



Quick-Alert®



N° 47^(V1)

«RESPONSABILITÀ PER LA CORRETTA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI (CVC)»

Segnalazioni trasmesse alla Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera:

Caso 1*

«Il mattino del 10.10.18 ho trasferito in reparto un paziente con un CVC a tre lumi inserito il giorno precedente. Questo paziente ha un passato di politossicodipendenza e quindi dispone di pessime vene. In reparto, i valori di O2 del paziente sono peggiorati al punto che è dovuto tornare da noi. Quando ho guardato il CVC, il lume mediale era completamente appiccicoso e annodato. Anche il primario l'ha notato subito. Abbiamo chiesto all'infermiera in reparto e lei ci ha detto di rivolgerci al medico assistente, lei si è limitata a seguire la prescrizione. La caporeparto ha informato la specialista in igiene, che è subito arrivata. L'igiene ha coinvolto il gruppo CIRS e il primario ha informato il medico assistente del reparto. Il giorno successivo, al paziente è stato inserito un CVC a un lume. In precedenza, era stato punto circa 8 volte prima di riuscire a inserire il CVP.»

Caso 2*

«Il paziente è stato trasferito da noi nel reparto di terapia intensiva interdisciplinare con un catetere volumetrico MAC (con funzione di CVC). Purtroppo, nessuno

ci ha spiegato gestione, quindi è stato trattato come un normalissimo CVC e usato per prelievi di sangue e infusioni. Il medico assistente/capo clinica ha poi prescritto che il MAC venisse sfilato dal personale infermieristico. Quando mi sono informata, ho scoperto dal reparto di terapia intensiva interdisciplinare che questo tipo di catetere deve essere sfilato da un medico con esperienza per via dell'elevato rischio di emorragia. Ho fatto NUMEROSE telefonate a medico assistente/capo clinica/medico di turno in chirurgia/anestesia, ma nessuno riteneva fosse di sua competenza, tanto meno si è detto disposto a sfilare il catetere. Infine, se ne è occupato l'anestesista.»

Caso 3*

«Per una paziente con un CVC a tre lumi è stata organizzata una risonanza magnetica. Come da direttive per le cure infermieristiche, tutti i lumi sono stati mantenuti aperti con perfusori. Quando è giunto il suo turno, la paziente è stata accompagnata dall'operatrice sociosanitaria al terzo anno di formazione. Il collaboratore della risonanza ha detto che per l'esame il CVC andava chiuso e così ha fatto. La

ragazza in formazione è stata rispedita in reparto con la piantana e i tre perfusori. Quando ha chiesto all'infermiera se era giusto procedere così, quest'ultima l'ha rimandata indietro per ricollegare le infusioni al CVC senza perfusori. Per fortuna, tutti i lumi erano ancora liberi!»

Caso 4*

«Su prescrizione del medico, alla paziente con catetere venoso centrale a tre lumi è stato applicato un filtro PALL al sistema di infusione. Il medico ha «montato» il primo filtro e pregato l'infermiera di occuparsi degli altri due. L'infermiera non li conosceva, chiedendo a una collega, che si è occupata dei due filtri. Dopo aver applicato i filtri, l'infermiera ha chiesto al medico a che cosa servissero, a che cosa occorre prestare attenzione e con quale frequenza devono essere sostituiti. (...)

*Lingua originale tedesco

COMMENTO DA PARTE DEGLI ESPERTI

I cateteri venosi centrali (CVC) sono considerati indispensabili nella moderna presa a carico dei pazienti negli ospedali acuti. Il ricorso a CVC a uno o più lumi offre al team di cura e ai pazienti possibilità diagnostiche e terapeutiche impossibili con un accesso venoso periferico (1). L'indicazione per un CVC deve essere accuratamente ponderata tenendo conto della frequenza, dell'utilità e del numero di lumi a fronte dei potenziali rischi e complicanze. Oltre a una extravasazione o a un'infezione associata al cateterismo, possono infatti insorgere complicanze meccaniche e/o trombotiche (1-5). È quindi importante verificare l'indicazione prima dell'inserimento e ogni giorno durante l'utilizzo di un CVC.

Le segnalazioni CIRNET citate all'inizio del documento dimostrano che nell'assistenza ai pazienti con CVC in reparti di degenza e/o in settori diagnostici e terapeutici (p.es. radiologia, endoscopia, dialisi ecc.) possono insorgere problemi che ne mettono a repentaglio la sicurezza. Tra le possibili cause di tali problemi figurano, oltre alla mancanza di conoscenze e capacità nella gestione del CVC, responsabilità non chiaramente definite e una comunicazione insufficiente tra i gruppi professionali.

