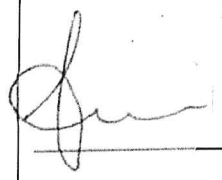
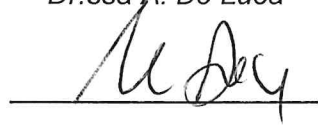


 ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
		Pag. 1 di 10

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Responsabile UOSD Terapia del Dolore <i>Dr. B. Coccetti</i>		U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico <i>Dr.ssa A. S. Morgante</i> 	Direzione Sanitaria Aziendale <i>Dr.ssa A. De Luca</i> 
<i>Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.</i>			

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO
01/12/2022	0	Prima stesura

Gruppo di Lavoro

UOC Anestesia e Rianimazione

- Dr. B. Coccetti
- Dr.ssa A. D'Amario
- Inf. B. Franchi
- Inf. R. Lancia
- Inf. E. Quattrocchi

UOC Gestione Personale di Assistenza – Dott. A. Aguzzi

UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico – D.ssa Albertina Miccadei

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022 Pag. 2 di 10

Prevenzione delle infezioni: GESTIONE DELL'ACCESSO VASCOLARE – Fase 3 POST-impianto

I macroambiti assistenziali di un paziente con un accesso vascolare si dividono in 3 fasi:

1. PRE-impianto
2. INTRA-impianto
3. POST-impianto

Per quanto riguarda la fase 1 e 2 è stato elaborato e prodotto da questa UOSD il documento "ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'INDICAZIONE E L'INSERIMENTO DI CATETERI VENOCENTRALI AD INSERIMENTO PERIFERICO (PICC) E DEI MIDLINE" pubblicato in data 02/11/2021, approvato dalla U.O.C. Risk Management, Qualità ed Audit Clinico e dalla Direzione Sanitaria e consultabile sul sito www.asl.rieti.it.

La fase POST-impianto è caratterizzata dalla gestione dell'accesso vascolare che comprende il monitoraggio del sito di emergenza e la sua medicazione. Tale monitoraggio consiste nella quotidiana ispezione e/o palpazione del punto in cui il catetere fuoriesce dalla cute, senza rimuovere la medicazione. L'obiettivo di tale sorveglianza è di verificare lo stato della medicazione e di rilevare precocemente sintomi o segni locali di infezione (eritema, essudato, dolore, etc.). Nel caso in cui la medicazione sia staccata o sporca o bagnata e nel caso in cui si sospetti alla palpazione una flogosi locale, si deve procedere alla sostituzione della medicazione.

L'ispezione più attenta del sito di emergenza, a medicazione rimossa, consentirà di quantificare il grado di flogosi locale, utilizzando uno score visuale tipo Visual Exit-site Score riportato nella figura dell'articolo: "Un approccio globale alla prevenzione delle complicanze del catetere venoso centrale: risultati di una sorveglianza prospettica di 10 anni nei pazienti ematologici-oncologici pediatrici" ed. Springer – (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00277-016-2634-x>).

Per l'antisepsi dell'exit-site del catetere venoso durante i cambi della medicazione usare clorexidina al 2% in alcool isopropilico al 70% (o iodio povidone nei pazienti con sensibilità accertata alla clorexidina), preferibilmente tramite un applicatore monodose e lasciare asciugare (EPIC 2014). La medicazione da utilizzare sull'exit-site dei cateteri non tunnellizzati deve essere sterile, trasparente, semipermeabile in poliuretano e deve essere sostituito routinariamente ogni 7 giorni. Per i pazienti con sudorazione profusa o nel caso in cui sia sanguinante o in presenza di secrezioni, usare medicazione con garza (da cambiare ogni 48 ore) da sostituire con una medicazione semipermeabile trasparente prima possibile (EPIC 2014).

