

# XIV CONGRESSO NAZIONALE ANÍMO

## IL CATETERISMO VESCICALE: EVIDENZE SCIENTIFICHE E GESTIONE DEL RISCHIO



Dott.ssa ***VIRGINIA CITERA***  
***UOC MEDICINA GENERALE P.O. LAGONEGRO -PZ-***

FIRENZE, 12/05/2019

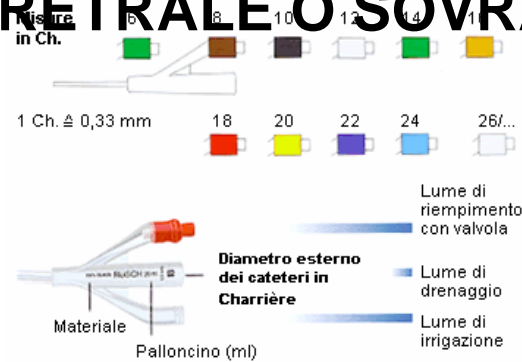
La sottoscritta **Citera Virginia**  
ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del  
Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5  
novembre 2009,

Dichiara

che negli ultimi due anni NON aver avuto rapporti diretti  
di finanziamento con soggetti portatori di interessi  
commerciali in campo sanitario

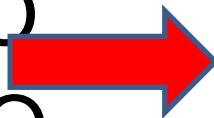
# CATETERISMO VESCICALE

## INTRODUZIONE PROVVISORIA O PERMANENTE DI UN CATETERE STERILE IN VESCICA PER VIA TRANSURETRALE O SOVRAPUBICA



### SCOPO:

- ✓ DIAGNOSTICO
- ✓ TERAPEUTICO
- ✓ EVACUATIVO



- ✓ CALIBRO;
- ✓ MATERIALE  
( lattice, PVC o  
silicone)
- ✓ CONSISTENZA;
- ✓ NUMERO DELLE  
VIE;
- ✓ ESTREMITA'

# CATETERISMO VESCICALE (CV)

- ✓ BREVE PERMANENZA
  - Rimane in sede pochi giorni, fino ad un massimo di due settimane
  
- ✓ LUNGA PERMANENZA

# UTILIZZO CV

- ✓ 25% PZ OSPEDALIZZATI;
- ✓ 5-15% PZ ASSISTITI IN STRUTTURE SOCIO- ASSISTENZIALI.

# COMPLICANZE CV CORRELATE COMPLICANZE NON INFETTIVE

- ✓ ostruzione da ematuria;
- ✓ ostruzione da struvite;
- ✓ perdita di urina;
- ✓ lesioni da decubito;
- ✓ traumatismi uretrali.

# COMPLICANZE CV CORRELATE COMPLICANZE INFETTIVE

Secondo i dati del  
**National Nosocomial Infections Surveillance (Nnis)**  
le  
**Infezioni Correlate ai Processi Assistenziali (ICA)**

- ✓ infezioni delle vie urinarie: 35-45%;
- ✓ infezioni della ferita chirurgica: 20%;
- ✓ infezioni dell'apparato respiratorio: 15%;
- ✓ batteriemie: 4-8%;
- ✓ altro: 12-16%.

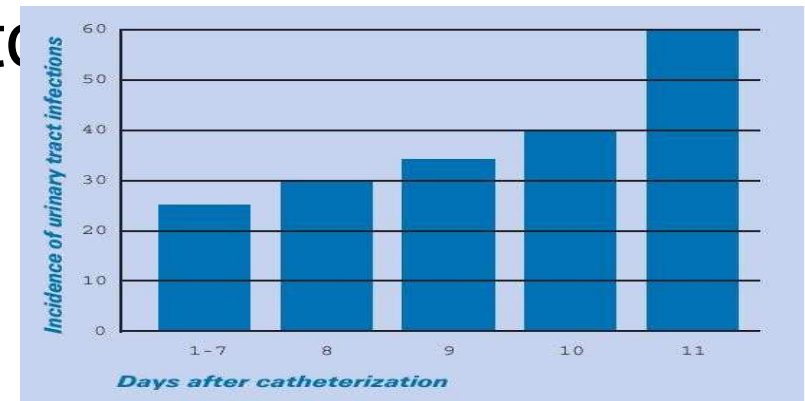


# INFEZIONI DELLE VIE URINARIE (IVU)

- ✓ Rappresentano il 40% delle ICA;
- ✓ **75-80% Cv correlate(CAUTI);**
- ✓ 5-10% manipolazione del tratto urinario ;
- ✓ 1-3% cateterizzazione 1gg;
- ✓ Cateterizzazione  $\geq 4$  gg e sistema drenaggio aperto
- ✓ Sistema chiuso 25%

