

XVII PICC Day

Organizzazione dei Team Accessi Vascolari sul territorio

ELISA DEGANELLO

**UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedali Riuniti Padova Sud,
Referente Team Accessi Vascolari ULSS 6 Euganea**

PERCHE' UN TAV TERRITORIALE

- **Nel nostro Paese si assiste alla crescita dei malati cronici:** anziani, soli, fragili, con bisogni assistenziali complessi, affetti da malattie cardiorespiratorie, oncologiche e neurodegenerative
- Nuovi **modelli organizzativi** che puntano a **garantire l'assistenza sul territorio** con l'implementazione dei servizi di assistenza domiciliare e telemedicina. Tra gli obiettivi del PNRR vi è l'identificazione che il setting assistenziale sia *«la casa come luogo di cura»*
- Spesso la difficoltà a domicilio è quella di **attuare terapie endovenose in assenza di accessi venosi sicuri**



(Codice interno: 526752)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 277 del 21 marzo 2024

Approvazione del documento "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" nell'ambito degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

D.M. 23 maggio 2022 n. 77.

[Sanità e igiene pubblica]

Allo scopo di accompagnare le Aziende Sanitarie all'attuazione dello sviluppo dell'assistenza territoriale, sono state redatte le presenti linee di indirizzo, finalizzate a completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle Cure Domiciliari, individuando i seguenti obiettivi:

1. migliorare l'accessibilità ai servizi di Cure Domiciliari e Cure Palliative adulte e pediatriche;
2. delineare le iniziative volte al raggiungimento dell'incremento del volume di prestazioni rese in assistenza domiciliare, fino alla presa in carico del 10,98% della popolazione over 65, comprensivo dell'incremento delle prese in carico in CP domiciliari;
3. favorire l'implementazione di servizi di Telemedicina nel *setting* domiciliare;
4. sviluppare le competenze del personale delle cure domiciliari.

Le principali patologie croniche oggetto di PIC sono: cardiovascolari, le quali risultano essere le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (28%), seguite dalle neoplasie (13%), dalla sindrome ipocinetica (13%) e le patologie metaboliche, concentrate oltre la fascia di età di 50 anni. Nel caso di soggetti con singole patologie ad alta prevalenza come: BPCO, scompenso cardiaco, demenza e diabete, l'elemento peculiare è dato da un elevato livello di eterogeneità dei bisogni clinici e di complessità assistenziale per patologie della medesima tipologia.

Considerando i soli soggetti seguiti in maniera più intensiva, le diagnosi prevalenti risultano essere le malattie cardio e cerebrovascolari (21%), le neoplasie (21%) e le demenze (11%).

(Codice interno: 526752)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 277 del 21 marzo 2024

Approvazione del documento "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" nell'ambito degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.
D.M. 23 maggio 2022 n. 77.
[Sanità e igiene pubblica]

Allegato B – Iniziative di integrazione percorsi specialistici-territorio e ospedale-territorio per la presa in carico di assistiti a domicilio

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune iniziative di integrazione dei percorsi specialistici-territorio e ospedale-territorio per la presa in carico di assistiti a domicilio, in atto presso alcune Aziende Sanitarie ed estendibili nel territorio regionale, volte a potenziare le competenze a disposizione delle figure professionali che intervengono al domicilio e a garantire una continuità delle cure per la presa in carico di assistiti che necessitano di assistenza a diversa intensità di trattamento.