Per i cateteri a lungo termine tunnellizzati la medicazione è necessaria solo fino a completa cicatrizzazione del sito di emergenza cutanea (EPIC 2014). Il vantaggio delle medicazioni in poliuretano (PUR) sta nella sua impermeabilità, cioè la capacità di non permettere l'ingresso di batteri e fluidi ma al contempo permette gli scambi gassosi, inoltre il suo essere trasparente permette l'ispezione continua dell'exit-site del catetere. Inoltre, le linee guida SHEA 2014 e EPIC 2014 indicano di utilizzare medicazioni contenenti clorexidina in pazienti al di sopra dei due mesi di età.

Le medicazioni a lento rilascio di clorexidina permettono un'antisepsi continua dell'exit-site del catetere per un tempo di 7-10 giorni. Si consiglia l'utilizzo in base alle condizioni clinico-assistenziali del paziente.

La periodicità della sostituzione della medicazione è la seguente:

- In caso di medicazione semipermeabile trasparente ogni 5-7 giorni o nel caso si presenti visibilmente sporca, staccata o bagnata (SHEA 2014, EPIC 2014);

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
		Pag. 3 di 10

- In caso di medicazione in garza di cotone o tessuto non tessuto la periodicità è al bisogno o ogni 48 ore e nel caso si presenti visibilmente sporca, staccata o bagnata (EPIC 2014, SHEA 2014).

Utilizzare cappucci contenenti un antisettico (port protectors) così da proteggere i punti di accesso alle linee infusionali (evidenza I – SHEA 2014). Se non sono disponibili port protectors i Needle Free Connectors (NFC) devono essere sempre disinfettati prima dell'utilizzo perché rappresentano una via potenziale di contaminazione microbica intraluminale. Gli antisettici consigliati per tale manovra sono la clorexidina al 2% su base alcoolica, l'alcool isopropilico al 70% da applicare strofinando vigorosamente la superficie del NFC e rispettando i tempi di azione del disinfettante, ovvero fino alla completa asciugatura della soluzione.

L'ispezione del sito di inserzione del catetere deve essere eseguita giornalmente.

SISTEMA DI FISSAGGIO DEL DEVICE

È raccomandato l'utilizzo di sistemi di fissaggio sutureless con il vantaggio di stabilizzare il device, facilitare l'antisepsi cutanea e migliorare la compliance del paziente (EPIC 2014, INS 2016). La sostituzione di tali dispositivi è settimanale. Il fissaggio del device con punti di sutura è da riservare esclusivamente ai casi in cui non è applicabile un sistema di fissaggio sutureless (es. cateteri di grosso calibro multilume posizionati in vena giugulare).

PRATICA DI LAVAGGIO FLUSH E DEL LOCK

Tale pratica viene utilizzata per la prevenzione delle occlusioni e per la gestione del rischio infettivo. Per prevenzione delle occlusioni è indicato l'utilizzo della soluzione fisiologica (fiale monouso o siringhe pre-riempite) sia per il flush che per il lock.

In passato le soluzioni di eparina a diverse concentrazioni sono state utilizzate a tale scopo. Numerosi studi confermano che il lavaggio periodico con soluzione salina isotonica è ugualmente efficace nel mantenere la pervietà dei cateteri utilizzati per terapie intermittenti, evitando al contempo complicazioni legate all'uso di eparina (Amts Lj, 2011). Nessuno studio affronta la modalità di lavare i cateteri venosi periferici con soluzione salina ma la pratica comune è quella di utilizzare da 2 a 10 ml di soluzione salina isotonica dopo ogni somministrazione endovenosa o ogni 4-12 ore (Fernandez RS et al, 2003).

Per il flush dei diversi device vascolari fare riferimento alle indicazioni del produttore.

Il flush va effettuato dopo ogni somministrazione di farmaci e fra un farmaco e l'altro al termine dell'infusione a caduta, di NPT, di mezzo di contrasto ed infusione di emoderivati. In alcuni target di pazienti portatori di CVC può trovare indicazione l'utilizzo di una sostanza antimicrobica (Evidenza I – SHEA 2014).

