

Direttore ff dott.ssa Roberta Biaggi  
e-mail: ro.biaggi@ausl.latina.it  
tel: 07736553221

Latina, 11-02-2020

**A Direttori UOC/UOSD/UOS ASL Latina**  
**Coordinatori ASL Latina**

**E pc** Direttore Sanitario Aziendale  
Direttori Medici di Presidio  
Ai Componenti Wound Care Team

**Oggetto:** attivazione Access Team Aziendale

Con deliberazione n° 77 del 22-01-2020 è stato istituito l'Access Team Aziendale (A.T.). Il Team sarà attivo a decorrere dal 01-03-2020.

**Richiesta di consulenza:**

- La richiesta di consulenza per l'impianto (**allegato1**) dovrà pervenire al seguente indirizzo mail: **accessteam@ausl.latina.it**;
- Alla richiesta dovrà essere allegato:  
1) consenso informato all'impianto di CVC (**allegato 2**)
- I componenti del A.T. effettueranno l'impianto **entro le 48 ore dalla richiesta** dalle ore 14 alle ore 19;

- I componenti dell' A.T. sono autorizzati ad effettuare passaggi nelle UUOO per la verifica del dispositivo e per l'addestramento on work sulla corretta gestione, del personale in servizio.

Gli impianti verranno effettuati presso:

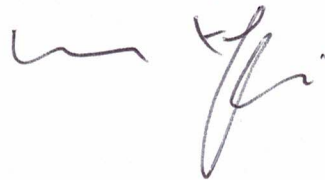
- H Latina presso la UO Interventistica
- H Formia presso la UOC Dialisi
- H Terracina presso il Blocco Operatorio
- H Fondi presso il Blocco Operatorio.

L'ufficio di Coordinamento Aziendale è situato presso la Palazzina Direzionale dell'H di Latina.

Distinti saluti.

**Il Direttore ff UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera**

Dott.ssa Roberta Biaggi



**Allegati n° 2**

Azienda Sanitaria Locale Latina  
UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera

**Allegato1**

ACCESS TEAM dedicato per l'inserimento e la gestione degli accessi venosi centrali  
Email: [acessteam@ausl.latina.it](mailto:acessteam@ausl.latina.it)

**SCHEDA DI RICHIESTA IMPIANTO CATETERE VASCOLARE**

Posizionamento	Sostituzione	Rimozione Chirurgica
----------------	--------------	----------------------

Ospedale \_\_\_\_\_ UOC \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

E' ricoverato presso la U.O. \_\_\_\_\_

Proveniente dal CAD \_\_\_\_\_

Il paziente risulta:

Autosufficiente

Non autosufficiente

Mobilità degli arti superiori

<p><b>Accesso Venoso</b></p> <input type="checkbox"/> CICC <input type="checkbox"/> FICC <input type="checkbox"/> PICC GROSHONG <input type="checkbox"/> PICC POWER <input type="checkbox"/> MIDLINE <input type="checkbox"/> CANNULA LUNGA <input type="checkbox"/> PORTH <input type="checkbox"/> _____  <p><b>ALLERGIE:</b> Anestetici Locali: _____ Silicone <b>SI NO</b> Poliuretano <b>SI NO</b> Disinfettante _____ _____ Indicare se necessita di diagnostica con M.D.C. <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p>	<p><b>UTILIZZO PREVISTO</b> <b>Barrare più caselle se previste</b></p> <input type="checkbox"/> Chemioterapia (mesi _____) <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> NPT – Idratazione – Terapia EV <input type="checkbox"/> Terapia antalgica <input type="checkbox"/> Terapia antibiotica <input type="checkbox"/> Cure palliative	<p><b>DATI ANAMNESTICI:</b></p> <p>Patologie Cardiovascolari    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Specificare _____</p> <p>Patologie Polmonari    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Specificare _____</p> <p>Patologie Neurologiche    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Specificare _____</p> <p>Patologie Nefrourologiche    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Specificare _____</p> <p>Patologie Oncologiche    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Specificare _____</p> <p>Patologie Infettive    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Specificare _____</p> <p>Altro specificare: _____</p>
	<p><b>Condizioni locali</b> <b>Arti superiori presenza di:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edemi</li> <li>2. Lesioni</li> <li>3. Flebiti</li> <li>4. Ustioni</li> <li>5. Mobilità</li> <li>6. Fratture</li> </ol>	<p><b>INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:</b></p> <p>Terapia antiaggregante/anticoagulante    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente portatore di pace maker    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente portatore di CVC per emodialisi o FAV    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente con metastasi linfonodali toraciche note    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente con anamnesi positiva per TVP    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente in fibrillazione atriale    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente in stato febbrile    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente emiparesi dx/sn, SLA, Parkinson    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Paziente con patologie polmonari o tracheotomia    <input type="checkbox"/> <b>SI</b>    <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p>

