

Vantaggi del posizionamento preoperatorio dei PICC



GAVeCeLT 2024
Bologna, 9-10-11 dicembre



Laura Dolcetti

Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS

Indicazione al posizionamento di un accesso venoso centrale per la SO

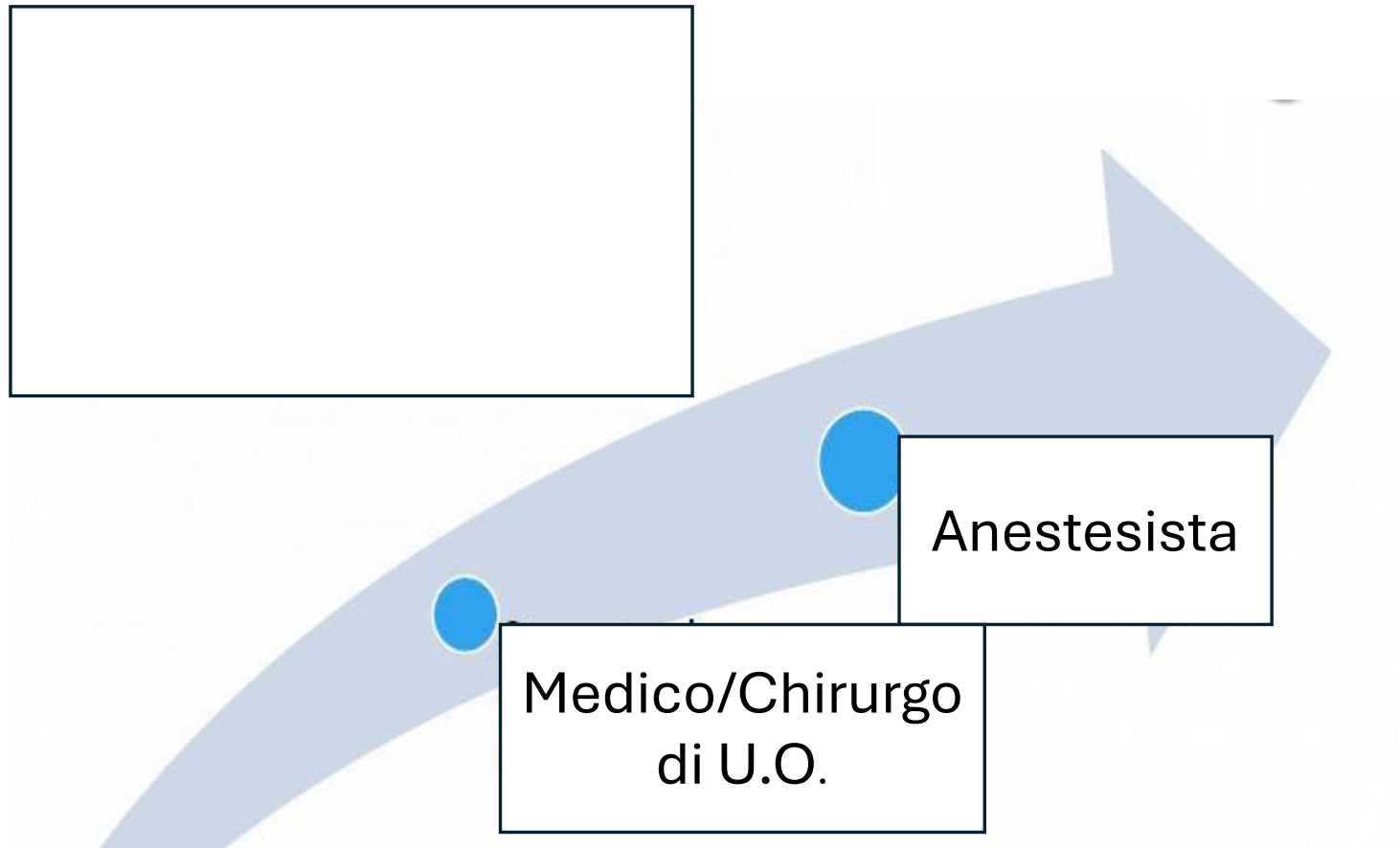
- Mandatorio nella preparazione di pz candidati ad interv. Ch.;
- Necessità di un accesso vascolare con più lumi
- Difficile reperimento venoso periferico (obesità, traumi, età, pregressa chemioterapia...);
- Necessità di NPT nel post-operatorio (tranne brevi trattamenti con NPT a base lipidica e osmolarità < 800 mOsm/L;
- Presenza di gravi comorbidità quali ad esempio gravi cardiopatie;
- Ipotesi di insufficienza epatica severa post-operatoria;
- Necessità di infusione di farmaci con PH < 5 o > 9 o flebolesivi;
- Sedazione pre-anestesia e induzione anestesiológica;
- Terapia antibiotica di profilassi o mirata ordinario/emergenza; somm.ne di farmaci salvavita in emergenza;

