessario il master o è sufficiente un corso teorico pratico?

L'operatore (medico o infermiere) che impianta un Midline è tutelato dal punto di vista medico-legale quando può dimostrare di aver ricevuto un addestramento appropriato e specifico per tale manovra. Master o non master!

Ho una delibera aziendale che mi riconosce come impiantatore di PICC, ma non "masterizzato": cambiando azienda posso impiantare comunque?

L'operatore (medico o infermiere) che impianta un PICC è tutelato dal punto di vista medico-legale quando può dimostrare di aver ricevuto un addestramento appropriato e specifico per tale manovra. Il fatto che una specifica azienda ospedaliera richieda anche altre caratteristiche (ad esempio, aver frequentato un Master sugli accessi venosi) è un problema di normativa interna.

A PROPOSITO DELLA COLLA IN CIANOACRILATO

Ci sono casi di rotture cateteri a cui è stata posizionata colla su exit site?

Sì, ma soltanto con i cateteri in silicone.

L'utilizzo della colla nei cateteri molto morbidi può causare irrigidimento dello stesso e conseguente fessurazione del tratto di catetere esterno?

Sì, ma soltanto con i cateteri in silicone.

I cristalli di colla che possono ancorarsi attorno al catetere una volta posizionata sull'exit site sono causa di potenziale fessurazione nel tempo?

Sì, ma soltanto con i cateteri in silicone.

Ho avuto aperture di ferita port chiuse con colla: da cosa dipende?

Dal mancato utilizzo di punti intradermici prima della applicazione della colla e/o dall'utilizzo di una colla in cianoacrilato poco adesiva e/o dalla applicazione errata della colla.

La colla può essere associata ad un rischio di MARS?

Sì, se messa in quantità inappropriate e ripetutamente.

È utile utilizzare la colla per ogni impianto? È conveniente dal punto di vista della costo-efficacia?

La colla andrebbe utilizzata durante l'impianto di qualunque accesso venoso centrale, ed è provatamente costo-efficace in tutti i casi.

In paziente piastrinopenico, il posizionamento di colla cianoacrilato può creare ematoma sottocutaneo?

No. L'ematoma è provocato dalla piastrinopenia, non dalla colla.

Quindi dovremmo mettere la colla su tutti gli accessi? non è troppo costoso?

Al contrario: la colla è provatamente costo-efficace per tutti gli impianti di CVAD.

Agocannula e colla? in caso anche sotto le alette?

Soltanto a sigillare il sito di emergenza; e sempre associata a medicazione trasparente.

In caso di accesso venoso periferico, rimosso dopo 48/72h, con quale soluzione si può rimuovere la colla residua?

Non va rimossa. Si sfalda da sola nei giorni successivi.

Ho avuto problemi di cicatrizzazione quando ho usato solo la colla nella tunnellizzazione dei PICC in pz sotto chemioterapia. In questi pazienti devo fare la sutura?

Mai suture transcutanee! Al limite, se la incisione è ampia, si utilizzano suture intradermiche e poi sopra si applica la colla.

Quindi, a parte le cannule corte, la colla è fortemente consigliata per ogni accesso vascolare?

Proprio così.

L'impiego della colla in cianoacrilato è possibile anche per la medicazione degli accessi arteriosi e la loro emostasi in caso di dislocamento?

Sì. Sempre associata a medicazione trasparente. Eventualmente associata a sutureless device ad adesività cutanea.

In pazienti neutropenici e piastrinopenici la stabilizzazione con il SAS è controindicata? Associare la colla in cianoacrilato può aiutare l'emostasi?

In tutti i pazienti con PICC o CICC o FICC o Midline, la strategia migliore (per emostasi, stabilizzazione, e protezione antibatterica) è associare SAS, colla, e membrane trasparenti.

Dati i suoi benefici, la colla in cianoacrilato, va applicata ad ogni rinnovo della medicazione dei cateteri, oltre che al momento dell'impianto?

No. Non vi sono sufficienti evidenze sulla innocuità di riapplicare la colla ogni settimana per lunghi periodi di tempo.

In posizionamento PICC con utilizzo di colla, si può aspettare 7 giorni prima del cambio di medicazione?

Sì deve!

Come deve essere rimossa la colla in cianoacrilato dalla cute? C'è il rischio di lesioni cutanee?

Non va rimossa. Non vi è rischio di lesioni cutanee.

Non una domanda, ma un'osservazione...: la colla andrebbe utilizzata sempre alla rimozione soprattutto di un CICC!

D'accordissimo.

Quale è la tecnica migliore per applicare la colla e in quale quantità?

Per il sito di emergenza, è bene applicare la quantità minima possibile di colla atta a sigillare la breccia cutanea.

Quando si applica la colla per la tasca del port, per quanto tempo dobbiamo consigliare di mantenerla coperta con medicazione?

Per 3-4 giorni.

La colla può essere utilizzata anche in fasi successive, durante le medicazioni se c'è sanguinamento per effettuare emostasi?

A distanza di tempo, la applicazione estemporanea di colla può essere utile per ridurre secrezioni ematiche o linfatiche dal sito di emergenza.

A PROPOSITO DEI SISTEMI WIRELESS

Con le sonde wireless bisogna per forza usare tablet 'medicali' o si può utilizzare qualsiasi dispositivo?

Salvo regolamenti aziendali interni, le sonde wireless possono essere usate con qualsiasi tablet o smartphone provvisto con l'app specifica.

Nella vostra esperienza avete riscontrato difficoltà (interferenze) di utilizzo della metodica ECG intracavitario in pazienti portatori di pacemaker e/o ICD?

