



Position statement GAVeCeLT-IVAS sulla appropriatezza dell'impianto di sistemi venosi centrali totalmente impiantabili (port) da parte del personale infermieristico

PREMESSA

I territori di competenza del medico e dell'infermiere secondo la legge italiana sono normati dai rispettivi codici professionali, che definiscono il profilo delle due professioni. La differenza sostanziale tra il profilo professionale del medico e quello dell'infermiere è che la diagnosi di patologia e la terapia sono appannaggio esclusivamente della professione medica.

Per terapia intendiamo sia la prescrizione terapeutica a fronte di una patologia, sia la attuazione di un trattamento operativo non farmacologico (chirurgico o radiologico o non-invasivo).

Dal punto di vista legale, normativo, scientifico e di buon senso non vi è alcun dubbio che il posizionamento di un accesso venoso, centrale o periferico, debba essere considerato come una procedura assistenziale e non come una procedura diagnostica o terapeutica. Infatti, il posizionamento di un qualunque accesso venoso non implica automaticamente un risultato diagnostico né un trattamento di una qualunque patologia. Tutt'al più, l'accesso venoso può essere il mezzo per adottare determinati procedimenti diagnostici e terapeutici.

Ciò implica che il posizionamento di un qualunque accesso venoso (incluso un port) è manovra assistenziale, che quindi ricade nel campo di competenza sia del medico che dell'infermiere (dando per scontato che il medico o infermiere in questione debba essere specificamente e appropriatamente addestrato alla manovra, e che il posizionamento del dispositivo abbia luogo in un ambiente appropriato secondo le linee guida attuali).

L'IMPIANTO DI PORT DA PARTE DI PERSONALE INFERMIERISTICO

Nello specifico, che l'infermiere in Italia possa impiantare port è cosa comprovata direttamente e indirettamente dalla logica, dal buon senso, e da una quantità di evidenze:

- la interpretazione del profilo professionale dell'infermiere, così come condotta in innumerevoli convegni, dibattiti, e congressi, non ha mai portato conclusioni opposte a questa tesi;
- non è mai stata promulgata alcuna legge che fosse in contraddizione con quanto previsto nel profilo professionale infermieristico;
- non è mai pubblicata alcuna sentenza o mai vi è stato un dibattito giuridico in cui si sia messa in discussione il ruolo dell'infermiere nel posizionamento di accessi venosi;

- esistono da anni specifici corsi universitari (e non universitari) - accreditati da diversi Consigli di Facoltà e dal Ministero della Salute – specificamente indirizzati all'addestramento di infermieri al posizionamento di port;
- esiste una vasta letteratura scientifica italiana sul posizionamento di port, incluso un manuale specifico (*Manuale GAVeCeLT dei port*, EDRA edizioni, 2024), che prevede e da' per scontato il posizionamento di port da parte di infermieri;
- esiste da quattro anni un congresso annuale sui PICC-port, i cui relatori sono clinici (sia medici, sia infermieri) con specifica esperienza nel posizionamento di port;
- vi sono attualmente in Italia almeno trenta centri ospedalieri in cui gli infermieri inseriscono port (in maggioranza PICC-port, ma anche port toracici o femorali): a parte la esperienza-guida del Policlinico Universitario 'A. Gemelli' di Roma, ove vengono impiantati circa 2500 port l'anno, per il 95% inseriti da infermieri specificamente addestrati, esistono molti altri Centri in cui l'impianto di port è anche o prevalentemente infermieristico (vedi nota 1).

Alcune osservazioni importanti:

- secondo la legge italiana, il consenso informato è un atto clinico (quindi, di non esclusiva pertinenza medica) che prevede la raccolta del consenso da parte di chi fattualmente esegue la manovra; in questo la legge (vedi le sentenze della Cassazione) (vedi nota 2) è chiarissima.
- Il posizionamento di punti, l'uso di bisturi, la venipuntura di una qualunque vena, la tunnellizzazione, l'uso dell'ECG a scopo di identificare la cosiddetta *tip location* dell'accesso venoso centrale, l'uso dell'ecografo a scopo non diagnostico ma operativo (per la puntura, la *tip navigation*, la *tip location*, etc.) sono tutti aspetti tecnici che fanno parte della manovra assistenziale di posizionamento dell'accesso venoso, e non sono da considerare appannaggio del medico; sarebbe risibile e assurdo pensare alla catalogazione di ogni singolo atto clinico (chiudere una *clamp*, applicare un punto di sutura, incidere con il bisturi, tagliare con la forbice, e così via) cercando di attribuire a ciascun atto la qualifica di 'atto medico' o 'atto medico o in deroga anche infermieristico'; la norma legislativa italiana è semplice e chiara, definendo come proprie della professione medica le procedure diagnostiche e terapeutiche. Mettere un port non è una procedura terapeutica: nessun paziente è mai stato curato dalla semplice apposizione di un port (al contrario, ad esempio, il drenaggio di un ascesso, la rimozione di una appendice infiammata, la riparazione di un'ernia sono invece procedure terapeutiche e quindi atti di competenza esclusivamente medica).
- Ovviamente, si da' per scontato che il clinico che esegue tale manovra (medico o infermiere che sia) DEVE essere specificamente e appropriatamente addestrato, e DEVE essere formalmente assegnato a tale attività nella unità operativa in cui lavora, con il consenso del responsabile medico (es.: primario) e del responsabile infermieristico (es. coordinatore infermieristico).