PICC Team Territoriale	Obiettivo Garantire la continuità nella presa in carico dei bisogni della persona fragile, dedicando personale competente ed esperto alla gestione degli utenti fragili a domicilio o residenti presso le strutture residenziali extraospedaliere con bisogno di continuità terapeutica infusiva, realizzata mediante il posizionamento e la gestione di un accesso vascolare a breve medio lungo termine, può assicurare una maggiore compliance ed aderenza terapeutica dell'utente e della sua famiglia/care-giver, garantendo nel luogo di vita la continuità dei trattamenti terapeutici non altrimenti' possibili in utenti con patrimonio vascolare ridotto e/lo a rischio di complicanze, riducendo anche l'eventualità di ricovero ospedaliero.
-------------------------------	--



SENZA APPROPRIATEZZA NON C'E' MEDICINA

Prima di organizzare un servizio che eroga prestazioni (es servizio TAV)

deve essere ben definito **quando è appropriato** chiedere prestazioni a quel servizio

altrimenti **c'è il rischio di organizzare benissimo un servizio che eroga prestazioni inutili** quando non francamente pericolose per i pazienti.

FARE DI PIU' NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

Per evitare una crescita disordinata ed esponenziale della domanda di dispositivi e per garantire l'uniformità di trattamento a tutti gli aventi diritto **occorre creare condizioni affinché la richiesta di accesso venoso venga inviata con appropriatezza**



1° PROBLEMA:

LA CORRETTA INDICAZIONE AL CATETERE VASCOLAR

L'indicazione al catetere
vascolare:
**l'importanza del giudizio
clinico del medico**

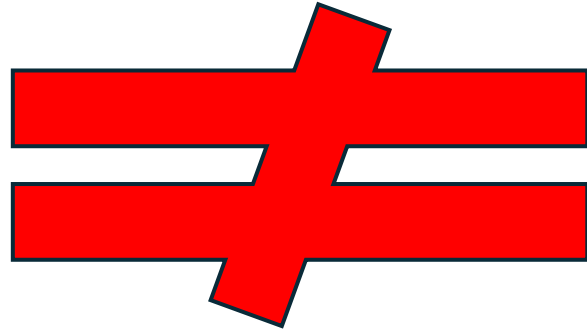
Implant
o ●

RICHIESTA DI
ACCESSO VENOSO

LA CORRETTA INDICAZIONE AL
POSIZIONAMENTO DI UN ACCESSO
VENOSO



PROBLEMA
CLINICO
ETICO
GIURIDICO
ECONOMICO



LA SCELTA DEL CORRETTO
ACCESSO VENOSO



STIMA DEGLI SPRECHI IN SANITA'

- **In Italia** si stimavano alcuni anni fa circa 25 mld di Euro di sprechi su circa 112 mld del FSN (il 22% del totale della spesa diretta) e **circa il 17% della spesa sanitaria globale**, pubblica e privata (pari a 146 mld di Euro)
- **Negli USA** abbiamo un mercato sanitario privato pari al 16% del PIL. La stima degli sprechi alias "*inappropriatezze*" esistenti è **tra il 21% e il 47,6% della spesa sanitaria globale**.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **39** DEL **20 NOV. 2024**

OGGETTO: Approvazione del documento "Verifica dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza".

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento, si approva il documento relativo alla "Verifica dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza" elaborato dal Nucleo Regionale di Controllo e da esperti del settore, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in materia.



APPROPRIATEZZA CLINICA

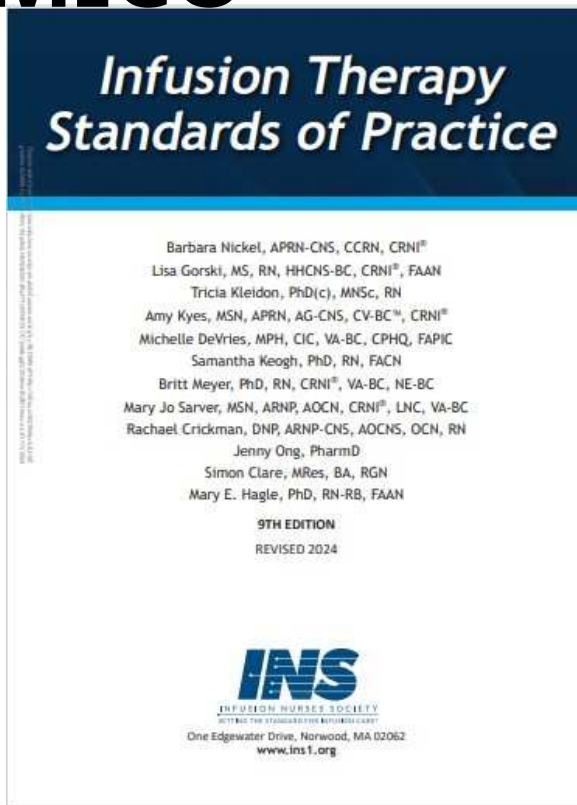
L'appropriatezza si definisce come l'utilizzo corretto (basato sulle linee guida e/o buone pratiche) di un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) in pazienti che ne possono **effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche"**