Assolutamente no. Le interferenze durante l'utilizzo di sistemi wireless per il metodo dell'ECG intracavitario provengono dalle prese di corrente alternata o da elettricità statica ambientale. I sistemi wireless per ecografia non risentono invece di alcuna interferenza elettrica.

Esistono sistemi ECG piccoli e portatili, anche se non specificamente dedicati al metodo dell'ECG intracavitario?

Certamente.

La qualità dell'immagine di una sonda wireless è inferiore all'ecografo tradizionale?

Non necessariamente. Le migliori sonde wireless offrono immagini di ottima qualità.

Quanto attendibile è un bubble test eseguito con le sonde wireless?

Esattamente quanto un bubble test eseguito con ecografo normale. Unico problema può essere un ritardo nell'arrivo dell'immagini qualora si utilizzi un tablet di bassa qualità.

Per usare la sonda wireless serve una app specifica associata alla sonda? queste app tendenzialmente sono a pagamento con abbonamento?

Ogni sonda wireless prevede una propria app (gratuita).

A PROPOSITO DEI FICC PORT

Esistono in commercio port per i quali è previsto nelle IFU il posizionamento come FICC?

Sì. Ma la cosa non ci interessa, perché le IFU non hanno alcuna rilevanza ai fini clinici o medico-legali.

In un paziente con IRC e Fistola perché non un FICC port?

Sarebbe da evitare soltanto se è previsto un possibile trapianto di rene in futuro.

In pz con indicazione a CVAD esterno per utilizzo extra-ospedaliero con buone capacità residue, mettere un FICC per favorirne l'autogestione può essere un'idea?

Certamente. Una buona soluzione in molti casi.

Qual è il vantaggio di un FICC-port rispetto ad un port femorale con puntura della femorale comune (vena più grande) e catetere 6,5 f con camera più grande?

La minore invasività, il minor rischio di complicanze alla inserzione, il minor rischio trombotico, e il miglior risultato in termini di confort del paziente.

Come si può fare il bubble test se il catetere non arriva in atrio destro?

Si utilizza la visualizzazione della cava sottodiaframmatica mediante finestra transepatica.

La punta sopra renale rispetto a sotto renale da' meno rischio di trombosi? Anche per i cateteri da dialisi?

Non vi sono evidenze in proposito. Il vantaggio della posizione sopra renale è che la punta può essere ben visualizzata in questa sede mediante la finestra transepatica.

Non è meglio mettere la punta del FICC-Port in Atrio dx e controllo ecografico con la finestra sottocostale + bubble test rispetto alla posizione sopra renale?

Si può fare. Il rischio è che il catetere possa dislocarsi contro-flusso, e la punta posizionarsi in una vena sovra-epatica.

Quale protocollo diagnostico utilizzate in caso di PWO del FICC Port?

Lo stesso di un FICC normale: se il bubble test conferma la posizione corretta della punta, il PWO è quasi sempre dovuto ad una guaina.

Visto la più alta possibilità di tromboembolia nei FICC, è consigliabile, escluderla tramite indagini, prima della rimozione?

In molti centri, la rimozione del FICC o del FICC-port prevede sempre una ecografia pre-rimozione.

Port anche in silicone?

No. Materiale poco affidabile rispetto al poliuretano: maggior rischio di dislocazione, maggior rischio di rottura.

Ma non è troppo traumatico per il pz rimuovere dopo pochi mesi il port?

No. Può essere invece un problema lasciare un port inutilizzato per anni!

La bicicletta con FICC port?

Non vi sono controindicazioni.

Ci sono indicazioni nell'utilizzo dei diversi gauge dell'ago di Huber?

Per la chemioterapia, si usano 20G o 21G.

Quando contro-lateralmente non abbiamo la possibilità di inserire un catetere "accessorio" al PICC port, che presidio scegliamo?

Un FICC, ad esempio.

A PROPOSITO DEI PICC PORT

Il PICC Port ha maggior rischio di infezione del PICC?

No, inferiore.

Come si può introdurre in un'azienda ospedaliera l'inserimento di picc port? (Già presente un TAV nell'ospedale)

Occorre redarre procedure aziendali e/o protocolli di reparto che prevedano tale attività e quindi addestrare specificamente il personale medico o infermieristico cui viene affidata la manovra.

Di solito si preferisce impiantare PICC in pz con k mammella in terapia adiuvante (di differente durata). Cade questo mito con i PICC-port?

Sì. Molte pazienti oggi fanno chemioterapia adiuvante tramite PICC-port (ovviamente, al braccio controlaterale alla patologia mammaria).

Essendo il braccio molto soggetto a movimenti, esistono maggiori possibilità di "spostamento" della camera rispetto al torace?

Dalle esperienze cliniche, sembrerebbe proprio di no.

Meglio pungere molto vicino al cavo ascellare e poi tunnellizzare o pungere sul torace in ascellare?

Entrambe le opzioni sono percorribili, ma la prima è meno invasiva e meno rischiosa.

Quant'è il rischio di dislocazione del PICC-port in pazienti giovani con vita attiva/sportiva? (In confronto al port toracico)

Non vi sono dati in letteratura, ma se l'attività sportiva riguarda il braccio in cui si dovrebbe porre il PICC-port, senz'altro un port toracico è preferibile. Il paziente ha un forte ruolo decisionale al riguardo.

Il BMI < 15 è una controindicazione al PICC Port?

No.

Per la neoadiuvante è sempre indicato il PICC? e per la chemioterapia post si rimuove e si mette PICC port?

Si può inserire un PICC-port e utilizzarlo sia per la adiuvante che per la chemioterapia post-operatoria.