CICC verso PICC

L'utilizzo costante del CICC nel preoperatorio è stato rimodulato grazie all'introduzione dei protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) che prevedono un percorso multimodale volto ad attenuare lo stress chirurgico, una più rapida ripresa delle funzioni vitali postoperatorie, controllo del dolore ed un più rapido recupero dell'autonomia del paziente.

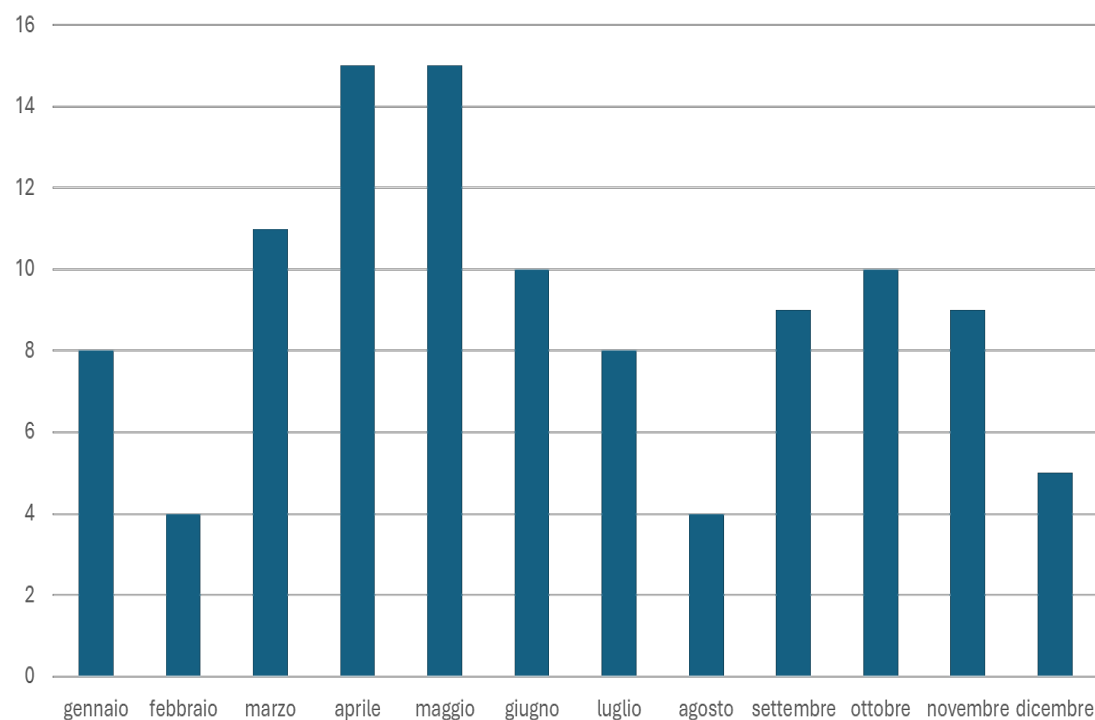
Questo ha comportato una ridiscussione del ruolo del CICC versus l'utilizzo di un PICC, con un notevole risparmio economico; di complicanze ed un miglior comfort del paziente ampiamente dimostrato in letteratura.

Richiesta di accesso vascolare per S.O.