Una gestione tecnicamente corretta del CVC esige dai membri del team multidisciplinare grande competenza teorica e pratica. Le nozioni teoriche e la gestione pratica del CVC vengono trasmesse in misura differente nelle varie formazioni. Di conseguenza, possono verificarsi gestioni incerte ed errate del CVC. Soltanto il perfezionamento e una presa a carico regolare di pazienti con CVC consentono al personale di acquisire le necessarie sicurezza e capacità. È quindi importante offrire formazioni interne (6).

Per garantire e promuovere la corretta gestione del CVC, servono tassativamente direttive interne basate sull'evidenza e un'implementazione mirata dei contenuti. Tali direttive contengono istruzioni concrete, nonché regolamentazioni dei processi informativi e delle responsabilità in seno al team multidisciplinare.

Gli istituti sanitari sono sollecitati a mettere a disposizione direttive aggiornate sulla gestione del CVC e personale formato sufficientemente qualificato per occuparsi del CVC (7).

RACCOMANDAZIONI

- Di principio, solo personale diplomato con le specifiche formazione ed esperienza si occupa dei cateteri venosi centrali (CVC)!
- Gli istituti sanitari designano interlocutori specifici (specialisti qualificati) per i collaboratori dei reparti/settori diagnostici e terapeutici.
- I collaboratori devono conoscere tutti i CVC utilizzati a cui mettono mano, anche i cateteri venosi centrali a inserimento periferico (PICC).
- Per assicurare la corretta gestione dei CVC, gli istituti sanitari mettono a disposizione in luoghi accessibili a tutti e, idealmente, in formato elettronico direttive aggiornate, orientate ai processi e basate sull'evidenza.
- Per le terapie endovenose, deve essere comunicato chiaramente quale lume del CVC può essere utilizzato per la terapia (p.es. marcatura del lume, documentazione nella cartella del paziente).
- Non vanno impiegati strumenti invasivi (cateteri, sonde, drenaggi) se non se ne prevede un'utilità per il paziente. La loro necessità (in particolare prima del trasferimento di un paziente) deve essere rivalutata ogni giorno con l'obiettivo di interromperne l'uso al più presto.
- Il trasferimento di un paziente con CVC presuppone la garanzia di una presa a carico successiva qualificata.
- Al trasferimento, nel caso ideale la consegna del paziente è svolta in presenza del paziente stesso e contiene tutte le informazioni rilevanti in merito al CVC. A questo scopo, occorre garantire che la documentazione sia completa (p.es. indicazione, data dell'inserimento, numero di lumi, destinazione d'uso dei lumi, medicazione del punto di inserimento ecc.).
- Quando entrano in servizio, i nuovi collaboratori vengono istruiti sul piano teorico e introdotti sul piano pratico alla gestione del CVC sulla base delle direttive interne. Successivamente, collaboratori formati e con esperienza del reparto assicurano la supervisione/l'intervisione.
- Deve essere fornita la prova di aggiornamenti organizzati regolarmente per tutti i collaboratori che si occupano di CVC (p.es. sotto forma di simulazioni interdisciplinari o discussioni di casi).
- «Speak-up»: segnalazione vicendevole tra le varie professioni e gerarchie di aspetti che mettono a rischio la sicurezza dei pazienti. Il personale deve inoltre avere il coraggio di comunicare le proprie incertezze nella gestione dei CVC.

Letteratura di approfondimento

1. Bell T, O'Grady NP. Prevention of central line-associated bloodstream infections. *Infectious Disease Clinics of North America* 2017;31(3):551-9.
2. Templeton A, Schlegel M, Fleisch F, Rettenmund G, Schöbi B, Henz S, et al. Multilumen central venous catheters increase risk for catheter-related bloodstream infection: prospective surveillance study. *Infection* 2008;36(4):322-7.
3. Zürcher M, Tramèr MR, Walder B. Colonization and bloodstream infection with single- versus multi-lumen central venous catheters: a quantitative systematic review. *Anesthesia & Analgesia* 2004;99(1):177-82.
4. Blot K, Bergs J, Vogelaers D, Blot S, Vandijck D. Prevention of central line-associated bloodstream infections through quality improvement interventions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 2014 Jul 1;59(1):96-105.
5. Lippuner T, Walder B. Der zentralvenöse Katheter - Nutzen versus Risiko. *INFO Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie* 1/05. 2005.
6. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen. Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2017;60(2):171-206.
7. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *American Journal of Infection Control* 2011;39(4, Supplement 1):S1-34.
8. Gehring K, Grande B, Kolbe M, Schwappach D. speak up – Quando tacere è pericoloso. Pubblicazione N° 8. Gehring K, Schwappach D, editori. Zurigo, Svizzera: Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera; 2016. P. 1-54.