Nel creare la tasca per alloggiare la camera quali sono i suggerimenti tecnici? (Come capire la profondità, visto che bisogna arrivare fino al muscolo bicipite?)

In realtà, la formazione della tasca è l'aspetto tecnico più semplice nella procedura di impianto del PICC-port.

Per la chemio domiciliare con elastomero meglio il PICC-port o il port toracico?

In termini di sicurezza del paziente, la opzione più sicura è un CVAD esterno; tra PICC-port e chest-port, il PICC-port ha meno rischio di stravasamento perché è più facile bloccare un ago di Huber sul braccio piuttosto che sul torace.

Ci sono PICC-port con catetere di calibro inferiore ai 4.5 Fr?

No. E non avrebbero senso.

Il PICC-port ha la stessa durata del port toracico?

Sì.

Meglio camera in plastica o titanio?

Indifferente; la maggior parte dei PICC port in commercio ha una camera in titanio con supporto esterno in materiale plastico.

Avevate sconsigliato infusioni continue da PICC port per un maggior rischio di dislocazione, oggi lo proponete come seconda scelta dopo il PICC, cosa è cambiato?

Le infusioni continue sono in genere più appropriate per i cateteri esterni (PICC, CICC, FICC) piuttosto che per i port (PICC-port, chest-port, FICC-port). I sistemi totalmente impiantabili hanno la principale indicazioni per infusioni discontinue (accesso meno frequente che una volta a settimana), purché di lunga durata (3 mesi o più).

Per differenziare i PICC port 'power' degli altri, si fa come per i port toracici?

Tale differenziazione è inutile, poiché tutti i port sono 'power injectable' (in quanto che una pressione anche di 200-300 PSI esercitata a monte dell'ago di Huber diventa di 50-100 PSI all'interno del reservoir); la etichetta di 'power' riferita ad un port ha una valenza soltanto commerciale, non scientifica.

PICC port: prima di essere utilizzato si deve aspettare la cicatrizzazione della tasca?

No – si può utilizzare subito (come d'altronde i port toracici o i FICC-port)

In un paziente con PICC port è possibile posizionare anche un PICC?

Certamente. Al braccio controlaterale, però.

A PROPOSITO DEI PORT TORACICI

Perché posizionare un port con catetere 6/7 Fr considerando che l'ago di Huber ridurrà comunque il flusso?

In realtà si possono usare anche port toracici con catetere da 5Fr. L'unico potenziale vantaggio del catetere da 6-6.5-7Fr è una maggiore stabilità e minore propensione alla 'tip migration'. Cateteri di diametro maggiore (8-9Fr) non hanno vantaggio alcuno e aumentano il rischio di trombosi.

Quando preferire un chest-port rispetto ad un picc port?

In presenza di inagibilità di entrambi gli arti superiori (problemi osteo-articolari, vene troppo piccole, problemi dermatologici, pregresse trombosi venose, pregressi svuotamenti ascellari, etc.) o in presenza di insufficienza renale cronica in stadio avanzato, piuttosto che un PICC-port si impianta un chest-port oppure un port chest-to-arm o al limite un FICC-port.

A PROPOSITO DELLE INDICAZIONI DEI PORT

Per la scelta tra CVAD tunnellizzato e TIVAD in più linee di chemioterapia con diversa frequenza di accesso è consigliabile basarsi sulla frequenza minore o più elevata?

La decisione va presa caso per caso, considerando la preferenza del paziente e la lunghezza dei periodi di non-uso.

In un paziente con chest-port o PICC-port con peggioramento delle condizioni è possibile posizionare un PICC per nutrizione parenterale, oppure meglio preferire un FICC?

Entrambe le opzioni sono percorribili; una terza opzione è quella di utilizzare il port per nutrizione parenterale (opzione da preferire se la prognosi del paziente è rapidamente infausta).

A PROPOSITO DELLA RIMOZIONE DEI PORT

Se un paziente prosegue la terapia solo con il mantenimento trisettimanale, il port va rimosso?

Il port va lasciato in sede finché è utile per la terapia endovenosa.

Concordo con le indicazioni alla rimozione di un Port non più necessario, capita però che non si trovi chi lo rimuova: si può lasciare senza irrigarlo più?

Domanda strana: una struttura in cui si trovano operatori che impiantano port ma non si trovano operatori che rimuovono i port vive una anomalia che va immediatamente sistemata. Comunque, se si ha la certezza che il port non verrà più utilizzato, è inutile lavarlo periodicamente.

A PROPOSITO DELLA INFEZIONE DEI PORT

Durante l'impianto di un port, nonostante la accurata antisepsi con clorexidina, per maggiore sicurezza, può avere del razionale mettere nella tasca lo iodio-povidone?

Non ha alcun senso. E' anche controproducente, poiché lo iodio-povidone non va usato all'interno dei tessuti (rischio di danno tissutale da iodio).

Ha del razionale bagnare la camera del Port nello iodio-povidone prima di inserirla nella tasca?

Non ha alcun senso (vedi sopra).

In caso di rossore esterno del Port come si valuta la complicità?

In questo caso, occorre una diagnosi differenziale tra tre complicanze: infezione, emorragia, stravaso.

Come comportarsi se dal dispositivo non si può fare emocoltura per la presenza di PWO? Lo si deve per forza rimuovere in presenza di febbre nel "dubbio"?

La decisione va presa caso per caso, considerando ad esempio la presenza di altre eventuali fonti ovvie di infezione e la gravità del quadro clinico.

E se il paziente ha febbre e brivido dopo un semplice lavaggio?

Va fatta una immediata emocoltura, tenendo presente che febbre e brivido possono essere causati da batteri ma anche da materiale pirogeno inerte.