**ESAMI EMATOCHIMICI (DATA \_\_\_\_\_)**  
**Emocromo:** GR \_\_\_\_\_ GB \_\_\_\_\_ PTL \_\_\_\_\_  
**Coagulazione:** PT \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_

**Si ricorda di far compilare apposito modello (allegato2) per CONSENSO INFORMATO**

DATA \_\_\_\_\_

Firma e Timbro Medico Richiedente

Azienda Sanitaria Locale Latina  
UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera

**Allegato2**

ACCESS TEAM dedicato per l'inserimento e la gestione degli accessi venosi centrali

Email: [accessteam@ausl.latina.it](mailto:accessteam@ausl.latina.it)

### **CONSENSO INFORMATO ALL'IMPIANTO DI CVC**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Dichiaro** di essere stato informato dal Dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

- Sul cateterismo venoso centrale: è una procedura che comporta il reperimento di una grossa vena centrale (vena giugulare interna, vena succlavia, vena femorale) e il successivo inserimento di un sondino denominato per tale motivo Catetere Venoso Centrale (CVC) di tipo:
  - esterno;
  - tunnellizzato (ovvero inserito parzialmente sotto la cute);
  - connesso con un Port sottocutaneo (completamente inserito sotto la cute).
- Sul cateterismo venoso centrale ad inserzione periferico (PICC) attraverso il reperimento di una vena periferica (basilica, brachiale e cefalica) del braccio sotto guida ecografica. La punta del catetere raggiunge la Vena Cava Superiore (PICC) oppure la vena ascellare o succlavia (MIDLINE).

### **VANTAGGI**

Vi sono **numerosi vantaggi**, quali la disponibilità di un accesso venoso sicuro, duraturo ed utilizzabile per somministrare farmaci, emoderivati, liquidi e sostanze nutritive necessarie per il suo stato di salute, per eseguire prelievi ematici senza ulteriori punture venose e, in caso di cateteri dedicati, per effettuare l'emodialisi in assenza di una fistola o durante il malfunzionamento di essa.

### **COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI**

Questa procedura può risultare difficoltosa o addirittura impossibile e può presentare, pur se attuata con perizia, diligenza, prudenza, un certo rischio di **complicanze**.

- tra le complicanze specifiche **legate al posizionamento del CVC**, alcune possono presentarsi immediatamente (dolorabilità, ematoma, difficoltà o impossibilità ad incannulare l'accesso venoso



prescelto, puntura dell'arteria prossima al vaso, pneumotorace, emotorace, embolia gassosa, comparsa di aritmie, altre più rare);

- altre complicanze possono presentarsi successivamente **durante l'utilizzo del CVC** (infezione locale, sepsi, tromboflebiti, malfunzionamento con conseguente necessità di sostituzione, rottura del catetere o della valvola antireflusso ed altre.

- ulteriori complicanze analoghe possono verificarsi **al momento della rimozione del CVC**.

Se attuata con metodica chirurgica, inoltre, essa comporta inevitabilmente la formazione di una o più cicatrici. L'impianto di un dispositivo tipo "Port" determina infine un "rigonfiamento" in corrispondenza del serbatoio stesso, variabile da soggetto a soggetto in relazione alla rappresentazione di tessuto adiposo sottocutaneo.

La scelta del sistema è stata fatta dal Medico in considerazione dell'uso frequente e per un periodo medio/lungo di permanenza.

È inoltre prevista la rimozione del CVC quando ritenuto dai Curanti clinicamente necessario.

Sono stato informato che, la procedura di impianto del CVC, il suo corretto posizionamento verrà controllato con metodica ECG, di navigazione o RX.

Sono stato edotto sulle modalità di corretta gestione del sistema che prevede medicazioni periodiche.

Io sottoscritto acconsento, dopo approfondita lettura del modulo consenso informato, a sottopormi alla suddetta procedura.

Data e Luogo

Firma del Medico

---

Firma del Paziente (o di chi ne fa le veci)

---

Firma dell'impiantatore

---