Autori ed esperti coinvolti nello sviluppo

- Kerker-Specker Carmen, MScN, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Dr. Frank Olga, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Bernhart-Just Alexandra, già responsabile Scienze infermieristiche e sviluppo cure, Bethesda Spital AG; già Vicepresidente dell'Associazione svizzera per le scienze infermieristiche e Presidente della società accademica di cure acute († 2018)
- Bosshart - Baumann Katharina, specialista clinica di scienze infermieristiche MScN, centro di scienze infermieristiche cliniche (Zentrum Klinische Pflegewissenschaft Z-KPW), ospedale universitario Zurigo
- Desmedt Mario, Vicepresidente Swiss Nurse Leaders; Direttore cure, Hôpital ophthalmique Jules-Gonin (HOJG) Fondation Asile des aveugles (FAA), Losanna
- Dobrowolska Karolina, responsabile servizi radiologia, Hirslanden AG
- Fliedner Monica, collaboratrice scientifica Direzione Cure/settore medico-tecnico-terapeutico, InselGruppe Berna
- Friedli-Wüthrich Heidi, responsabile sviluppo cure, Spital Emmental; membro della Commissione qualità della Società svizzera di medicina intensiva (SSMI)
- Fröhlich Martin Robert, diplomato in scienze infermieristiche e della salute, esperto diplomato in cure intense SPD SSS, specialista in cure infermieristiche, istituto di medicina intensiva ospedale universitario di Zurigo; membro della Società svizzera di medicina intensiva (SSMI)
- Herion Christian, PhD, MME Università di Berna esperto in cure anestesia diplomato SPD SSS, ospedale cantonale Aarau; Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti (SIGA/FSIA)
- Massebiaux Cécile, infermiera esperta clinica in cure acute, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Meier Marie-Theres, esperta prevenzione infezioni, ospedale universitario di Zurigo; Presidente del fibs (Gruppo d'interesse degli esperti in prevenzione delle infezioni e dei consulenti in igiene ospedaliera dell'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI))
- Moeller Peter, infermiere esperto clinico, Ospedale Beata Vergine di Mendrisio, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)
- Schild Barbara, Caposervizio Anestesiologia, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC); Co-Presidente della Società svizzera di medicina d'urgenza e di salvataggio (SSMUS)
- Schumacher Philippe, primario di anestesiologia, Bürgerspital Soletta; Presidente della Fondazione per la sicurezza dei pazienti in anestesia della Società svizzera di anestesia e rianimazione (SGAR/SSAR)
- Vonmoos Roland, responsabile Cure e anestesia, ospedale cantonale di Aarau; Commissione SIGA/FSIA Gestione, Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti

Approvato dai seguenti gruppi/associazioni specialistiche

- Gruppo d'interesse degli esperti in prevenzione delle infezioni e dei consulenti in igiene ospedaliera (fibs) dell'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
- Cure Oncologiche Svizzera
- Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
- Società svizzera di medicina intensiva (SSMI)
- Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti (SIGA/FSIA)
- Associazione svizzera dei tecnici di radiologia medica (ASTRM)
- Associazione svizzera per le scienze infermieristiche (APSI)
- Fondazione per la sicurezza dei pazienti in anestesia della Società svizzera di anestesia e rianimazione (SGAR/SSAR)
- Swiss Nurse Leaders

Indicazione

Questa problematica ha una rilevanza interregionale. Verificate la sua incidenza nel vostro istituto e, coinvolgendo le funzioni aziendali preposte, fate in modo che la problematica sia comunicata in modo mirato e se necessario esteso.

Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale e decidere se le stesse debbano essere adottate in modo obbligatorio, modificate o cestinate. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.

Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurigo

Tel. +41 43 244 14 80
info@sicurezzaepazienti.ch
www.sicurezzaepazienti.ch