La coltura della punta del catetere dopo la rimozione?

Non ha mai senso. La coltura della punta è gravata da un tasso altissimo di falsi positivi e falsi negativi, e non dà quasi mai informazioni utili.

Paziente ricoverato per altri motivi clinici, posso usare il port per infondere?

Se non si prevede un uso futuro del port per chemioterapia, certamente si può usare. Se il port è ancora in uso, è bene non utilizzarlo o almeno evitare il suo utilizzo per prelievi, trasfusioni o nutrizione parenterale.

È validato il lock terapeutico con taurolidina al 2%, piuttosto che con antibiotici?

Oltre a considerazioni basate sul buon senso e su evidenze indirette, sono stati già pubblicati studi clinici che ne dimostrano la efficacia.

È possibile posizionare un PICC in paziente che ha già un port o PICC-port?

Non vi sono controindicazioni.

Prima della rimozione di un port o PICC infetto sono necessari giorni o dosi di antibiotico terapia?

Se la diagnosi è certa (ovvero, definita tramite DTP), la rimozione va eseguita subito e contestualmente va iniziata la terapia antibiotica mirata. In molti casi, è un falso problema perché il paziente sta già ricevendo una terapia antibiotica empirica.

In caso di infusione in continuo (NPT, liquidi, etc.) è corretto non eseguire lo "scarto" ma prelevare direttamente emocolture?

Il prelievo per emocoltura non prevede mai 'scarto' (ma prevede sempre la rimozione del connettore senz'ago).

Quando non si riesce a fare il prelievo per emocolture da catetere causa guaina fibroblastica, come ci si comporta?

In assenza di possibilità di DTP, si agisce empiricamente sulla base della emocoltura periferica, valutando la situazione clinica caso per caso (tipo di germe, tipo di febbre, presenza di altre fonti di batteriemia, etc.)

La taurolidina può essere utilizzata anche per la disostruzione?

No. La taurolidina non è efficace in tal senso.

Consigliate la lock therapy anche per i CICC in terapia intensiva o è meglio sostituire il dispositivo nel caso di una colonizzazione?

La lock therapy è indicata in terapia intensiva soltanto in casi eccezionali (ad esempio, in terapia intensiva pediatrica per dispositivi di cui si prevede complessa o rischiosa la sostituzione).

In situazioni estreme, pz difficili etc., in mancanza di segni clinici obbiettivi di infezione della camera o del tunnel, è corretto sostituire su guida?

La infezione del dispositivo (documentata o sospetta) è una chiara controindicazione alla sostituzione su guida, tranne casi molto particolari (ad esempio: sostituzione con dispositivo analogo dotato di comprovata azione antimicrobica).

Le considerazioni sulla lock therapy sono valide anche per i tunnelizzati da dialisi o per questi ci sono accorgimenti differenti?

Nei cateteri per dialisi, la lock therapy non va fatta con taurolidina 2%, bensì con una soluzione di taurolidina 1.35% + citrato 4% oppure con una soluzione di EDTA tetrasodico 4%.

La taurolidina quanto deve essere lasciata per avere l'effetto desiderato in caso di infezione del dispositivo?

Almeno qualche ora al giorno (contatto minimo = 1 ora), per almeno 5 giorni consecutivi.

Pz portatore di Port a cui, per uso ospedaliero, sia stato posizionato un PICC: in caso di una infezione del PICC che comporti la sua rimozione, cosa fare del port?

Una DTP eseguita correttamente (emocoltura da port + emocoltura da PICC + emocoltura periferica) permetterà di identificare in un caso del genere quale dispositivo è realmente infetto e rimuovere soltanto quello.

L'uso preventivo della taurolidina in pazienti in NP: con che cadenza va instillata e quale è il tempo minimo di permanenza?

Almeno un'ora al giorno, per almeno tre volte a settimana.

Durante la terapia con lock il catetere può essere usato? O bisogna posizionare un PVAD/altro accesso per la terapia antibiotica sistemica?

Entrambe le opzioni sono percorribili.

Il lock di taurolidina va poi aspirato o iniettato con il lavaggio?

Si può evitare la aspirazione: la taurolidina immessa in circolo è innocua.

Ha senso impiantare un port per NP in casi di infezioni recidivanti di CVAD tunnelizzati?

No. Il rischio infettivo è lo stesso.

A PROPOSITO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI

Quindi potenzialmente un infermiere adeguatamente formato potrebbe posizionare anche un port toracico? Come posso fare se pur avendo le skills nella mia realtà gli anestesisti non mi consentono di impiantare dispositivi tipo PORT e CICC? La certificazione di un adeguato training per il posizionamento di picc o picc-port è legalmente obbligatoria o fortemente raccomandata? Un anestesista può inserire PICC senza essere in possesso di certificazione? Potete specificare cosa si intende per "essere formalmente assegnato a tale attività" riferito all'impianto di picc port da parte del personale infermieristica? Per l'impianto di dispositivi bisogna essere autorizzati e incaricati per iscritto dall'azienda o dal responsabile di reparto? Anche l'anestesista deve essere addestrato x impiantare cateteri centrali? un infermiere impiantatore di PICC, a livello legale, può posizionare ad esempio un catetere in vena femorale comune? Si parla di "addestramento e specifica formazione" ma non si approfondisce mai se un master o un corso. L'infermiere che posiziona DEVE avere master? Un team di infermieri che già impianta PICC ma non sono certificati per PICC port o chest port ... può impiantare un FICC?

