

OSPEDALE-TERRITORIO SLOW: PRINCIPI, OBIETTIVI, AZIONI

Arezzo, Auditorium Ospedale San Donato 8 Giugno 2017

14 Cuneo CVP

Titolo del progetto	Evitare il posizionamento di CVP (catetere venoso periferico) ai pazienti valutati in DEA che necessitano esclusivamente di prelievo venoso, ai quali si presume ragionevolmente una mancata necessità di terapia infusioneale
Autori	Mauro Giraudo – Niccolò Corte de Checco - Beppe Lauria - Massimo Perotto
Affiliazioni	
E-mail degli autori	massimoperotto@hotmail.com

Premessa ed obiettivo:

Il posizionamento di CVP determina un maggior rischio di infezioni (per la presenza di un presidio temporaneo endovenoso), oltre ad un maggior dispendio di tempo e risorse economiche. La necessità di terapia infusioneale può essere ipotizzata già durante la prima valutazione clinica (medico e infermieristica). Obiettivo dello studio è stato pertanto sensibilizzare il personale infermieristico, oltrechè medico, ad evitare il posizionamento inutile di CVP ogni qual volta si presuma con buon margine di sicurezza la mancata necessità di terapia parenterale, e possa essere sufficiente un semplice prelievo venoso estemporaneo per l'esecuzione degli accertamenti ematochimici.

Metodi:

Gli indicatori adottati sono stati: il numero di aghi cannule effettivamente utilizzati (numeratore) su numero di pazienti a cui è stata somministrata terapia endovenosa (denominatore). Insieme ai colleghi infermieri venivano identificati i principali criteri di appropriatezza: codice di criticità (giallo e rosso, a cui vie somministrata terapia ev con ragionevole certezza); pazienti con necessità di terapia trasfusionale, indipendentemente dal codice colore; pazienti politraumatizzati. E' stato inventariato (in modo preciso) il numero di aghi cannula presenti in tutte le sale visita DEA, sala antishock e magazzini. Il numero di aghi cannula effettivamente utilizzate (numeratore) viene confrontato con il numero di pazienti a cui è stata somministrata terapia endovenosa (denominatore; dato ricavato dal sistema informatico). Tale rapporto costituisce un indice di appropriatezza K (k ottimale, cioè appropriatezza assoluta = 1).

Tale indice viene osservato per un periodo di 1 mese, secondo l'attività routinaria DEA, essendone a conoscenza di tale valutazione solo il responsabile del progetto choosing, il coordinatore DEA e l'infermiere incaricato di monitorare/controlare i dati. Successivamente è stata convocata una riunione informativa (rivolta a tutto il personale), oltre all'invio del materiale del progetto, potendo pertanto valutare il trend del K in un mese successivo, dopo adeguata sensibilizzazione del gruppo.

Risultati:

Per quanto riguarda il mese preso in esame a "campione" (maggio 2015), su un totale di 5.410 accessi DEA, sono stati utilizzati 2.094 aghi cannula, con 984 pazienti che hanno ricevuto effettivamente terapia infusioneale, evidenziando quindi un indice k di 2,12.

Nel mese di maggio 2016 – dopo sensibilizzazione del personale sanitario – su un totale di 5.291 accessi DEA, sono state utilizzate 1.230 cannule, con 936 pazienti sottoposti a terapia endovenosa, registrando quindi un indice k di 1,31.

Tali risultati, ottenuti peraltro su una casistica così ampia, hanno evidenziato (in modo statisticamente significativo) un netto miglioramento dell'indice k , che è sceso da 2,12 a 1,31.

Conclusioni:

Da tali risultati si può concludere affermando che una valutazione più attenta alla reale necessità di posizionamento di CVP, da parte di tutto il gruppo (medico ed infermieristico), consenta una netta riduzione di posizionamenti inutili/inutilizzati di accessi venosi. Tale risultato consente un utilizzo più appropriato delle risorse (sia umane in termine di tempo, che economico in termine di materiale utilizzato), oltre ad un'ancor più importante riduzione di eventuali complicanze sul paziente. L'estensione di questa pratica ad un intervallo di tempo più ampio, potrebbe evidenziare un risultato ancora più soddisfacente, oltre ad essere stimolo di miglioramento ulteriore per il gruppo.