I lock con soluzioni antimicrobiche possono avere finalità terapeutiche e profilattiche. I lock profilattici hanno indicazione nei pazienti con accessi centrali a lungo termine e nei pazienti con anamnesi positiva per infezioni catetere correlate recidivanti. I lock terapeutici con soluzioni antibiotiche sono costituiti da concentrazioni sovra-terapeutiche di determinati antibiotici scelti in base alla sensibilità del microorganismo infettante. I lock con soluzioni antisettiche prevedono l'utilizzo di varie sostanze come etanolo, taurolina, citrato, blu di metilene o acido etilendiamminotetraacetico (EDTA).

L'utilizzo routinario di cateteri medicati per la prevenzione delle batteriemie catetere correlate non trova oggi sostegno dalla letteratura. Alcune evidenze dell'Healthcare Infection Control Practises Advisory Committee (HICPAC) indicano che l'uso di cateteri venosi centrali impregnati di antimicrobici/antisettici potrebbero ridurre il rischio di CRBSI e sarebbero costo efficaci in pazienti adulti ad alto rischio (terapia intensiva, neutropenici, ustionati).

GESTIONE DELLE LINEE INFUSIONALI

I set di somministrazione devono essere sostituiti periodicamente, con frequenza decisa sulla base

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
		Pag. 4 di 10

di fattori quali il tipo di soluzione somministrata o la tipologia di somministrazione (continua/intermittente) ma anche ogni volta in cui si sospetti una contaminazione o una compromissione dell'integrità dei materiali o della linea infusoriale. Si consiglia di ridurre al minimo l'uso di dispositivi aggiuntivi nel set di somministrazione perché ogni dispositivo è una fonte di potenziali complicanze (INS 2016). In base alla tipologia di infusione continua o intermittente, le linee guida INS (2016) forniscono le seguenti raccomandazioni:

1. INFUSIONI CONTINUE PRIMARIE E SECONDARIE

- I set di somministrazione continua, sia primari che secondari, vanno sostituiti periodicamente con frequenza non superiore alle 96 ore, a meno che non vengano utilizzati per la somministrazione di sangue, emoderivati o soluzioni lipidiche. Le evidenze dimostrano che una sostituzione più frequente del set non diminuisce il rischio di infezioni (INS 2016).
- I set secondari di somministrazione continua usati per infusioni intermittenti, se separati dal set primario, vanno sostituiti ogni 24 ore (INS 2016).

2. INFUSIONI INTERMITTENTI (INS 2016)

- Quando l'infusione è intermittente, il set di somministrazione va sostituito ogni 24 ore.
- Le manovre ripetute di deconnessione e riconnessione di una linea per infusione intermittente aumentano il rischio di contaminazione a livello di tutti i punti di connessione, con un aumento del rischio di infezioni batteriemiche catetere-correlate.
- Sono necessari ulteriori studi sulla frequenza di sostituzione dei set di somministrazione quando l'infusione è intermittente (O'Grady NP, 2011).
- Al termine di una infusione intermittente, ricoprire con un dispositivo sterile appropriato l'estremità distale del set di somministrazione utilizzato. Non ricollegare tale estremità ad una porta di accesso della linea infusoriale principale (looping) (Hadaway L., 2010).

3. INFUSIONI LIPIDICHE E NUTRIZIONE PARENTERALE (INS 2016)

- Le caratteristiche delle emulsioni lipidiche (iso-osmolarità, pH quasi neutro-alcalino, la presenza di glicerolo) favoriscono la crescita di microorganismi (Ayers P., 2014).
- I set di somministrazione usati con soluzioni per nutrizione parenterale "all-in-one" vanno sostituiti almeno ogni 24 ore.
- I set di somministrazione utilizzati per l'infusione di semplici emulsioni lipidiche vanno sostituiti ogni 12 ore.
- Si raccomanda di sostituire il set di somministrazione ogni volta che si collega una nuova sacca nutrizionale (Ayers P., 2014). Le sacche nutrizionali "all-in-one" e le infusioni lipidiche devono essere infuse mediante set di somministrazione privi di di-etil-esil-ftalato (DEPH). Il DEPH è lipofilo e quindi i lipidi dell'infusione lo estraggono dal polivinilcloruro che può essere costituente dei set di somministrazione e dei contenitori. Il DEPH è tossico e diversi studi ne hanno dimostrato livelli significativi nelle soluzioni lipidiche, con conseguente rischio soprattutto nei neonati, nei bambini e nei pazienti in cure domiciliari a lungo termine (Ayers P., 2014).