I dispositivi di accesso venoso centrale di qualunque tipo (inclusi i PICC, i CICC, i FICC, i PICC-port, i port toracici, i FICC-port, eccetera) possono/debbono essere inseriti soltanto da operatori sanitari (medici o infermieri) specificamente e appropriatamente addestrati al posizionamento, purché tale loro attività sia prevista e approvata nell'ambito della unità operativa in cui detti professionisti operano; nella situazione ideale, la assegnazione di questa attività a determinati professionisti dovrebbe essere esplicitata nei protocolli della unità operativa. Tali attività di posizionamento di accessi venosi centrali non prevedono – dal punto di vista legale - alcuna 'certificazione', poiché si tratta di procedure assistenziali già previste sia nel profilo professionale del medico che nel profilo professionale dell'infermiere. Ciò nonostante, la singola unità operativa o la singola azienda ospedaliera può esigere – a propria discrezione – che il professionista che fa la manovra abbia seguito un determinato percorso formativo. E' ovvio che anche in assenza di tale normativa, il professionista (medico o infermiere) cui venga richiesta la attuazione di una certa procedura ha il diritto/dovere di rifiutare qualora non si senta specificamente e appropriatamente addestrato a eseguire la manovra.

Infine, a proposito dell'addestramento, è bene sottolineare come i documenti nazionali e internazionali (il più importante è la Consensus WoCoVA sulla formazione nel posizionamento di accessi venosi) definiscono assai bene il percorso formativo ideale (teoria – pratica su simulatori – pratica clinica con tutor – pratica clinica autonoma – audit finale), fermo restando che tale percorso deve essere specificamente riferito ad una determinata procedura. Tale percorso formativo può essere svolto in diversi contenitori didattici (corsi di addestramento, corsi di perfezionamento, master, etc.), a patto che sia mantenuto un livello qualitativo in linea con i documenti su citati.

Un medico ha esposto il seguente problema: se l'infermiere posiziona un port toracico causa un PNX, deve anche saperlo gestire.

La osservazione è assai peregrina e facilmente contestabile. Nel corso di un impianto di accesso centrale di qualunque tipo possono occorrere (raramente, per fortuna) complicanze che comunque travalicano le competenze dell'operatore, sia esso medico che infermiere, e che possono richiedere l'intervento di uno specialista: una aritmia improvvisa richiederà l'intervento del cardiologo, un attacco convulsivo l'intervento del neurologo, eccetera. Lo stesso pneumotorace può richiedere un intervento di un chirurgo o rianimatore abile nel posizionare drenaggi pleurici, qualora il medico operatore (ad esempio, oncologo, o semplicemente un chirurgo non pratico di drenaggi toracici) non abbia le sufficienti competenze.

Al livello medico legale nella mia regione Emilia-Romagna, io infermiere, non posso pungere le vene della sede cervico-toracica. Come è possibile sdoganare ciò?

Si tratta di una 'fake news'. Nel documento di riferimento della regione Emilia-Romagna (le linee di indirizzo pubblicate nel 2021, che per l'occasione mi sono letto integralmente) non si fa mai riferimento al fatto che la venipuntura in sede cervico-toracica sia appannaggio del medico piuttosto che dell'infermiere. Si tratta in realtà di un documento piuttosto equilibrato e condivisibile, anche se contiene alcune considerazioni cliniche 'datate' (cosa inevitabile considerando la evoluzione rapidissima delle conoscenze nel campo degli

accessi venosi) e qualche 'svarione' medico-legale (come ad esempio considerare il consenso informato un atto 'medico', in contrasto con la legislazione vigente).

Se durante un controllo di un dispositivo (pre-rimozione o altro), l'infermiere trova una CUS negativa, può scrivere quanto visto in cartella infermieristica? In presenza di sospetta infezione da catetere correlata se non c'è un medico esperto la decisione di come gestire il dispositivo può spettare ad un infermiere del PICC team? ...e riguardo la gestione delle complicanze, l'infermiere che ruolo? Se non è presente un medico esperto per la valutazione di un PICC la decisione di come gestire il dispositivo ricade sul PICC team? Saper fare la diagnosi della complicanza dopo un impianto, è un atto medico? La gestione delle complicanze occlusive è considerabile appannaggio infermieristico anche se vengono utilizzati farmaci senza avere effetti sistemici?

La diagnosi e il trattamento di complicanze non 'cliniche', ma che riguardano specificamente il dispositivo (rotture del tratto esterno; 'tip migration'; occlusione del lume; etc.) sono certamente appannaggio anche dell'infermiere. Al contrario, la diagnosi e il trattamento di complicanze 'cliniche' (che comportano un potenziale danno per il paziente: trombosi venosa, infezione, stravasamento, etc.) sono esclusivamente appannaggio del medico. Ciò nonostante, l'infermiere gioca un ruolo importante nel sospettare e segnalare le complicanze che comportano un potenziale danno al paziente o che richiedono la prescrizione di una terapia antibiotica o anticoagulante o una procedura terapeutica operativa (drenaggio di raccolta ascessuale, drenaggio pleurico, etc.). Poiché sia l'infermiere che il medico hanno ruoli precisi e importanti nel percorso assistenziale del paziente con accesso venoso, è ovvio come la situazione ideale sia la presenza di un team accessi vascolari multiprofessionale (medico-infermieristico) che contenga tutte le competenze necessarie per il monitoraggio, la diagnosi e il trattamento di qualunque complicanza.

A PROPOSITO DEL CONSENSO INFORMATO (a cura della dr.ssa Rita Celli)

È possibile redarre un consenso informato valido a livello nazionale? Valido sia per PICC che PICC-port?

È senz'altro possibile. Addirittura auspicabile. Sarebbe oltremodo utile avere un modello condiviso e identico per tutte le realtà ospedaliere sul territorio italiano, in modo da non creare disparità espositive. Il modello uniformato ritengo debba provenire da GAVeCeLT, unica società scientifica in grado di esporre ed includere correttamente tutti gli aspetti legati alla peculiare attività operativa.