Germi più frequentemente coinvolti sono:

*E. coli, Enterococcus spp, Candida spp, P. aeruginosa ,e Klebsiella spp.*





# IVU

- > TEMPI DI DEGENZA;
- > COSTI SANITARI;
- > COMPLESSITA' ASSISTENZIALE;
- > ANSIA NEL PAZIENTE E NELLA FAMIGLIA;
- > ANTIBIOTICO RESISTENZA;
- > MORBILITA' E MORTALITA'.

## **FONTI DI INFEZIONE E MECCANISMI DI TRASMISSIONE:**

✓ **FRONTE ENDOGENA**( via intra o extra luminale), AREA PERIURETRALE



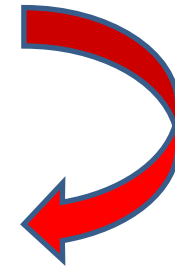
- Accesso in vescica al momento dell'inserzione del catetere;
- Risalita lungo la parete della mucosa uretrale nel periodo di mantenimento (Tamyah 1999, Warren 2001)

## FONTI DI INFEZIONE E MECCANISMI DI TRASMISSIONE:

FONTI ESOGENE (via intraluminale)



- Mani del personale;
- Strumenti/attrezzature contaminate



risalita di microrganismi in  
vescica all'interno del lume del catetere

# FONTI ESOGENE ... LE MANI



- Durante l'inserzione o la gestione del sistema di drenaggio;
- Microrganismi provenienti da altri pz infetti o colonizzati;
- Contaminazione di detergenti o soluzioni antisettiche per le mani.

# FONTI ESOGENE

Epidemia da cistoscopi,  
attrezzatura per urodinamica,  
contenitori urina, padelle  
contaminate.



Accesso: rubinetto sacca  
drenaggio, dispositivo per il  
prelievo di urine, punto di  
connessione tra sacca e  
catetere, spazio catetere-  
uretra.

# INDICAZIONI ALL'USO DEL CV SINTESI DELLE PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI

INSERIRE IL CV SOLO IN PRESENZA DI PRECISE INDICAZIONI CLINICHE E MANTENERE PER IL PERIODO STRETTAMENTE NECESSARIO	IB
EVITARE IL SUO UTILIZZO PER LA GESTIONE DELL'INCONTINENZA	IB
CONSIDERARE I CATETERI URINARI ESTERNI (CONDOM) COME UNA VALIDA ALTERNATIVA	II
CONSIDERARE IL CATETERISMO INTERMITTENTE COME UNA VALIDA ALTERNATIVA	II
LIMITARE L'USO NEI SOGGETTI A RISCHIO DI INFEZIONI DELLE VIE URINARIE IN PARTICOLARE DONNE, ANZIANI E SOGGETTI IMMUNODEPRESSI.	

**GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS  
2009**

**Last update: February 15, 2017**

**IL CV DEVE ESSERE RIMOSSO  
QUANDO NON È PIÙ  
NECESSARIO, ATTRAVERSO UN  
RIESAME PERIODICO DELLE  
CONDIZIONI CHE LO HANNO  
RESO INDISPENSABILE**



# UTILIZZO APPROPRIATO DEL CV

- ✓ Ostruzione acuta delle vie urinarie e ritenzione urinaria;
- ✓ Monitoraggio della diuresi in pz critici;
- ✓ Assistenza perioperatoria per procedure chirurgiche selezionate (pz sottoposti a chirurgia urologica);





# UTILIZZO APPROPRIATO DEL CV

- ✓ Guarigione di lesioni cutanee in zona sacrale o perineale in pz incontinenti;
- ✓ Pz che richiede un'immobilizzazione prolungata;
- ✓ Riduzione del disagio, se necessario, nel fine vita della persona



# UTILIZZO INAPPROPRIATO DEL CV

- ✓ Gestione dell'incontinenza urinaria;
- ✓ Prelievi di campioni di urina quando il pz può farlo volontariamente;
- ✓ Assistenza post- operatoria senza appropriate indicazioni.