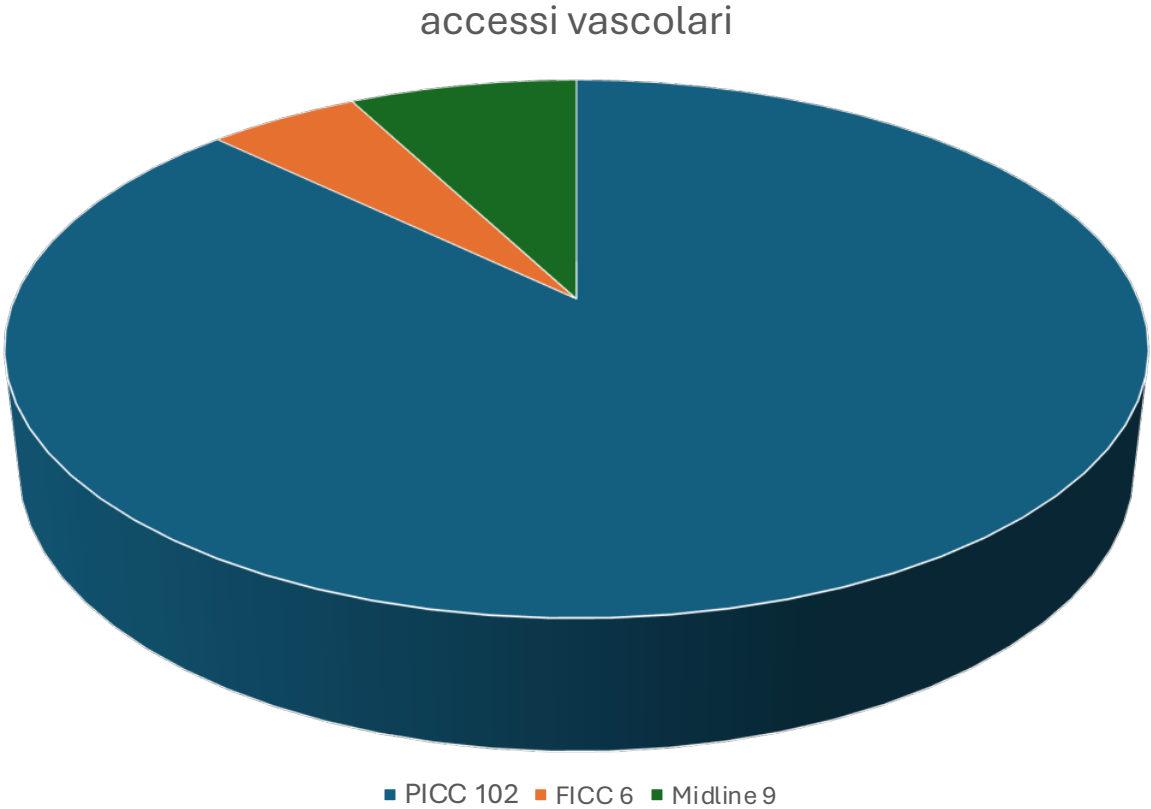
Report anno 2023 – numero di richieste

GAVeCeLT 2024
Bologna, 9-10-11 dicembre



Gennaio – 8
Febbraio – 4
Marzo – 11
Aprile – 15
Maggio – 15
Giugno – 10
Luglio – 8
Agosto – 4
Settembre – 9
Ottobre – 10
Novembre – 9
Dicembre - 5