LIMITI DELLA ATTIVITA' INFERMIERISTICA NELL'AMBITO DEGLI ACCESSI VENOSI

Proprio perché gli atti diagnostici e terapeutici sono di pertinenza medica, esistono aspetti dell'accesso venoso che inevitabilmente richiedono l'intervento medico: ovvero, la diagnosi e il trattamento di complicanze legate agli accessi venosi, che possano risultare pericolose per il paziente. In altre parole, la diagnosi e il trattamento di un malfunzionamento del catetere ricadono nelle competenze assistenziali-infermieristiche, poiché non si tratta di diagnosticare/trattare una patologia del paziente, bensì di risolvere un problema del dispositivo. Al contrario, richiedono certamente un intervento medico determinate complicanze che possono avere direttamente un effetto negativo sul decorso clinico del paziente e che prevedono la adozione di un adeguato protocollo diagnostico/terapeutico. Ad esempio:

- complicanze infettive: l'infermiere ha funzione di sorveglianza di tale complicazione e in caso di sospetto è tenuto ad avvisare il medico, ma la diagnosi di infezione catetere-correlata e la prescrizione terapeutica sono di competenza medica;
- stravasato del port: la definizione diagnostica e il trattamento sono di pertinenza medica;
- trombosi venosa catetere-correlata: l'infermiere pone il sospetto diagnostico (sulla base di dati obiettivi o ecografici), ma la definizione diagnostica (su base ecografica o angiografica) e la prescrizione di antitrombotici sono di pertinenza medica (e quindi è richiesta la consulenza di un medico esperto di accessi vascolari, o di un angiologo, o di un chirurgo vascolare, etc.);
- complicanze meccaniche: il trattamento di determinate complicanze meccaniche potenzialmente nocive per il paziente prevede spesso un intervento medico; ad esempio, la dissezione chirurgica necessaria per la rimozione di un dispositivo che appaia incastrato nei tessuti sottocutanei o nella vena richiede l'intervento medico (es. chirurgo vascolare); oppure, la rimozione per via di radiologia interventistica di un frammento di catetere embolizzato richiede l'intervento medico (es. cardiologo interventista o radiologo).

NOTA METODOLOGICA

Il presente documento non vuole essere un documento di consenso né una linea guida, bensì un *position statement*, promosso e approvato da GAVeCeLT (Gruppo Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine) e da IVAS (Italian Vascular Access Society), che riflette la posizione ufficiale e condivisa di GAVeCeLT e IVAS su un argomento più che mai attuale, ovvero la appropriatezza del posizionamento dei port da parte del personale infermieristico. Il testo è stato elaborato dai presidenti GAVeCeLT e IVAS, con la collaborazione del dr. Giancarlo Scoppettuolo (Roma) e la supervisione – per gli aspetti medico-legali – della dr.ssa Rita Celli (Asti).

Mauro Pittiruti
Presidente GAVeCeLT

Vincenzo Faraone
Presidente IVAS

Nota 1

Benché un censimento completo sia assai difficile, possiamo citare molte istituzioni nelle quali a tutt'oggi gli infermieri impiantano port e/o PICC-port: Istituto Europeo di Oncologia -Milano; Istituto Nazionale Tumori – Milano; Azienda ospedaliera di Melegnano; Ospedale Civile di Vicenza USL8; Ospedale di Fermo; Ospedale Civile di Reggio Emilia; Ospedale Civile Feltre USL 1 Dolomitica; Ospedale di Legnano; Ospedale di Magenta; Clinica La Maddalena di Palermo; Ospedale S.Anna ASST Lariana Como; Ospedale di Bisceglie; Azienda Ospedaliera di Trani; Azienda Ospedaliera di Palermo; Ospedale di Ragusa; Ospedale di Saronno; Ospedale Civile di Piacenza; Ospedale di Belluno; e probabilmente molti altri.

Nota 2

La Corte di Cassazione in questo ambito ha stabilito che è dovere di chi prescrive ed effettua la prestazione sanitaria acquisire personalmente il consenso informato, sia esso medico (Cass.sez Civile III° n.29709/2019, n.28985/2019 e ord.n.16892/2019) o infermiere (Cass. sez. Penale V° n. 50497/2018), ciò in rapporto alla responsabilità specifica di propria, diretta competenza dell'intervento proposto.