# RACCOMANDAZIONI PER L'INSERIMENTO DEL CV

<b>UTILIZZARE TECNICHE ASETTICHE E MATERIALE STERILE</b>	<b>IB</b>
UTILIZZARE ASETTICO PER L'ANTISEPSI DEL MEATO URETRALE PRIMA DELL'INSERIMENTO	IB
UTILIZZARE LUBRIFICANTE STERILE IN CONFEZIONE MONODOSE	IB
MONITORARE IL VOLUME DELLE URINE MEDIANTE ECOGRAFIA NEI PZ CHE NECESSITANO DI CATETERISMO INTERMITTENTE AL FINE DI RIDURRE I CATETERISMI NON NECESSARI	II
LA SCELTA DEL MATERIALE DEL CATETERE DIPENDE DALL'ESPERIENZA CLINICA, DALLA VALUTAZIONE DEL PZ E DALLA DURATA PREVEDIBILE DELLA CATETERIZZAZIONE	

# RACCOMANDAZIONI PER L'INSERIMENTO DEL CV

UTILIZZARE COMPATIBILMENTE CON UN BUON DRENAGGIO , CATETERI CON IL MINOR CALIBRO POSSIBILE	II
UTILIZZARE PREFERIBILMENTE CATETERI IN SILICONE IN CASO DI CATETERIZZAZIONE A LUNGO TERMINE E FREQUENTI PROBLEMI DI OSTRUZIONE DEL CATETERE, IN QUANTO MENO PREDISPONENTI AL RISCHIO INCROSTAZIONI	II
UTILIZZARE PREFERIBILMENTE I CATETERI IDROFILI NEI PZ CHE NECESSITANO DI CATETERIZZAZIONE INTERMITTENTE	II
FISSARE IL CATETERE IN MANIERA APPROPRIATA PER RIDURRE LA MOBILITA' E PREVENIRE LA TRAZIONE URETRALE	IB



Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare  
**Cinque raccomandazioni di ANIMO - Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera**

<b>1</b>	<p><b>Non tritare e cangiare negli alimenti i farmaci prima di somministrarli a pazienti con difficoltà di deglutizione e/o tramite SNG (Sondino Naso Gastrico) e/o PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), se non specificato dalle indicazioni farmacologiche.</b></p> <p>La triturazione e il cambiamento dei farmaci, se non conforme alle indicazioni farmacologiche, è considerata una pratica inappropriata da evitare nei pazienti con difficoltà di deglutizione. La triturazione dei farmaci e somministrazioni caricate nel cibo o nelle bevande può alterarne le caratteristiche farmacologiche, ridurre l'assorbimento, alterare l'efficacia, annullarne l'effetto.</p> <p>Quando possibile sarebbe opportuno utilizzare la forma farmaceutica alternativa, o considerare che a causa di somministrazione errata si fa il paziente una cura inefficace. In caso di mancato assorbimento del medicamento e rischio di interruzione della cura.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio caduta.</b></p> <p>Le evidenze non si è ancora sufficientemente scritte che ridotti l'uso della contenzione fisica come intervento che prevenga le cadute dei pazienti. I rischi di contenzione meccanica possono provocare lesioni e effetti indesiderati psicologici come fastidio, irritabilità e dolore.</p> <p>È necessario invece valutare il rischio cadute per ciascun paziente e adottare interventi mirati alla riduzione del rischio personali e ambientali.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici.</b></p> <p>Frequentemente nell'assistenza del paziente anziano non autosufficiente, si fa ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza e/o per l'esecuzione di test diagnostici.</p> <p>La letteratura dà precise indicazioni in merito alle situazioni in cui è necessario fare ricorso al cateterismo vescicale, al di fuori delle quali il paziente è sottoposto ad inutile ed aumentato rischio di infezione.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non lasciare in sede qualsiasi tipo di catetere venoso (centrale, periferico, a breve, medio e lungo termine) se non è più presente il problema per cui vi si è fatto ricorso.</b></p> <p>Non lasciare inutilmente, frequentemente vengono lasciati in sede dispositivi vascolari per lo stesso problema che una volta risolto se ne può ricorrere ad altri. La presenza di catetere venoso che non viene rimosso prima possibile, espone il paziente ad infezioni e a complicanze (trombosi, embolia, ematomi, ecc.).</p>
<b>5</b>	<p><b>Non seguire i protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" del paziente morente.</b></p> <p>Una risonanza magnetica recente ha dimostrato che la mobilizzazione e la riduzione della LDP assegnate di routine nei pazienti morenti non portano alcun beneficio alle lesioni da pressione. È necessario invece valutare il rischio di LDP e utilizzare protocolli personalizzati per la gestione delle lesioni da pressione.</p> <p>Nella fase di fine vita, le cure palliative richiedono gli obiettivi assistenziali che assicurano il comfort e il controllo dei sintomi del paziente, in particolare la gestione delle lesioni da pressione. In questi casi, l'obiettivo di LDP è di utilizzare protocolli personalizzati per la gestione delle lesioni da pressione, in base alle sue reali esigenze e al suo stato di salute.</p> <p>In presenza di LDP, è necessario valutare il controllo continuo della cura palliativa e il bisogno di un'assistenza personalizzata di supporto, diversa dalle cure palliative standard, che possono essere in sede più giorni e con un'assistenza che si concentra il comfort del paziente.</p>