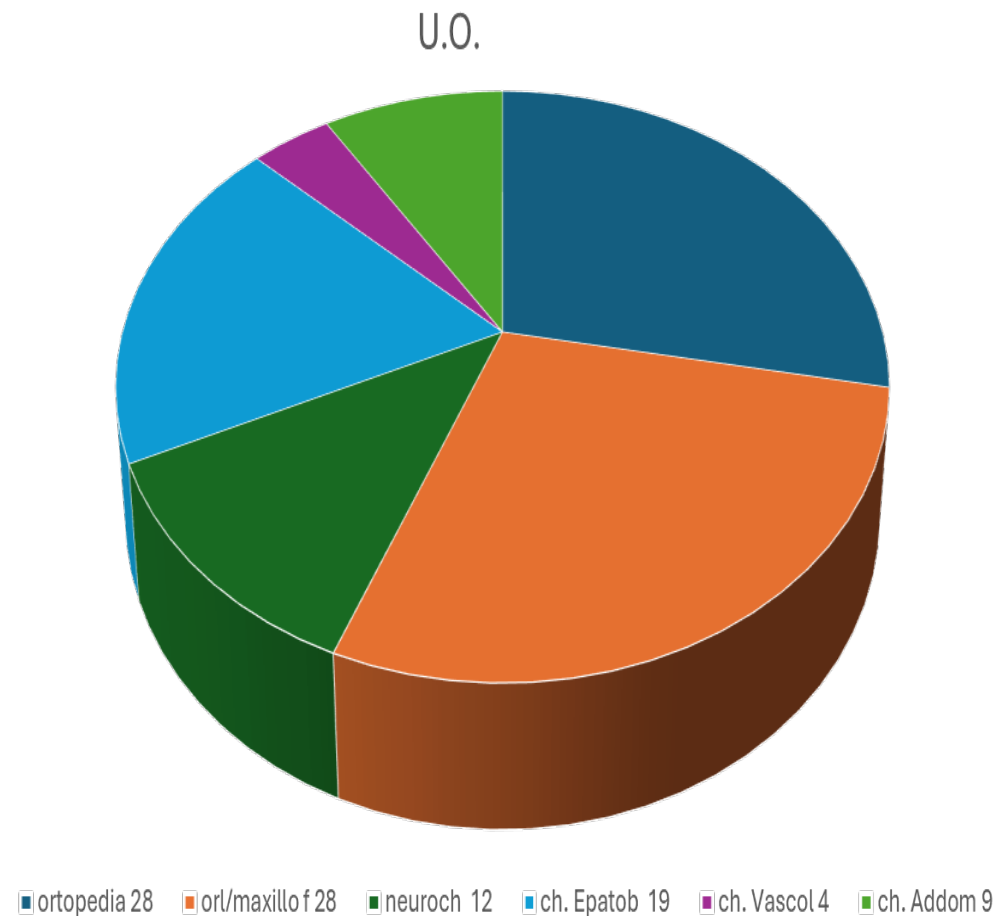
Report anno 2023 – tipologia di device



PICC: 102
FICC: 6
MIDLINE: 9

Report anno 2023 – reparti richiedenti

- Ortopedia: 28
- Orl/maxillo facciale: 28
- Neuroch: 12
- Ch. epatobil.: 19
- Ch. Vascol: 4
- Ch. Addomin: 9



Tipi di chirurgie:

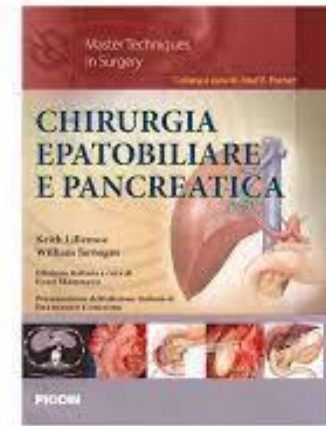


Patologie testa-collo

Tale chirurgia spazia da quella mininvasiva endoscopica e non, a quella più demolitiva, a quella ancora più estrema e complessa richiedente una immediata ricostruzione di grandi difetti chirurgici effettuata in collaborazione con la UOC di Chirurgia Plastica.

La possibilità di poter ricostruire ampi difetti chirurgici attraverso il trasferimento di tessuto cutaneo, adiposo-cutaneo, fascio-cutaneo, muscolo-fascio-cutaneo e osteo-cutaneo, prelevato a distanza da specifici e selezionati siti donatori dello stesso paziente, rivascolarizzabile attraverso complesse microanastomosi arteriose e venose a livello dei vasi del collo, consente una chirurgia oncologica anche estrema, ma ad impatto prognostico favorevole sia sul controllo oncologico che sul risultato funzionale ed estetico

Tipi di chirurgie:



Chirurgia epatobiliare maggiore:

Chirurgia maggiore Oncologica addominale, patologia maligna e benigna di fegato, vie biliari e pancreas (epatocarcinoma, colangiocarcinoma, neoplasie rare....)