Non può essere inteso però come "unico" per dispositivi diversi, ogni dispositivo deve avere un modulo distinto, anche se gli aspetti generali sono sostanzialmente identici.

Negli ospedali il consenso informato viene normalmente raccolto dallo specializzando, che non esegue in prima persona la procedura: è procedura lecita?

Assolutamente no. Nulla vieta che lo specializzando sia presente a fini didattici, chiedendo preventivamente il benessere del Paziente, ma le informazioni DEVONO essere trasmesse dall'operatore e il consenso DEVE essere raccolto dall'operatore in prima persona.

Il consenso informato sottoscritto poco prima della procedura è valido?

No. Il paziente deve avere il tempo di assimilare le nozioni che vengono trasmesse e decidere scientemente se accettare o rifiutare il trattamento proposto.

È vero che sul consenso informato non bisogna mettere la X né un puntino per indicare dove deve firmare il paziente?

È un falso problema. La firma deve essere apposta alla presenza dell'operatore che effettuerà la manovra, quindi non è necessario utilizzare segni per indicare dove firmare. Basta indicare lo spazio dedicato, se il paziente mostra indecisione in tal senso.

Anche i Midline sono soggetti a consenso informato?

Sì.

Il consenso informato deve sempre essere scritto? E per qualunque procedura? Ad es anche per una agocannula?

La Legge lo impone con estrema chiarezza. DEVE essere scritto. Nessun'altra modalità è accettata. È previsto e obbligatorio per qualsiasi procedura che esuli dalla routine.

In caso di incapacità di intendere e volere a causa di condizione clinica, assenza di tutore ed età >18 del pz, come procedere ad un impianto senza consenso informato?

Se per infermità mentale (assoluta o temporanea) il paziente non è in grado di fornire il consenso, sarà l'operatore a scegliere e decidere per lui/lei. Un recentissimo parere della Cassazione afferma, altresì, che bisogna vigilare sul paziente incapace e cogliere anche solo uno sprazzo di lucidità per poter così trasmettere gli elementi utili per ottenere il consenso. Se tale lucidità non è mai ravvisabile, l'incapacità di intendere e volere rappresenta l'unica deroga giuridicamente accettabile alla raccolta del consenso informato.

Consenso informato anche per Midline o mini-Midline?

SI. Sono definibili "manovre invasive non routinarie", pertanto il Paziente deve conoscere rischi e benefici nel dettaglio per poter scegliere.

Se il medico è stato temporaneamente nominato tutore legale del pz, è tenuto a firmare il consenso informato? O la richiesta del posizionamento è sufficiente?

Se il medico che ha in cura il paziente è anche il tutore, il modulo del consenso non è necessario. Predisporrà trattamenti e attività correlate nell'esclusivo interesse del proprio paziente, che incidentalmente è anche il suo tutelato. Sarà sufficiente annotare in cartella clinica le attività predisposte, le finalità, la durata delle stesse. È importante includere in cartella clinica il documento che attesta la sua nomina a tutore temporaneo.

È necessario fare firmare un consenso informato anche per i mini-Midline o cannule lunghe? Nel caso specifico di Vygon 4fr 8 cm utilizzati come mini-Midline?

SI. In quanto esuberanti dalla routine. Il consenso informato è un atto liberatorio, la sua presenza in cartella clinica non è mai superflua.

Di fronte ad un paziente che necessita di PICC ma non è in grado di firmare il consenso informato, l'operatore come deve comportarsi? Può procedere senza consenso?

L'operatore in questi casi agisce nell'interesse del paziente, quindi scriverà in cartella clinica che in assenza di capacità del paziente agisce con l'attività prevista al solo scopo di fornire al paziente la migliore strategia terapeutica possibile nel caso specifico.

Se il pz acconsente verbalmente ma non è in grado di firmare (impossibilitato fisicamente) si può scrivere sul consenso che acconsente in presenza di testimoni?

In questi casi la presenza di testimoni è importante, ma i testimoni devono solo essere identificabili compiutamente e non è richiesto che firmino in vece del Paziente.

In quali casi specifici è valido il consenso informato richiesto con la dicitura "stato di necessità"?

Domanda subdola. Se vige uno "stato di necessità", che deve essere attuale, NON è necessario informare il paziente e raccogliere il consenso. Si procederà alla raccolta del consenso per ulteriori attività quando e se il paziente avrà recuperato capacità e volontà. Il comportamento dovrà essere modulato in funzione delle "attuali" condizioni del paziente.

Il consenso deve essere acquisito soltanto da chi esegue la procedura?

Assolutamente SI.

Il consenso informato cambia nel caso di un atto terapeutico oppure assistenziale?

Dipende. Posto che il consenso è definito "informato" quindi si trasmettono al paziente nozioni diverse di volta in volta, posto poi che un atto terapeutico potrebbe essere diverso da un atto assistenziale, posto quindi che le informazioni potrebbero differire nei due casi, posto tutto ciò, è giocoforza che il consenso sia diverso se le attività sono diverse.

C'è da chiedersi: È proprio necessario raccogliere il consenso per un atto assistenziale? Dipende dal tipo di attività assistenziale. Se è invasiva allora sì.

Il consenso informato scritto deve essere applicato anche per i Midline e mini-Midline?

Sì perché esuberano dalla routine e le complicanze possono essere più importanti rispetto ad altre attività che pacificamente possono essere ricomprese in quelle che implicitamente rientrano nella generica condizione di assistenza in corso di ricovero.