Una procedura è appropriata se il beneficio atteso (per esempio aumento della aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) **supera le eventuali conseguenze negative** (mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla.

RAND Corporation,
1986



APPROPRIATEZZA CLINICA: PROBLEMA CLINICO, ETICO, GIURIDICO ED ECONOMICO



SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini

 **SIAARTI** SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
PRO VITA CONTRO SOFFRIMENTO INUTILE

**GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
"DOCUMENTO CONDIVISO"**

PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGHI OSPEDALIERI (AIPO)

1



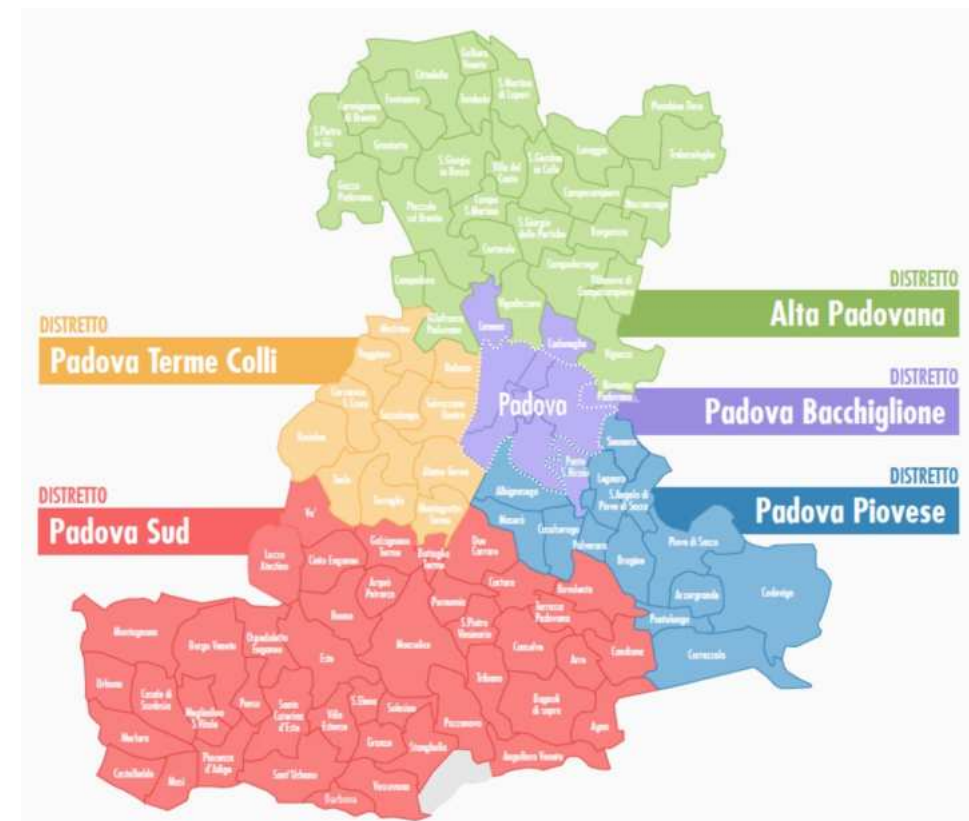
Non iniziare e non proseguire una Nutrizione Artificiale (per via parenterale o enterale) nei pazienti oncologici con malattia inguaribile in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane e un Performance Status < 50.

