

## **Costituzione di un Team Accessi Vascolari (TAV) tra UUOO: appropriatezza e costi**

D. Montemurro<sup>1</sup>, A. Rigo<sup>1</sup>, E. Deganello<sup>2</sup>, F. Baratto<sup>2</sup>, ME. Buggio<sup>3</sup>, C. Bertoncello<sup>4</sup>, E. Marcante<sup>4</sup>

1 DMO, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 2 UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 3 SPS, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 4 Istituto di Igiene, Università degli Studi di Padova.

### **Introduzione**

La terapia infusione ha una rilevante importanza sia per il paziente acuto e sia per quello con previsione di degenza protratta. La mancanza di un accesso vascolare adeguato comporta gravi conseguenze per il paziente quali: ritardo di inizio del piano terapeutico o nutrizionale, allungamento delle giornate di degenza, aumento del disagio e dello stress, esposizione impropria del pz a rischi correlati alle potenziali complicanze. Esistono oggi una varietà di dispositivi vascolari capaci di rispondere alle diverse esigenze terapeutiche/assistenziali del pz: i cateteri periferici (Midline, Minimidline, agocannule), i CVC ad inserzione cervicotoracica (CICC) e ad inserzione periferica (PICC) ed i cateteri a lungo termine (PORT, Cateteri Cuffiati Tunnellizzati). Questa varietà di presidi, ciascuno con specifiche indicazioni e tecniche di impianto, richiede sempre più alta professionalità da parte del personale e una “regia” condivisa e, se possibile, unica. La precedente organizzazione degli accessi vascolari era garantita da personale afferente a diverse Unità Operative e non era distinta dalle altre attività cliniche-assistenziali: ciò comportava spesso poca appropriatezza nella scelta del presidio, tempi troppo lunghi per l’impianto e difficoltà nel valutare nel tempo le complicanze. Da gennaio 2018 è partito un progetto aziendale finalizzato alla creazione di un gruppo multidisciplinare dedicato (TAV) in grado di rispondere con la massima appropriatezza e tempestività alle crescenti domande ospedaliere e territoriali e di monitorare complicanze e costi legati al posizionamento dei cateteri vascolari.

### **Materiali e metodi**

La realizzazione del progetto ha previsto la costituzione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare medico-infermieristico finalizzato alla condivisione delle linee guida internazionali e alla redazione di una Procedura Operativa Aziendale sulle modalità e criteri di intervento del TAV; la definizione dei componenti del Team, delle specifiche responsabilità, la standardizzazione dell’addestramento degli impiantatori e delle procedure di impianto; la centralizzazione dell’impianto dei cateteri centrali in una sala dedicata e l’implementazione dell’impianto bedside dei cateteri periferici; l’identificazione di un unico Centro di Costo all’interno della UOC Anestesia e Rianimazione; l’informatizzazione del sistema di prenotazione, della richiesta di consulenza, della gestione e del monitoraggio delle complicanze; la formazione del personale infermieristico di ospedale e territorio per la corretta gestione dei cateteri; la definizione di un set di indicatori di monitoraggio (% di utilizzo del format di richiesta, % appropriatezza della scelta del PICC).

### **Risultati**

Il confronto tra i primi sei mesi del 2017 e del 2018 ha evidenziato: la riduzione dell’inappropriatezza nel posizionamento di CVC (da 27% a <5%); l’aumento degli impianti di PICC, Midline, Minimidline e agocannule (da 113 a 200); l’aumento di impianti effettuati da infermieri dal 52% al 72% e l’utilizzo dell’apposito format di richiesta e refertazione è >90%.

Lo sforzo organizzativo sostenuto dalla Direzione Medica con la collaborazione di personale di diverse UUOO, sia dell’Ospedale che del Territorio, sembra aver già dato buoni risultati sul piano clinico e formativo. Il risparmio di “tempo medico” va nella direzione della razionalizzazione delle risorse; siamo tuttavia ancora in attesa dei dati completi sui risparmi derivanti dalla nuova organizzazione.