Dovrebbe essere raccolto il consenso anche prima di un trattamento farmacologico?

Non è previsto dalla norma. Il consenso informato è attività mandatoria solo per attività che potrebbero causare lesioni personali incluse nel dettato normativo (583 c.p.). Senza il consenso del paziente si tratterebbe di lesioni dolose.

Per un paziente non in grado di rilasciare un consenso e che necessita di un accesso a medio lungo termine, è possibile avvalersi dello stato di necessità?

Ci si avvale dell'art.43 c.p. soltanto in caso di necessità attuale. In tali condizioni si può procedere in deroga di consenso informato.

Nel momento in cui ho necessità di posizionare un accesso venoso profondo periferico in un paziente disorientato ho necessità di consenso informato?

Solo se la condizione di disorientamento è una condizione che annulla in quel momento (attualità della situazione) la capacità del paziente di intendere e volere, e solo se in quel preciso momento è indispensabile procedere con la manovra salvavita. In caso contrario il tutto dovrà essere differito.

Il consenso prima dell'impianto di un PICC port da chi deve essere proposto e controfirmato, dall'oncologo prescrittore o dall'infermiere che fa l'impianto?

Senza dubbio alcuno dall'infermiere impiantatore. Il prescrittore si farà carico solo della effettiva necessità di prescrizione del dispositivo.

Come mai viene richiesto il consenso scritto per posizionare un CVC e non viene invece richiesto per posizionare un sondino naso-gastrico o un catetere vescicale?

In realtà si dovrebbe richiedere anche per un SNG o per un catetere vescicale, posto che le complicanze insite nelle rispettive manovre potrebbero essere molto importanti. In effetti, in tutte le cartelle cliniche, passate sino ad oggi al mio vaglio, i consensi per queste due manovre sono sempre inclusi.

Dalla necessità di informazione preventiva di almeno 24-48 h (per il diritto autodeterminazione), la firma del consenso immediatamente prima della procedura è comunque valido?

La domanda non è sufficientemente chiara. Spiego perché. Se al paziente sono state fornite informazioni in un arco di tempo sufficiente per autodeterminarsi, la firma è solo la conclusione della trasmissione delle notizie e sancisce solo la scelta. Quindi sì, può firmare poco prima della manovra. Se invece le informazioni sono appena state trasmesse, firmare in quel momento non è corretto. Intendiamoci, il paziente potrebbe a posteriori sostenere che non ha avuto il tempo per comprendere appieno i risvolti legati alla procedura.

Cosa fare per consenso informato se il paziente è disorientato spazio tempo e non ha un tutore legale?

La scelta di effettuare la manovra diventa diretta responsabilità della figura sanitaria chiamata a intervenire, che opererà perseguendo esclusivamente il benessere del paziente, in accordo con le Linee Guida, le raccomandazioni, le direttive aziendali, la buona pratica clinica.

Come ci possiamo comportare con pazienti che non hanno la capacità meccanica a firmare o momentaneamente non in capacità di firmare?

È sufficiente richiedere la presenza di testimoni (identificabili compiutamente) per le tre distinte fasi.

La prima: trasmissione delle notizie legate alla procedura.

La seconda: a distanza di un congruo intervallo temporale il paziente dichiara di aver compreso quanto trasmesso verbalmente. (Lo si può interrogare per avere la certezza)

La terza: la dichiarazione verbale che tale procedura viene accettata o rifiutata.

In questi casi la cautela deve essere di massimo grado, dati i presupposti iniziali.

Se il medico autorizza alla procedura in pz non in grado di firmare consenso informato, l'operatore a livello giuridico in caso di denuncia è responsabile?

Questa domanda, invero molto interessante, individua due potenziali responsabili e due diversi scenari.

Partiamo dal presupposto che si opererà in deroga all'obbligo di raccolta di consenso/dissenso informato a causa di situazione attuale che ne impedisce l'ottemperanza (stato di necessità).

Ognuno dei soggetti coinvolti, ipoteticamente, potrebbe essere chiamato a rispondere di eventuali danni patiti dal paziente, ma per motivi diversi.

Il medico prescrittore: solo se non era in atto una effettiva ed attuale necessità alla messa in atto della manovra potenzialmente pericolosa.

L'operatore: se la prescrizione non rientrava nello stato di necessità.

Partendo dal presupposto fondamentale che il medico prescrittore non è intitolato in alcun modo a raccogliere il consenso/dissenso del paziente, aggiungendo che è l'operatore a dover ottemperare a tale obbligo, vediamo bene che anche l'operatore deve verificare se lo stato di necessità è effettivamente attuale. Se così è, può procedere e non risponderà di alcunché.

Come ci si comporta con paziente non cosciente in terapia intensiva?

Le decisioni sono demandate TUTTE a chi lo ha in cura e ne ha cura.

Come gestire lo stato di necessità? In caso ad esempio di procedura invasiva in persona non in grado di esprimere il consenso e senza tutore legale?

Lo stato di necessità è una condizione esimente. Si procede nell'esclusivo interesse del paziente senza nessun obbligo di consenso/dissenso.

In conclusione, l'operatore che impianta il dispositivo deve dare le informazioni al paziente e firmare il consenso?

Assolutamente SÌ. Non è né contemplato, né ammesso alcun diverso atteggiamento.

Il consenso informato scritto in diaria al momento della procedura con firma medico e paziente, è valido?

NO. La forma è imposta dalla Legge. Non è più accettato un consenso/dissenso sotto forma di generica annotazione in diaria.

Cucire un consenso informato per singolo paziente come redigere un verbale significa fare molti meno impianti. Per questioni di tempo. Come risolvere il problema?