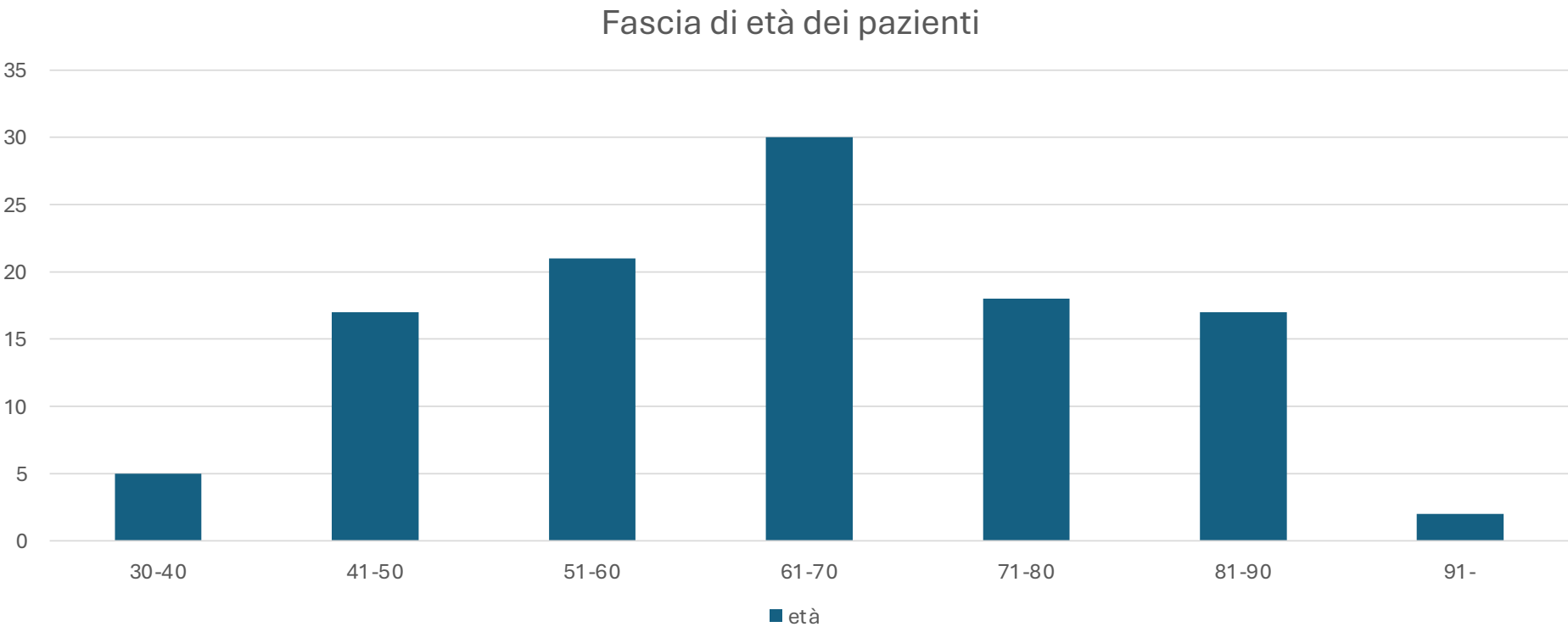
Epatectomia dx/sx (più di 3 segmenti epatici), metastesectomie epatiche multiple

Tipi di chirurgie:

- Chirurgia d' Urgenza e del trauma;
- Ch. Ortopedica;