Attenzione: le informazioni qui riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra indicate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al professionista.

Ottobre 2016



<b>3</b>	<p><b>Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici.</b></p>
	<p>Frequentemente nell'assistenza del paziente anziano non autosufficiente, si fa ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza e/o per l'esecuzione di test diagnostici.</p> <p>La letteratura dà precise indicazioni in merito alle situazioni in cui è necessario fare ricorso al cateterismo vescicale, al di fuori delle quali il paziente è sottoposto ad inutile ed aumentato rischio di infezione.</p>

# RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL CV

<b>PULIRE QUOTIDIANAMENTE IL MEATO URETRALE CON ACQUA E DETERGENTE</b>	<b>IB</b>
MANTENERE CHIUSO IL SISTEMA DI DRENAGGIO	I
MANTENERE LA SACCA DI RACCOLTA SEMPRE AL DI SOTTO DEL LIVELLO DELLA VESCICA E SOLLEVATA DAL PAVIMENTO	IB

CIRCUITO APERTO



CONTAMINAZIONE  
BATTERICA ENTRO IL 4°  
GIORNO

CIRCUITO CHIUSO

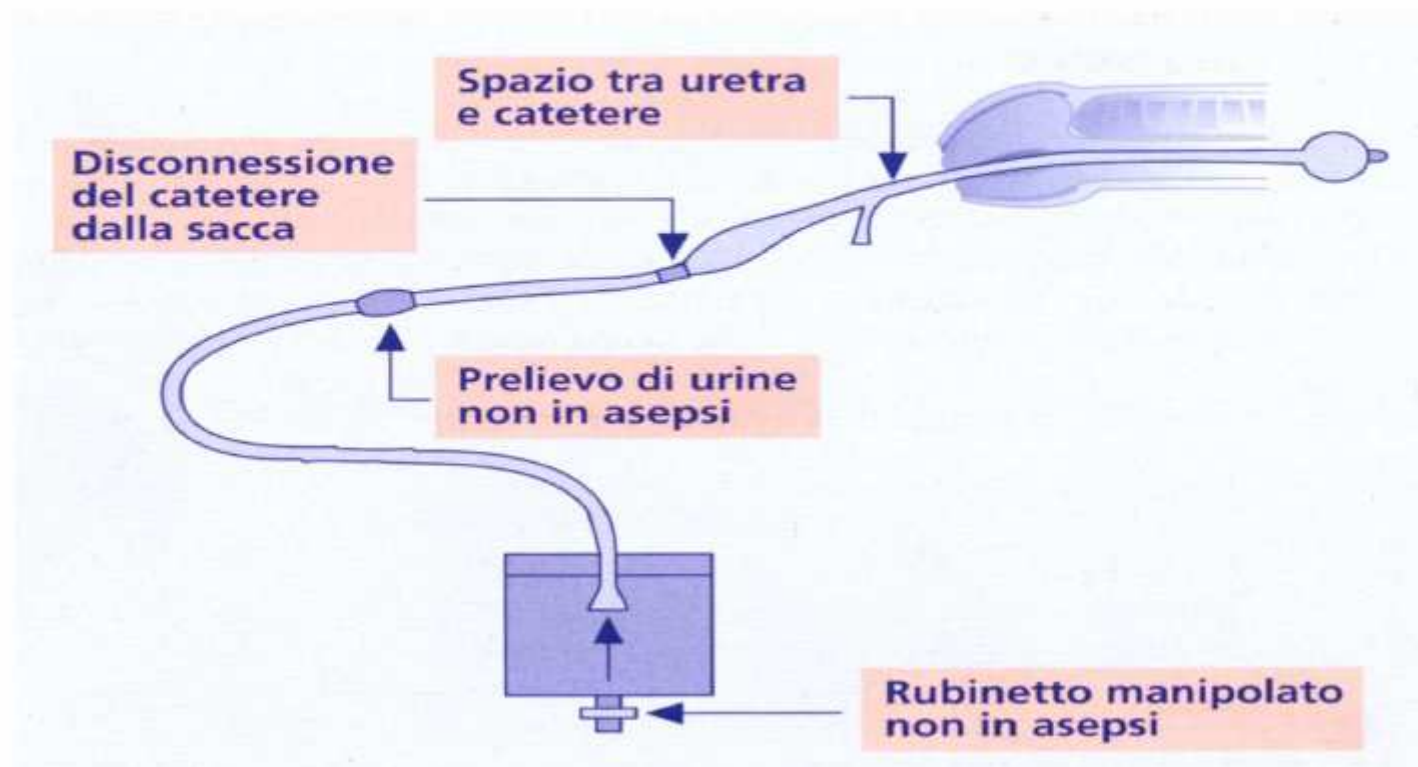


CONTAMINAZIONE  
BATTERICA ENTRO 30  
GIORNI

# RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL CV

## Punti critici

*Il sistema di drenaggio*





# QUANDO ESEGUIRE ESAMI COLTURALI?

GLI ESAMI COLTURALI VANNO  
ESEGUITI SOLO SE IL  
SOGGETTO PRESENTA  
SINTOMI CHE FANNO PENSARE  
AD UN'INFEZIONE. IN ASSENZA  
DI SINTOMI NON E'  
