



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo per il cateterismo vescicale permanente

Pag. 1 di 9

PRO – 06
Rev. 01 del 13.07.2020

PRO- 06

Protocollo per il cateterismo vescicale permanente

Sommario

Applicabilità	2
Gestione del rischio	2
Emergenza Covid-19	4
Informazioni documentate da conservare	5
Revisione del Protocollo	6
1. Scopi	7
2. Responsabilità.....	7
3. Attività	7
4. Modalità operative	7
5. Materiali occorrenti.....	8
Allegato 1 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA	9

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma RAQ
00	Prima emissione	31/03/2011		
01	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo per il cateterismo vescicale permanente

Pag. 2 di 9

PRO – 06
Rev. 01 del 13.07.2020

Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDSO	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Cateterismo vescicale	06	Protocollo Cateterismo vescicale permanente	X	X	X		X				

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

Gestione del rischio



La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:

P				
	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
				C

$R = P \times C$
R = indice del rischio;
P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;
C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Range numerico	Livello	Misure di contenimento
----------------	---------	------------------------

1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
-------	----------------------	---

4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
-------	----------------------	---

9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.
--------	---------------------	--

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
-----------------	---------	----------------------

1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
---	--------------------	---

2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
---	--------------------	--



3	Probabile	<i>Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.</i>
---	-----------	---

4	Molto probabile	<i>Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.</i>
---	-----------------	--

Valutazione delle conseguenze (C)		
Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	Lieve	<i>Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili</i>
2	Media	<i>Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
3	Grave	<i>Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
4	Gravissima	<i>Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione</i>

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

Emergenza Covid-19

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	<p>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</p>	<p>Pag. 5 di 9</p>
	<p>Protocollo per il cateterismo vescicale permanente</p>	<p>PRO – 06 Rev. 01 del 13.07.2020</p>

organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.

[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite riferibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 6 di 9
	Protocollo per il cateterismo vescicale permanente	PRO – 06 Rev. 01 del 13.07.2020

In allegato al presente protocollo (allegato 1) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

Revisione del Protocollo

Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.

La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- **n. pagina oggetto di modifica;**
- **paragrafo da modificare;**
- **testo del paragrafo da modificare;**
- **testo proposto per la modifica**



1. Scopi

Lo scopo di questo protocollo è quello di definire modalità e responsabilità nell'inserimento del catetere vescicale.

Tale tecnica si esegue per inserire un catetere urinario attraverso l'uretra fino in vescica.

La tecnica del cateterismo vescicale viene usata per:

- drenare le urine
- monitorare la diuresi laddove sia indispensabile
- instillare farmaci in vescica,
- tenere pervia l'uretra per impedire che venga ostruita da edemi.

2. Responsabilità

- Medico di base
- Infermiere

3. Attività

La cateterizzazione si esegue solo su prescrizione medica.

E' importante fornire al paziente le seguenti informazioni:

- Il motivo della cateterizzazione;
- La tecnica utilizzata;
- Come il paziente potrà collaborare;
- Come il paziente potrà muoversi con il catetere a permanenza.

La cateterizzazione si esegue con le seguenti cadenze temporali:

- Al bisogno
- Mensile o quindicinale a seconda del tipo di catetere usato
- Specificata nel flusso delle attività

4. Modalità operative

- Garantire la privacy;
- Sistemare il paziente in posizione supina con le gambe divaricate (specie la donna)
- Tranquillizzare l'ospite e cercare di metterlo il più possibile a proprio agio
- Per l'ospite collaborante basta un solo operatore (per garantirgli il massimo della privacy), in caso contrario e, specie nelle donne, ne occorrono due



- Detergere la parte dapprima con sapone neutro e con movimenti sempre dall'alto al basso (specie nella donna). Un'accurata igiene della zona genitale assicura l'allontanamento della flora transitoria responsabile di possibili infezioni e permette, nella fase di antisepsi una migliore azione di quest'ultima
- Eseguire la disinfezione del meato urinario con garze sterili imbevute di soluzione antisettica;
- Aprire la confezione esterna del catetere prestando attenzione a non toccare l'involucro interno sterile
- Collegare alla sacca per urina
- Indossare guanti sterili
- Usare la mano non dominante per evidenziare l'area da disinfettare (sempre con garze sterili) in modo che l'altra mano rimanga sterile
- Inserire il catetere (con la mano rimasta sterile), dopo averne cosperso la punta col gel. Introdurre il catetere, con delicatezza e senza forzare, fino alla vescica
- Verificare la fuoriuscita di urina: se la quantità di urine supera i 700 ml chiudere il catetere ed aprire ad intervalli, per evitare spasmi vescicali o ematuria
- Introdurre 7 – 10 ml di soluzione fisiologica nel palloncino verificandone la tenuta
- Controllare le condizioni del paziente e rassicurarlo
- Sistemare il sacchetto in posizione declive rispetto al corpo del paziente e verificare che non ci siano ostacoli al deflusso dell'urina (es. tubo attorcigliato...)
- Provvedere al corretto smaltimento dei rifiuti e al riordino del materiale
- Riportare nel diario infermieristico l'avvenuta procedura e nel PAI
- Programmare l'eventuale sostituzione del catetere, in genere dopo un mese (a seconda del tipo di catetere usato)
- Iniziare eventuale terapia antibiotica (a giudizio del medico curante)

5. Materiali occorrenti

- Catetere a un lume di varie misure: il diametro delle sonde è espresso in Charriere o French (1 CH = 1 FH = 1/3 mm), per gli adulti variano da 12 a 24 FR/CH.
- Sacca di raccolta a circuito chiuso
- Guanti non sterili e guanti sterili
- Garze sterili
- Pinze
- Siringa da 10ml con soluzione fisiologica
- Crema lubrificante tipo Luan
- Telini
- Cerotto anallergico per fissaggio catetere.



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo per il cateterismo vescicale permanente

Pag. 9 di 9

PRO – 06
Rev. 01 del 13.07.2020

Allegato 1 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA _____

E- personam

€ Si

€ No

In caso di risposta 'Sì' indicare quali sezioni sono utilizzate:

- ...
- ...
- ...

Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:

Modulo	In uso (✓)

Aggiornato al _____