4. INFUSIONE DI SANGUE E EMODERIVATI (INS 2016)

- Quando si infonde un'emotrasfusione, filtri e set di somministrazione vanno sostituiti al termine di ciascuna unità di sangue o comunque ogni 4 ore.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022 Pag. 5 di 10

- b. Nelle emotrasfusioni infuse rapidamente, se si infondono più di 4 unità in 4 ore, è possibile utilizzare il medesimo set per un periodo massimo di 4 ore (vedi Direttiva Europea 2005/62/CE del 30 settembre 2005).

5. INFUSIONI DI PROPOFOL (INS 2016)

- a. Il set di somministrazione utilizzato per infusioni di propofol va sostituito ogni 6 o 12 ore, secondo le raccomandazioni del produttore, ed ogni qual volta venga cambiato il contenitore con il propofol.

FORMAZIONE DI BASE E CONTINUA DEL TEAM ACCESSI VASCOLARI (TAV)

I programmi di formazione che enfatizzano le indicazioni appropriate sul posizionamento di un device vascolare e quelli volti a revisionare le procedure corrette per l'inserimento e la gestione dei suddetti device, hanno dimostrato di ridurre l'incidenza di infezioni catetere correlate in vari settings; come pure la formazione e l'addestramento su come implementare e valutare le misure di controllo delle infezioni e la periodica rivalutazione di queste conoscenze. Occorre pertanto promuovere la formazione di base e continua degli operatori sanitari (medici e infermieri), appartenenti e non al TAV, sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari.

FORMAZIONE DI BASE

Per quanto riguarda la formazione di base, i componenti di un TAV (medici ed infermieri) devono possedere competenze avanzate sugli accessi vascolari al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Le Aziende Sanitarie sono pertanto tenute a promuovere, con la temporalità necessaria per garantirne la sostenibilità, la formazione avanzata dei professionisti che compongono i TAV o che ne faranno parte in futuro. Per ottenere un livello di competenza avanzata si raccomanda l'acquisizione di un master universitario sugli accessi vascolari, requisito per altro indicato dal profilo di competenza dell'infermiere TAV.

FORMAZIONE CONTINUA

Gli interventi di formazione continua devono essere rivolti ai TAV (per il mantenimento della clinical competence) e agli operatori sanitari (medici ed infermieri) che operano nelle unità operative dell'assistenza ospedaliera e territoriali; per questi ultimi si rimanda la competenza ai TAV aziendali e ai servizi di formazione continua.

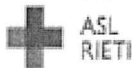
La letteratura riporta che non vi sono evidenze per determinare la frequenza in cui gli operatori sanitari dovrebbero essere tenuti a dimostrare la loro continua competenza (Swan-kin, 2006). La ricerca sulle professioni sanitarie ha dimostrato che l'anzianità di lavoro di un professionista non è un indicatore di competenza (Aike, Clarke, Cheung, Sloane e Silber, 2003; Choudry, Fletcher & Soumerai, 2005), quindi la valutazione dovrebbe essere legata alla reale pratica, non all'assunzione di competenze basate su anni di esperienza. Questa ipotesi presuppone che ci siano sufficienti opportunità di testare le abilità osservandole sul campo nell'area clinica e nel laboratorio di abilità. La letteratura offre un'ampia panoramica su chi è responsabile per la valutazione e la manutenzione delle competenze.

La valutazione continua delle competenze non dovrebbe essere una ripetizione delle competenze revisionate ma dovrebbe riguardare gli aspetti nuovi, mutevoli, ad alto rischio e problematici presenti sul lavoro (Wright, 2005).

Il gruppo di lavoro che ha redatto tale documento indica l'attività di audit periodici della fase di impianto tramite l'osservazione e l'utilizzo di una check list sulle azioni da rispettare.

IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE

L'implementazione delle buone pratiche di qualità e sicurezza dell'assistenza quotidiana alle persone assistite è la grande sfida dei nostri tempi. La letteratura riporta strumenti efficaci ed efficienti per poter combattere tale sfida, come ad esempio l'uso di BUNDLES e dell'audutung oltre

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
		Pag. 6 di 10

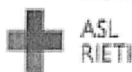
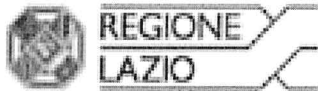
alla formazione di base e la formazione continua.

BUNDLE

Il concetto di BUNDLE è stato sviluppato, a partire dal 2001, dall'Institute for Healthcare Improvement (IHI) come supporto agli operatori sanitari per migliorare la cura dei pazienti sottoposti a specifici trattamenti ad alto rischio. Il BUNDLE è un insieme di pratiche *evidence-based* che, applicate congiuntamente ed in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente. Le principali caratteristiche che identificano un BUNDLE sono:

1. La legge del tutto o nulla, cioè un BUNDLE ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate;
2. Deve essere facilmente gestibile e quindi composto da un numero limitato di azioni attuabili in maniera sostenibile, facili da memorizzare e semplici da monitorare;
3. Include solo alcune tra tutte le possibili strategie applicabili, quelle più solide in termini di evidenze scientifiche, da cui derivano sicuri vantaggi in termini di esito delle cure.

L'applicazione del BUNDLE però non comporta l'esclusione di altre pratiche *evidence-based*, che non state incluse. Gli elementi del BUNDLE sono tra loro relativamente indipendenti, per cui se una delle pratiche non è applicabile ad un determinato paziente l'applicazione delle altre azioni previste dal BUNDLE non ne viene inficiata. La sua compliance, definita come la percentuale di pazienti ai quali vengono applicate tutte le strategie del BUNDLE, deve essere perfettamente misurabile.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
		Pag. 7 di 10

BUNDLE DI GESTIONE DELLA MEDICAZIONE DI UN CATETERE VENOSO

INFORMAZIONI PRELIMINARI

- La medicazione trasparente va eseguita ogni 7 giorni o ogni qualvolta risulti sporca, umida o staccata.
 - Il sito di inserzione va ispezionato quotidianamente e con apposita scala di valutazione (VES score).
 - Proteggere il dispositivo vascolare quando il paziente fa la doccia o fa il bagno o durante le cure igieniche in caso di paziente non autonomo.
 - Il catetere venoso centrale/periferico va rimosso immediatamente se non è più indispensabile.
1. EFFETTUARE L'IGIENE DELLE MANI con gel a base di Alcool al 70%, di Clorexidina al 4% o con acqua e sapone antimicrobico.
 2. INDOSSARE I GUANTI NON STERILI. In questa fase non è necessario indossare guanti sterili ma solo puliti.
 3. RIMUOVERE LA VECCHIA MEDICAZIONE prestando attenzione a rimuovere eventuali presidi annessi come biopatch e sutureless device, ma non quelli ad ancoraggio sottocutaneo (SAS).
 4. RIMUOVERE I GUANTI NON STERILI ED EFFETTUARE UN NUOVO LAVAGGIO DELLE MANI quindi indossare i guanti sterili.
 5. ISPEZIONARE IL SITO DI EMERGENZA DEL CATETERE ed annotare in cartella il VES score relativo.
 6. EFFETTUARE L'ANTISEPSI DELLA ZONA utilizzando Clorexidina al 2% con tecnica no-touch per 30 secondi e lasciare asciugare per altri 30 secondi; in alternativa utilizzare iodopovidone al 10% per 30 secondi e lasciare asciugare per 120 secondi.
 7. APPLICARE UN NUOVO SUTURELESS DEVICE AD ADESIVITA' CUTANEA per stabilizzare il catetere facendolo aderire sulla cute. In caso di presenza di SAS questo va rimosso soltanto alla rimozione del catetere.
 8. APPLICARE BIOPATCH E NUOVA MEDICAZIONE TRASPARENTE SEMIPERMEABILE
 9. PROTEGGERE LA PORTA/E DI ACCESSO AL CATETERE (HUB) con dei connettori senza ago (needle free connectors) a pressione neutra eventualmente protetti da tappini contenenti alcool isopropilico al 70% (port protectors) da sostituire al momento della deconnessione della linea infusoriale e se non utilizzati ogni 7 giorni, altrimenti utilizzare garze o salviettine imbevute di disinfettante (alcool 70% o clorexidina 2%) strofinandole sul gommino del needle free connector per almeno 15 secondi.
 10. LAVAGGIO E CHIUSURA al termine di ogni infusione e dopo somministrazione di terapia utilizzando la tecnica del lavaggio pulsante con 10 ml di soluzione fisiologica (da confezione singola) o ancor meglio con siringhe preriempite sterili.