RACCOMANDATO ESEGUIRE  
COLTURE



# RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL CV

MANTENERE IL FLUSSO DI URINA NON OSTRUITO	IB
NON SOSTITUIRE IL CV AD INTERVALLI PREFISSATI	II

- I CATETERI VESCICALI E LE SACCHE DI DRENAGGIO DOVREBBERO ESSERE SOSTITUITI SULLA BASE DI UN'INDICAZIONE CLINICA COME LA PRESENZA DI INFEZIONE, OSTRUZIONE O QUANDO IL SISTEMA DI DRENAGGIO RISULTA ESSERE COMPROMESSO, **Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections, 2009**) (Gould et al., 2010);
- LA SOSTITUZIONE DEL CATETERE VESCICALE O DELLA SACCA DI DRENAGGIO, DI ROUTINE O AD INTERVALLI FISSI PRESTABILITI NON È RACCOMANDATA, **CDC aggiornamento febbraio 2017**

# RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL CV

ATTUALMENTE NON ESISTONO EVIDENZE A SUPPORTO DELLA SOSTITUZIONE DEL CATETERE VESCICALE CON CADENZA MENSILE RISPETTO ALLA NECESSITÀ DATA SOLO DALL'INDICAZIONE CLINICA, Cochrane del 2016;



## **SOSTITUIRE IL CV:**

○ IN BASE ALLE CONDIZIONI GENERALI DEL SOGGETTO, DELLE URINE ED IN BASE ALLE CARATTERISTICHE DEL CV;

# SOSTITUIRE IL CV:

- .....
- IL CATETERE IN SILICONE VA SOSTITUITO DOPO 6-12 SETTIMANE;
- IL CATETERE IN LATTICE SILICONATO VA SOSTITUITO DOPO 20-30 GG;
- IN SOGGETTI A RISCHIO DI OSTRUZIONE L'INTERVALLO DI SOSTITUZIONE DEVE ESSERE PIU' BREVE DI QUELLO RACCOMANDATO DALLE AZIENDE PRODUTTRICI, VALUTANDO IL TEMPO DI INSORGENZA DELLE INCROSTAZIONI E PROVVEDERE ALLA SOSTITUZIONE PRIMA CHE SI FORMINO.

# RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL CV

**NON EFFETTUARE LA GINNASTICA VESCICALE PRIMA  
DELLA RIMOZIONE DEL CATETERE**

II

NON EFFETTUARE L'IRRIGAZIONE DELLA VESCICA CON  
ANTISETTICI PER PREVENIRE L'INFEZIONE DELLE VIE  
URINARIE ASSOCIATE AL CATETERE

II

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare  
**Cinque raccomandazioni di IPASVI - Federazione Italiana Collegi Infermieri**

<b>1</b>	<b>Non eseguire la tricetomia pre-operatoria con rasoio a lama in previsione di un intervento chirurgico (AICO)</b> I più e i capelli possono essere fonte di infezione e ritardare una corretta visualizzazione della zona da incidere e interferire successivamente con la deflazione della ferita. Le evidenze scientifiche più recenti sono a favore della rasoatura nei casi in cui il pelo nell'area di incisione possa interferire con la protezione chirurgica. Data l'eventualità tecnologica di rasoio che può delimitare il pelo, è necessario un rasoio nuovo di ricambio rispetto al rasoio a lama poiché associato ad un minor trasferimento batterico. Ricerchiamo in letteratura l'efficacia sulla riduzione di infezioni della procedura, qualora si dovesse effettuare la rasoatura sarebbe preferibile eseguire il rasoio dell'intervento chirurgico.
<b>2</b>	<b>Non utilizzare in modo improprio dispositivi di raccolta per stomie con placca convessa. (AIOSS)</b> La placca convessa è indicata per l'appesantimento di stomie complesse e rettili. La sua applicazione non è indicata in presenza di lesioni, di stomie che debbono integrare il piano stomiale, di stomie inflettibili e piatte. In tali casi un uso scorretto della placca convessa spesso causa irritazione, macerazione, prurito e talvolta erosione della cute perianostomiale, con conseguenze sulla qualità di vita del paziente. Inoltre, essendo questo prodotto molto rigido rispetto a quelli di altra forma, può causare disagio, dolore e non apportare effetti benefici al paziente, comportando maggiori costi sanitari per la gestione delle stomie.
<b>3</b>	<b>Non utilizzare in modo improprio sostanze chimiche per la detersione del complesso stomiale. (AIOSS)</b> Il corretto lavaggio delle stomie e delle relative adiacenze limita i rischi di infezione e di irritazione cutanea. Saponi, disinfettanti e prodotti utilizzati per la detersione del complesso stomiale, ancora oggi quanto spesso sono inappropriatamente utilizzati dagli operatori sanitari. L'impiego di prodotti antibatterici o disinfettanti per effettuare la pratica quotidiana di manutenzione del complesso stomiale è un comportamento inappropriato che può interferire con l'efficienza delle caratteristiche di integrità della cute (pH fisiologico, umidità, barriera, batteri). È fondamentale considerare le caratteristiche chimico-fisiche delle soluzioni da utilizzare per la detersione del complesso stomiale.
<b>4</b>	<b>Non utilizzare disinfettanti istoliesivi sulla cute integra nei soggetti anziani, allettati, con cute fragile e/o compromessa. (AUC)</b> L'effetto di disinfettanti e coloranti (prodotto di sodio, mercurio, iodopovidone, cationici del benzene...) su cute integra è una pratica molto comune, che a noi sono ancora ricorrenza clinica. L'effetto di questi prodotti è particolarmente dannoso: in quanto possono seccare e irritare la cute, alterare il suo pH, causare prurito, l'assenza inoltre aumentano il rischio di sviluppare lesioni da pressione e il rischio di infezione. La cute può essere a sé non essendoci comunque l'effetto di prodotti disinfettanti specificamente formulati, con pH acido e con una formulazione senza alcol, per ridurre il rischio di sviluppo di lesioni.
<b>5</b>	<b>Non fare ricorso alla ginnastica vescicale (chiusura ripetuta del catetere) prima della rimozione del catetere vescicale. (AIURO - ANIMO)</b> La letteratura e le principali linee guida definiscono questa pratica inutile, essa è basata su un razionale smentito dalla fisiologia della minzione in quanto il muscolo detrusore della vescica non esegue alcuna forma di "ginnastica" quando il catetere rimane in situ poiché lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo. La ginnastica vescicale può invece risultare dannosa per il paziente perché se il catetere viene chiuso più volte durante la giornata, soprattutto in assenza di un circuito chiuso, si determina una stasi urinaria, che può aumentare l'incidenza di infezioni urinarie.

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al professionista.

Marzo 2014



**Non fare ricorso alla ginnastica vescicale (chiusura ripetuta del catetere) prima della rimozione del catetere vescicale. (AIURO - ANIMO)**

**5**

La letteratura e le principali linee guida definiscono questa pratica inutile. Essa è basata su un razionale smentito dalla fisiologia della minzione in quanto il muscolo detrusore della vescica non esegue alcuna forma di "ginnastica" quando il catetere rimane in situ perché lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo.