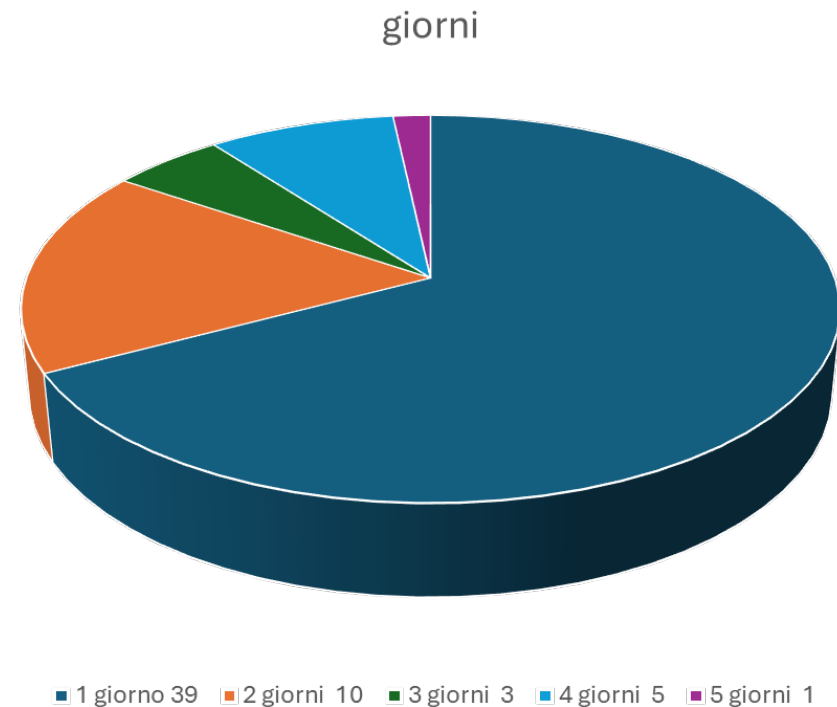


Report anno 2023 – fascia di età dei pazienti



Report anno 2023 – tempo tra richiesta ed esecuzione

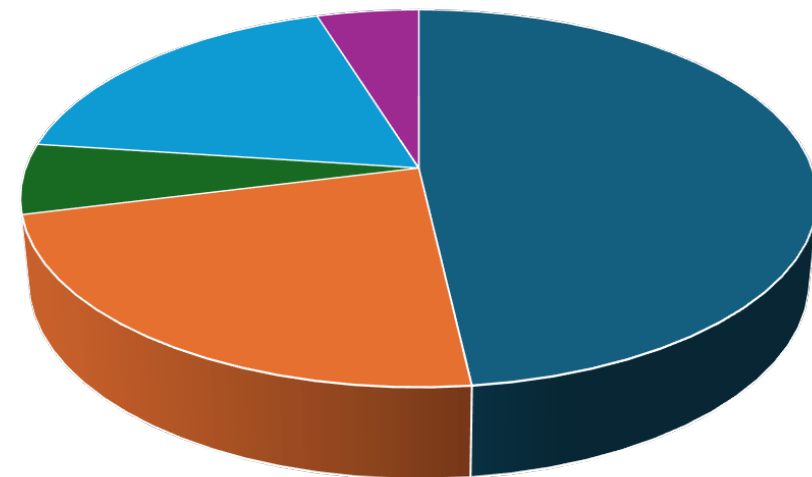
- 1 giorno: 39
- 2 giorni: 10
- 3 giorni: 3
- 4 giorni: 5
- 5 giorni: 1



