

E. Marcante¹, A. Rigo², E. Deganello³, F. Baratto³, S. Del Genio⁴, ME. Buggio⁵, C. Bertoncello¹, D. Montemurro²

1 Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova; 2DMO, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 3 UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta; 4 CdLM Scienze delle professioni sanitarie tecnico diagnostiche, Università degli studi di Padova; 5 SPS, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta

Parole chiave: *proactive vascular planning, appropriatezza, costi*

Introduzione

La terapia infusione ha una rilevante importanza per il paziente acuto e per quello con previsione di degenza protratta. La mancanza di un accesso vascolare adeguato comporta gravi conseguenze quali: ritardo di inizio del piano terapeutico, allungamento delle giornate di degenza, aumento del disagio, esposizione impropria a rischi correlati alle complicanze. La grande varietà di dispositivi vascolari ad oggi presente richiede sempre più alta professionalità e una “regia” condivisa ed unica. La precedente organizzazione, garantita da personale afferente a diverse Unità Operative e non distinta dalle altre attività clinico-assistenziali, comportava poca appropriatezza nella scelta del presidio, tempi lunghi per l’impianto e difficoltà nel valutare le complicanze. A gennaio 2018 è partito un progetto aziendale finalizzato alla creazione di un gruppo multidisciplinare medico-infermieristico dedicato, in grado di rispondere con massima appropriatezza e tempestività alle crescenti domande ospedaliere e territoriali e di monitorare complicanze e costi legati al posizionamento degli accessi.

Contenuti

La realizzazione del progetto ha previsto: la redazione di una Procedura Operativa sulla modalità e criteri di intervento; la definizione delle responsabilità dei componenti del Team; la standardizzazione dell’addestramento degli impiantatori e delle tecniche di impianto; la centralizzazione dell’impianto dei cateteri centrali in una sala dedicata, l’implementazione dell’impianto bedside dei cateteri periferici; l’identificazione di un unico centro di costo; l’informatizzazione del sistema di prenotazione e di consulenza; la formazione del personale infermieristico di ospedale e territorio per la corretta gestione dei cateteri; la definizione di un set di indicatori di monitoraggio.

Conclusioni

Nel primo anno di attività, il TAV ha ridotto l’inappropriatezza dei CVC aumentando gli impianti di cateteri periferici ed ha aumentato gli impianti effettuati da infermieri. Lo sforzo organizzativo sostenuto dalla Direzione Medica con la collaborazione di personale di diverse UUOO, sia dell’Ospedale che del Territorio, ha dato buoni risultati sul piano clinico e formativo. L’informatizzazione permette una raccolta dati più efficace soprattutto per flussi tra ospedale e territorio. 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.

Indicatori di monitoraggio	Risultato
Corretta compilazione delle richieste da parte del medico ospedaliero (>90%)	> 90%
Corretta compilazione delle richieste da parte del MMG o altro servizio territoriale (>90%)	> 90%
Utilizzo format specifico di refertazione da parte dell’infermiere impiantatore (>90%)	> 90%
Appropriatezza della scelta dell’accesso vascolare (>50%)	> 95%

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019 (fino al 30/04)
CVC e CVC short term dialisi:				
- Impianti ospedale	289	201	249	60
- % CVC inappropriati	58%	27%	< 5%	< 5%
PICC, midline, minimidline, CVP:				
- Impianti ospedale	114	154	358	202
- Impianti territorio (RSA, ADI, Hospice)	33	73	116	39
Totale cateteri/anno	436	428	723	301
- % impianti infermieri	34%	52%	65%	80%