La ginnastica vescicale può invece risultare dannosa per il paziente perché se il catetere viene chiuso più volte durante la giornata, soprattutto in assenza di un circuito chiuso, si determina una stasi urinaria, che può aumentare l'incidenza di infezioni urinarie.

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al professionista.

# PREVENZIONE DELLE INFEZIONI; RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA

- ATTO MEDICO PRESCRITTIVO;
- ATTIVITA' A GESTIONE E  
COMPETENZA INFERMIERISTICA;
- FORMAZIONE E SUPERVISIONE DI  
OPERATORI DI SUPPORTO E  
CAREGIVERS.

Benci L. La responsabilità giuridica e deontologica della professione infermieristica nelle infezioni ospedaliere

# PREVENZIONE DELLE INFEZIONI, RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA

- a) *Violazione di regole precauzionali di condotta di carattere preventivo* dovute più alle concrete azioni che sono in capo dalla direzione sanitaria e alla direzione aziendale che non al professionista clinico. si pensi alla non messa a disposizione di materiale idoneo;
- b) *Violazione di regole precauzionali di condotta di carattere preparatorio;*
- c) *Violazione di regole precauzionali di condotta di carattere professionale.*

**RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA**





# Gli infermieri non possono effettuare trattamenti sanitari senza il consenso del paziente

di Elsa Frogioni

La Cassazione Con sentenza n. 38914 del 18 marzo – 24 settembre 2015 ha confermato la condanna in appello per **l'infermiere che con costrizione, nonostante il rifiuto del paziente, lo aveva sottoposto al trattamento sanitario di posizionamento di catetere vescicale. ....**

...A nulla sono valse le disamine della difesa, che argomentava la necessità della procedura volta a garantire lo stato di salute del paziente, poiché lo stesso, manifestava agitazione e sofferenza a causa dell'impossibilità di espletare autonomamente alla sua funzione emuntoria. Con l'applicazione del catetere le condizioni cliniche oggettive del paziente miglioravano, tant'è che l'agitazione scompariva e il paziente poteva riposare.

L'infermiere imputato si è quindi appellato allo "stato di necessità" art. 54 del c.p., infatti la perizia di un medico, riteneva che ci fossero segni riconducibili ad "un globo vescicale", ma la richiesta è stata rigettata dalla corte, perché nel caso di specie non si evinceva il pericolo grave, né l'urgenza, giacché il ristagno urinario, dopo l'inserimento del catetere corrispondeva solo a 300 cc di urina.

**Secondo la Cassazione gli elementi centrali sono costituiti dal rifiuto espresso in modo categorico dal paziente e dalle particolari condizioni di fragilità in cui si lo stesso si trovava.**

Il rifiuto del paziente deve far desistere il sanitario dall'apporre qualsiasi trattamento, secondo quanto stabilito dagli art.32 della Costituzione, comma 2..."nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"...

.....Anche la Corte a Sezioni Unite in una precedente sentenza n.2437/2009 aveva ribadito tale concetto della sicura illiceità anche penale, della condotta del medico che operi contro la volontà del paziente...

...I trattamenti sanitari non devono mai superare il limite della libertà personale del paziente, altrimenti si configura il reato di violenza privata art. 610 c.p. ..."*chiunque con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa*". La pena è la reclusione fino a 4 anni.

Nel caso in questione la condanna commissionata è di mesi quattro di reclusione, con le attenuanti generiche e la diminuzione per il rito abbreviato, oltre al pagamento delle spese processuali.

L'azienda di appartenenza gli ha inflitto una sanzione disciplinare, con la sospensione del servizio e della retribuzione per 10 giorni.

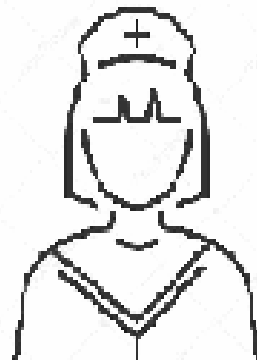
**CONSENSO**  
O  
**INFORMATO**  
O  
**SCRITTO**  
O  
**ESPRESSO**



XIV  
CONGRESSO INTERNAZIONALE  
ANIMÓ  
11-12 maggio 2019  
Fortezza da Basso  
FIRENZE

Art. 1, comma 7, D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”:

“Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.”



- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'**EFFICACIA** e dell'**APPROPRIATEZZA** ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle **EVIDENZE SCIENTIFICHE** disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza”.