Report anno 2023 – tempo tra esecuzione procedura e ingresso in SO del paziente

- 1 giorno: 40
- 2 giorni: 19
- 3 giorni: 5
- 4 giorni: 15
- 5 giorni: 4

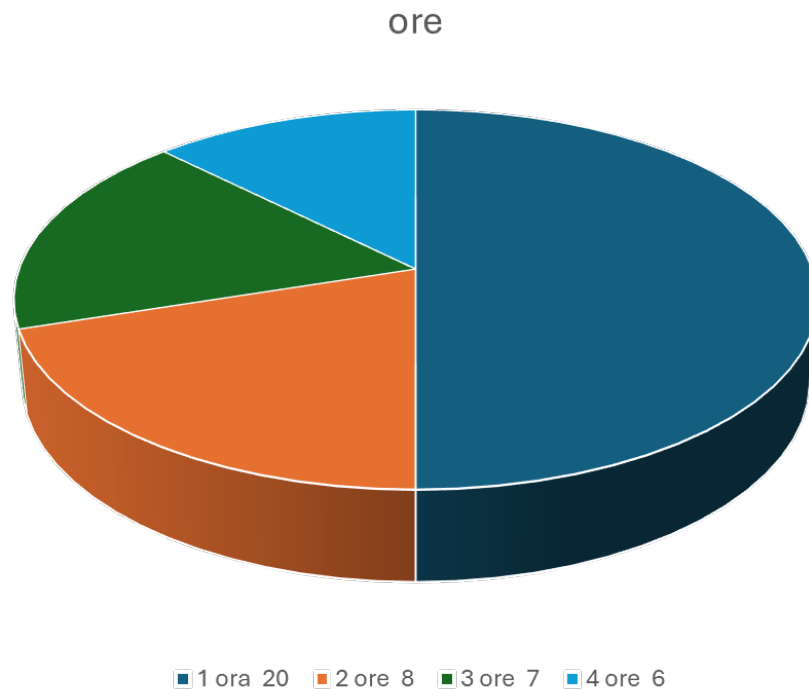
esecuzione-ingresso in S.O. **GIORNI.**



■ 1 giorno 40 ■ 2 giorni 19 ■ 3 giorni 5 ■ 4 giorni 15 ■ 5 giorni 4

Report anno 2023 – tempo tra richiesta ed esecuzione

GAVeCeLT 2024
Bologna, 9-10-11 dicembre

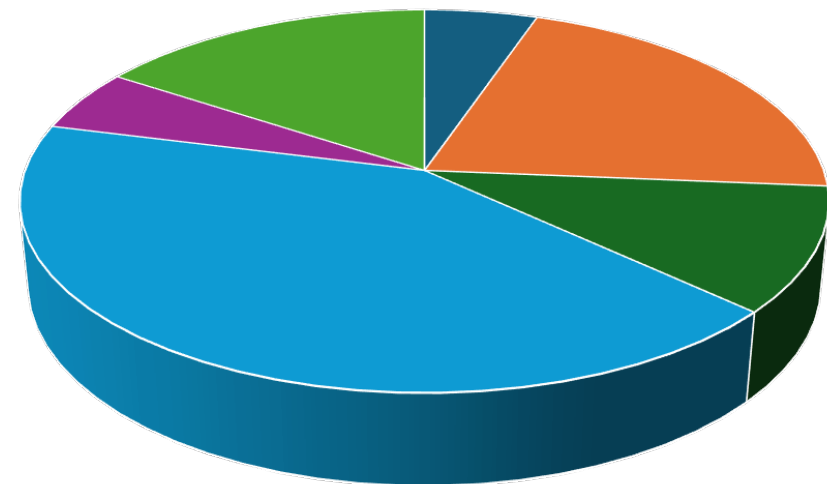


- Entro 1 ora: 20 impianti
- Entro 2 ore: 8 impianti
- Entro 3 ore: 7 impianti
- Entro 4 ore: 6 impianti

Report anno 2023 – tempo tra esecuzione procedura e ingresso in SO del paziente

- Entro 1 ora: 1 ingresso in S.O.
- Entro 2 ore: 4 ingressi in S.O.
- Entro tre ore: 2 ingressi in S.O.
- Entro 4 ore: 8 ingressi in S.O.
- Entro 5 ore: 1 ingresso in S.O.
- Entro 6 ore: 3 ingressi in S.O.

Esecuzione-ingresso in S.O. ORE.



1 ora 1 2 ore 4 3 ore 2 4 ore 8 5 ore 1 6 ore 3

Proactive Vascular Planning

Kokotis, JIN 2005

- Riduzione delle complicanze
- Maggiore sicurezza per il paziente
- Maggiore costo-efficacia clinica
- Maggiore efficienza aziendale
- Maggiore risparmio aziendale

Proactive Vascular Planning

- . Attuazione completa e sistematica, a livello di tutta l'azienda, di un programma di scelta ragionata del presidio
- . Riduzione delle complicanze e dei costi legati all'impianto, grazie alla adozione di una tecnica standardizzata e condivisa, eseguita da personale con esperienza e training specifici
- . Attuazione di un servizio continuativo di 'counselling' per la gestione routinaria degli accessi venosi (tramite la formulazione e attuazione di 'bundles' o di protocolli operativi adeguati) e per la gestione di eventuali complicanze infettive o trombotiche o meccaniche
- . Mantenimento di un attività culturale e formativa continua a livello aziendale, finalizzata all'aggiornamento delle procedure e dei protocolli inerenti l'impianto e la gestione degli accessi venosi

Confronto costo posizionamento accesso vascolare nel perioperatorio

Posizionamento CICC in S.O da
parte dell'anestesista

Versus

posizionamento bed side da
parte del PICC Team

Costi materiali	Posiz. CICC	Posiz. PICC
Kit impianto	28,06	28,06
<u>Chloraprep</u> 10ML	4,00	4,00
<u>Colla</u> <u>istoacrilica</u>	6,04	6,04
Catetere CICC	22	----
Catetere PICC	----	58,60(4Fr)/59,6 9(5Fr)
<u>Securacath</u>	3,66	3,66
Costo totale materiale	63,76	100,36/101,45