 Sistema Sanitario Aziendale ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	 REGIONE LAZIO Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022 Pag. 8 di 10
--	---	--

Bundle operativo per medicazione CVC

La medicazione trasparente va eseguita ogni 7 giorni o ogni qualvolta risulta sporca, umida o staccata. Il sito di inserzione va ispezionato frequentemente e con apposita scala di valutazione. Considerare l'uso quotidiano di bagni di clorexidina in pazienti in terapia intensiva. Proteggere il dispositivo vascolare quando il paziente fa la doccia o fa il bagno. Il catetere vascolare centrale va rimosso immediatamente se non è più indispensabile.



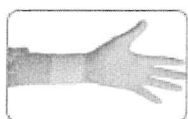
1-Effettuare l'igiene delle mani
Con gel a base di clorexidina 4% o con acqua e sapone antimicrobico.



2-Indossare i guanti non sterili
In questa fase non è necessario indossare guanti sterili ma puliti.



3-Rimuovere la vecchia medicazione
Prestare attenzione a rimuovere anche eventuali protetti annessi come biopatch e sutureless devices, ma non quelli ad ancoraggio sottocutaneo (SAS).



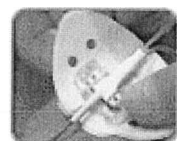
4-Effettuare un nuovo lavaggio delle mani
Indossare guanti sterili



5-Ispezionare il sito di emergenza del catetere
Attenzione ad eventuali segni di flogosi o infezione (secrezioni, arrossamenti e gonfiore).



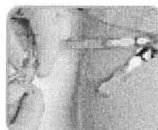
Effettuare l'antisepsi della zona
Utilizzare clorexidina al 2% con tecnica No-Touch per 30" e lasciare asciugare per altri 30"; in alternativa usare Iodopovidone 10% per 1" e lasciare asciugare per 120".



7-Applicare il nuovo Sutureless Device ad adesività cutanea (SAC)
per stabilizzare il catetere facendolo aderire sulla cute. Se è stato applicato al momento dell'impianto del catetere un sistema ad ancoraggio sottocutaneo (SAS) questo non va sostituito periodicamente ma va rimosso soltanto alla rimozione del catetere.



8-Applicare la nuova medicazione trasparente semipermeabile meglio se bordata per proteggere il sito e rendere facilmente ispezionabile la zona in qualsiasi momento e, se a disposizione, Biopatch a lento rilascio di clorexidina o medicazione trasparente con pad gel o solo colla istocristica.



9-Proteggere la porta/c di accesso al catetere (HUB)
con dei connettori senza ago (NCA) pressione neutra protetti con dei tappini contenenti alcol isopropilico al 70% (Port Protectors) da sostituire al momento delle deconnessioni della linea infusoriale e se non utilizzati ogni 7gg, altrimenti utilizzare garze o salviettine imbevute di disinfettante (alcol 70% o clorexidina 2%) strofinandole sul gemmino del NCA per almeno 15".



10-Lavaggio o chiusura
Al termine di ogni infusione e dopo somministrazione di terapia eseguire lavaggio pulsante con 10 ml di soluzione fisiologica meglio se si hanno a disposizione siringhe preimpilate sterili.

 ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI		 REGIONE LAZIO
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare		Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
			Pag. 9 di 10

CHECK-LIST

1. **EFFETTUARE L'IGIENE DELLE MANI** ☐
con gel a base di Alcool al 70%, di Clorexidina al 4% o con acqua e sapone antimicrobico.
2. **INDOSSARE I GUANTI NON STERILI.** In questa fase non è necessario indossare guanti sterili ma solo puliti. ☐
3. **RIMUOVERE LA VECCHIA MEDICAZIONE** prestando attenzione a rimuovere eventuali presidi annessi come biopatch e sutureless device, ma non quelli ad ancoraggio sottocutaneo (SAS). ☐
4. **RIMUOVERE I GUANTI NON STERILI ED EFFETTUARE UN NUOVO LAVAGGIO DELLE MANI** quindi indossare i guanti sterili. ☐
5. **ISPEZIONARE IL SITO DI EMERGENZA DEL CATETERE** ☐
Attenzione ad eventuali segni di flogosi o infezione (secrezioni, arrossamenti e gonfiore)
6. **EFFETTUARE L'ANTISEPSI DELLA ZONA** utilizzando Clorexidina al 2% con tecnica no-touch per 30" e lasciare asciugare per altri 30"; in alternativa utilizzare iodopovidone al 10% per 30" e lasciare asciugare per 120. ☐
7. **APPLICARE UN NUOVO SUTURELESS DEVICE AD ADESIVITA' CUTANEA** per stabilizzare il catetere facendolo aderire sulla cute. In caso di presenza di ancoraggio sottocutaneo (SAS) questo va rimosso soltanto alla rimozione del catetere. ☐
8. **APPLICARE BIOPATCH E NUOVA MEDICAZIONE TRASPARENTE SEMIPERMEABILE** ☐
Meglio se bordata, per proteggere il sito e rendere facilmente ispezionabile la zona in qualsiasi momento e, se a disposizione, Biopatch a lento rilascio di clorexidina o medicazione trasparente con pad gel o solo colla istoacrilica
9. **PROTEGGERE LA PORTA/E DI ACCESSO AL CATETERE (HUB)** con dei connettori senza ago (needle free connectors) a pressione neutra eventualmente protetti da tappini contenuti alcool isopropilico al 70% (port protectors) altrimenti utilizzare garze o salviette imbevute di disinfettante (alcool 70% o clorexidina 2%) strofinandole sul gommino del needle free connector (NFC) per almeno 15" ☐
10. **LAVAGGIO E CHIUSURA** al termine di ogni infusione e dopo somministrazione di terapia utilizzare la tecnica del lavaggio pulsante con 10 ml di soluzione fisiologica (da confezione singola) o ancor meglio con siringhe preriempite sterili. ☐

Data _____

FIRMA _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	Buone Pratiche Bundle per il controllo delle ICA Gestione dell'Accesso Vascolare	Cod. B/110/01/2022 Rev.0 Del 1/12/2022
		Pag. 10 di 10

SCHEDA DI GESTIONE DI PAZIENTE CON ACCESSO VENOSO CENTRALE/PERIFERICO

Data di impianto _____

Medicazioni programmate _____

Altre segnalazioni _____

(febbre, leucocitosi, gonfiore, dolore etc.)

MEDICAZIONE DEL _____

VES SCORE _____

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| IGIENE DELLE MANI | ☐ |
| INDOSSARE GUANTI NON STERILI | ☐ |
| RIMUOVERE VECCHIA MEDICAZIONE | ☐ |
| LAVAGGIO MANI E GUANTI STERILI | ☐ |
| ISPEZIONE DEL SITO DI EMERGENZA | ☐ |
| ANTISEPSI DELLA ZONA | ☐ |
| APPLICARE NUOVO SUTURELESS DEVICE | ☐ |
| APPLICARE NUOVA MEDICAZIONE IN PUR | ☐ |
| PROTEGGERE LA PORTA/E DI ACCESSO | ☐ |
| LAVAGGIO E CHIUSURA | ☐ |

Firma