# LINEE GUIDA, RACCOMANDAZIONI E BUONE PRATICHE

**Legge 8 marzo 2017, n. 24**

**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure  
e della persona assistita, nonché in materia  
di responsabilità professionale degli esercenti  
le professioni sanitarie**

Art. 5

*Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni  
previste dalle linee guida*

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

- Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione. **L’Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione.** Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati
- Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento. **L’Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca,** il pensiero critico, la riflessione fondata sull’esperienza e le buone pratiche, al fine di **garantire la qualità e la sicurezza delle attività.** Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e **adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.**

- Art 32 – Partecipazione al governo clinico. **L’Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo**, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.
- Art. 36 – Operatori di supporto. L’Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, **supervisiona, verifica, per la sicurezza dell’assistito, l’attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati**

- Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali.  
L’Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, **si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.**

# STRATEGIA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' E SORVEGLIANZA

<b>GESTIONE DEL CV SOLO DA PARTE DI PERSONALE QUALIFICATO</b>	<b>IB</b>
SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE DI PROTOCOLLI EVIDENCE BASED CHE DEFINISCANO L'INDICAZIONE ALL'USO, LE MODALITA' DI INSERIMENTO E GESTIONE DEL CV	IB
MONITORAGGIO DELL'ADERENZA DEGLI OPERATORI SANITARI ALLE PRATICHE RACCOMANDATE	II
INTERVENTI FORMATIVI AL PERSONALE SANITARIO, AL PERSONALE DI SUPPORTO AL PAZIENTE ED AL SUO CAREGIVERS	



# STRATEGIA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' E SORVEGLIANZA

IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DOCUMENTALE	II
USO DELL'ECOGRAFO PER LA VALUTAZIONE DEL VOLUME VESCICALE, PREVEDERE DIFFICOLTA' OGGETTIVE, VISUALIZZARE IL CORRETTO POSIZIONAMENTO, MONITORARE CAUSE DI MALFUNZIONAMENTO	

**SCHEDA DI GESTIONE DEL CATETERE VESICALE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

P.O. \_\_\_\_\_ U.O./ SERVIZIO \_\_\_\_\_

DATA DI RICOVERO/ ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_

CATETERE PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO / ACCESSO

SI

NO

**INDICAZIONE AL CATETERISMO:**

Ostruzione acuta delle vie urinarie e ritenzione urinaria.

Macroematuria e piuria

Disfunzione neurologica permanente della vescica

Monitoraggio della diuresi in pazienti critici

Intervento chirurgico che richieda una vescica vuota e stabilmente drenata

Incontinenza urinaria, se non possibili metodi alternativi

Guarigione di ferite o lesioni aperte sacrali o perianali in pazienti incontinenti

Altro \_\_\_\_\_

DATA INSERIMENTO \_\_\_\_\_ CH \_\_\_\_\_ LATTICE \_\_\_\_\_ SILICONE \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'OPERATORE

DATA SOSTITUZIONE (presunta) \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'OPERATORE

DATA RIMOZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'OPERATORE

NOTE \_\_\_\_\_

# XIV CONGRESSO NAZIONALE ANÍMO

**#INFERMIERE©**  
**RIPRODUZIONE VIETATA**  
*Nome proprio di professionista  
Sanitario laureato, iscritto  
All' Ordine delle Professioni  
Infermieristiche.*  
Sinonimi: **NESSUNO**

---



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE!**



# BIBLIOGRAFIA

- CDC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009, last update February 15, 2017;
- Prevention of catheter- associated urinary tract infection. In: Evidence- based geriatric nursing protocols for best practice. Hartford Institute for Geriatric Nursing- Acadmic Institution(2012);
- Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies- UpToDate, September 3, 2018;
- Kranz J et al. Epidemiology, diagnostics, therapy, prevention and management of uncomplicated bacterial outpatient acquired urinary tract infection in adult patients: Update 2017 of the interdisciplinary AWMF S3 guideline . Urologe A. 2017 Jun;56(6):746-758

# BIBLIOGRAFIA

- [www.slomedicine.it](http://www.slomedicine.it)
- Ministero della salute Dip. della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei LEA e dei Principi etici di Sistema. Risk Management in sanità. Il problema degli errori;
- Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 , Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017);

# BIBLIOGRAFIA

- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, Testo approvato dal Consiglio Nazionale il 13 aprile 2019
- Catheter- associated urinary tract infection in adults- UpToDate, September 3, 2018;
- Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica, Mc Graw Hill, 2005