Confronto costo posizionamento accesso vascolare nel perioperatorio

Posizionamento CICC in S.O da parte dell'anestesista

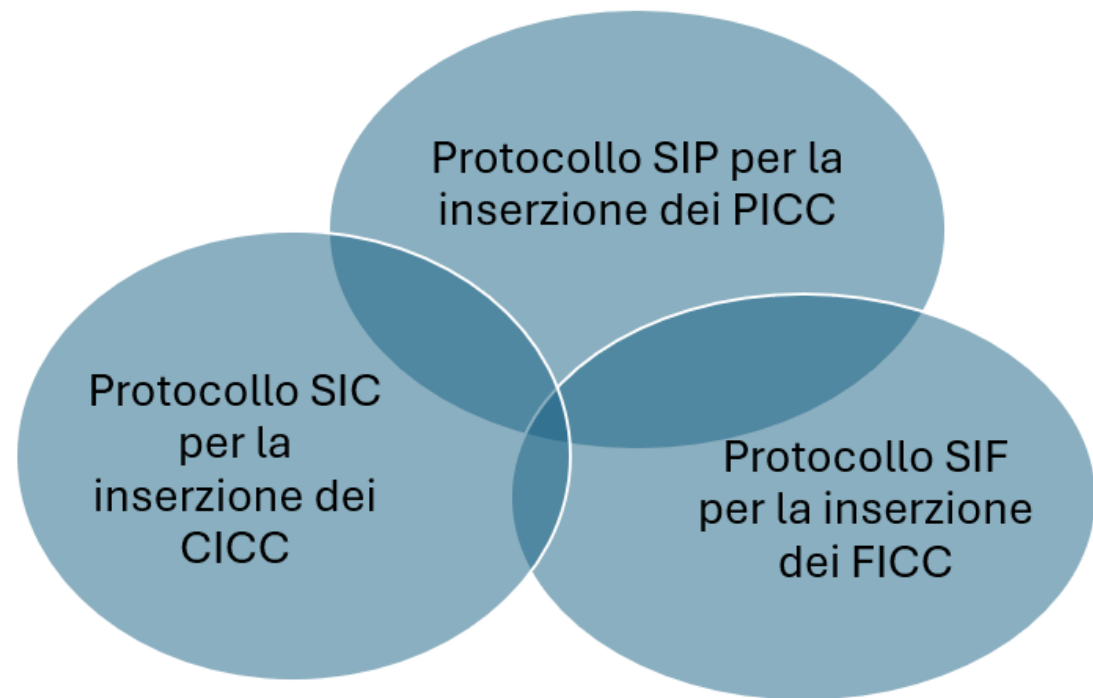
Versus

posizionamento bed side da parte del PICC Team

Costi personale	Posiz. CICC	Posiz. PICC
Chirurgo	50/65	----
Infermiere fuori sala	25/30	----
Ferrista	25/30	----
ausiliario	17	----
Altri costi	250/300	----
Infermiere PICC Team	----	20 <u>Straord. 16 lordi</u> <u>Coord. 19 lordi</u>
Costo totale SO	367/442	----
Anestesista (ad ora)	65	----
Costo RX Torace	15	---
Costo totale approssimativo	1184,00	20,
Costo complicità PNX	1817,67	----

Impianto PICC bed side

- Personale con specifica preparazione;
- Impianto secondo protocolli;
- Cateteri power injectable in poliuretano punta aperta (MDC in Radiologia - misurazione PVC);
- Rischi di impianto bassi in caso di pazienti con gravi cardiopatie o gravi coagulopatie



Conclusioni

- Coinvolgimento del PICC Team nel team Interdisciplinare «percorso del paziente chirurgico»;
- Migliorare le tempistiche richiesta-impianto PICC
- Posizionamento nell'unità operativa;
- Aggiornamenti di tutte le figure professionali sulle nuove tecnologie, best practice ed effetti benefici per il decorso clinico del paziente.



laura.dolcetti@policlinico-gemelli.it