Il problema "tempo", purtroppo, è direttamente proporzionale alla mancanza di un numero adeguato di figure professionali operanti nel settore. Ma questo non deve riverberarsi su eventuali responsabilità che potrebbero discendere da manchevolezze giuridicamente rilevanti. Non comportarsi in maniera adeguata potrebbe sfociare nel dover rispondere di inadempienze.

Come ci si comporta col paziente non cosciente in terapia intensiva?

Si prederanno le decisioni più opportune, di volta in volta, e a seconda delle necessità.

In sintesi, l'operatore può procedere all'impianto senza consenso se il paziente non è in grado di esprimerlo?

SÌ.

Esistono consensi informati in tre tempi (prima visita con diagnosi, visione esame secondo livello con proposta intervento, firma al ricovero). Hanno senso?

Il consenso informato è un atto indispensabile per manovre che potrebbero ledere l'integrità psico/fisica del paziente. La prima visita con diagnosi non è un atto invasivo.

Il consenso/dissenso deve essere raccolto solo nel momento in cui si trasmettono al paziente le notizie relative a una manovra invasiva.

Effettivamente così tanti moduli di consenso/dissenso sono esuberanti, e sono entrati a far parte della cartella clinica nel contesto di quella che si definisce da tempo "medicina difensiva". Molti sono del tutto inutili e ridondanti.

Un video può aiutare per la raccolta del consenso?

Se per "video" si intende una spiegazione visiva della manovra che si vuole effettuare, bisognerà prendere in considerazione di volta in volta la capacità del paziente di osservare la manovra senza particolari coinvolgimenti emotivi che potrebbero sfociare in un dissenso per puro e semplice timore. Per noi operatori della sanità sono immagini del tutto usuali, per un paziente sono decisamente crude.

Se invece si intende la videoregistrazione delle fasi della raccolta del consenso, a tutta prima, direi proprio di sì. È previsto dalla norma e può essere di aiuto in svariate situazioni (paziente impossibilitato a scrivere, paziente riottoso, paziente che sembra più propenso a dissentire che ad assentire, paziente che interpone numerosi, speciosi quesiti alla sottoscrizione, etc...).

Richiesta di accesso vascolare per un pz ricoverato non in grado di dare il consenso ma c'è una DAT e il medico insiste nella richiesta; come mi comporto?

Si procede con l'impianto se le Disposizioni Anticipate di Consenso contemplano tutte le attività sanitarie.

Per paziente demente con amministratore di sostegno, in caso di necessità di impianto PICC, è necessario che sia l'amministratore di sostegno a firmare il consenso?

Solo se è il giudice ad autorizzarlo. L'amministratore di sostegno NON può firmare il consenso a trattamenti medici in vece del Paziente perché tali atti rientrano nell'ambito di quelli definiti dalla norma vigente PERSONALISSIMI, e che pertanto rimangono in capo alla persona protetta. Sarà chi l'ha in cura a decidere per lui/lei se vige l'impossibilità di trasmissione. In caso contrario sarà l'interdetto/inabilitato a prendere la decisione.

RIFERIMENTO NORMATIVO: art. 404 e seguenti. c.c. e Legge n. 219/2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

In particolare, il dispositivo dell'articolo 3, comma 4, della legge: "Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere."

Per l'impianto di accesso vascolare pre-operatorio occorre raccogliere consenso informato specifico (PICC,..mini-Midline) oppure è sufficiente quello anestesiológico?

È fondamentale la presenza in cartella della modulistica specifica.

Per raccogliere un consenso firmato a domicilio di una grande anziana che ha difficoltà a firmare come bisogna comportarsi? Firma il coniuge figli etc.?

La sottoscrizione da parte di familiari non ha alcuna rilevanza giuridica.

Sarà la paziente ad esprimere il consenso/dissenso.

Se in forma orale: alla presenza di testimoni identificabili fattualmente.

Magnifica presentazione! Come contattare la dr.ssa Rita Celli?

Magnifici congressisti. Al cellulare (327 3788608) o via e-mail (cellirita1@gmail.com).



A PROPOSITO DEGLI ACCESSI FEMORALI – pag.1
A PROPOSITO DI MIDLINE E MINI-MIDLINE – pag.2
A PROPOSITO DI TROMBOSI E GUAINA FIBROBLASTICA – pag.4
A PROPOSITO DELLA RIMOZIONE DEL DISPOSITIVO ESTERNO – pag.5
A PROPOSITO DELLA TUNNELLIZZAZIONE – pag.6
A PROPOSITO DI INFEZIONE – pag.7
A PROPOSITO DI TIP LOCATION – pag.9
A PROPOSITO DI CICC – pag.10
A PROPOSITO DEL NEONATO – pag.11
A PROPOSITO DELL’ANCORAGGIO SOTTOCUTANEO – pag.11
A PROPOSITO DEI PICC – pag.13
A PROPOSITO DELL’ADDESTRAMENTO – pag.14
A PROPOSITO DELLA COLLA IN CIANOACRILATO – pag.15
A PROPOSITO DEI SISTEMI WIRELESS – pag.17
A PROPOSITO DEI FICC PORT – pag.17
A PROPOSITO DEI PICC PORT – pag.18
A PROPOSITO DEI PORT TORACICI – pag.20
A PROPOSITO DELLE INDICAZIONI DEI PORT – pag.20
A PROPOSITO DELLA RIMOZIONE DEI PORT – pag.20
A PROPOSITO DELLA INFEZIONE DEI PORT – pag.21
A PROPOSITO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI – pag.23
A PROPOSITO DEL CONSENSO INFORMATO (a cura della dr.ssa Rita Celli) – pag.24