Area: Cure Palliative – Età: Adulti, Anziani, Bambini – Tipologia: Altri trattamenti

RICHIESTE AL TAV TERRITORIO ULSS6 NEL 2023

- **48% pz con decadimento cognitivo per idratazione e NPT**
- 24% pz in cure palliative per bisogni relativi al fine vita
- 10% pz con patologie oncologiche per NPT e terapia (CHT e immuno)
- 7% pz con patologie neurologiche (SLA, Parkinson, ictus...) per idratazione e NPT
- 7% pz con sepsi per terapia antibiotica
- 4% pz con altre diagnosi per terapie endovenose o emotrasfusioni

COME VALUTARE L'APPRORiatezza?



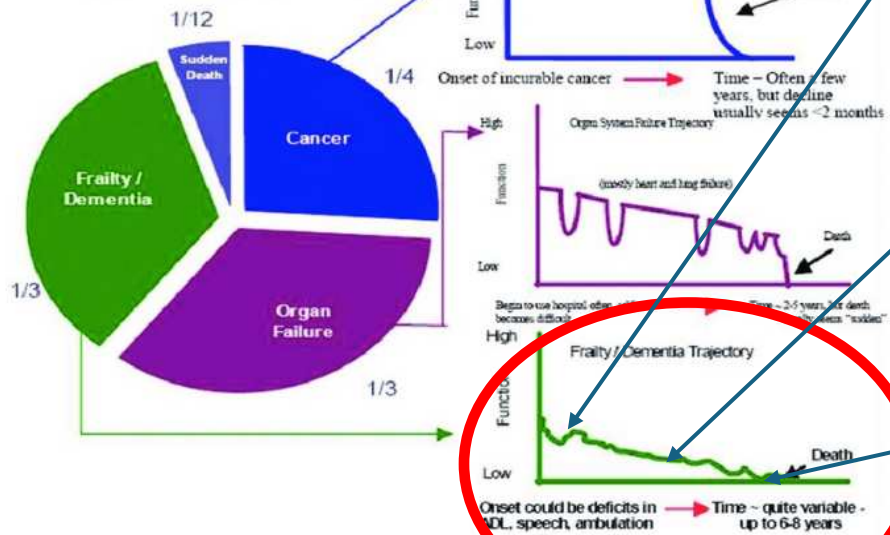


Ma in quanti di questi pazienti l'indicazione è corretta?



L'IMPATTO DELLE PATOLOGICHE CRONICO-DEGENERATIVE

GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr (approximate proportions)



and dietary intake. Finally, swallowing disorders may develop, and ultimately eating and drinking may be completely rejected, often associated with great stress for relatives and carers and difficult ethical decision-making situations [13–24]. Thus, as the disease progresses, the prevalence of malnutrition increases [25].

ily's values, religious beliefs and culture [251]. Communication is crucial in this situation, explaining the patient's condition and prognosis, that the inability to eat and drink can be a natural part of dying and is not synonymous with suffering. Optimal palliative care

NUTRIZIONE ARTIFICIALE E DEMENZA

ESPEN Guideline

ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia – Update 2024



Dorothee Volkert ^{a,*}, Anne Marie Beck ^b, Gerd Faxén-Irving ^c, Thomas Frühwald ^d, Lee Hooper ^e, Heather Keller ^{f,g}, Judi Porter ^h, Elisabet Rothenberg ⁱ, Merja Suominen ^j, Rainer Wirth ^k, Michael Chourdakis ^l

Table 1
Stages of cognitive dysfunction and dementia.

	Normal	MCI	Early dementia	Mild to moderate dementia	Severe dementia
Memory	No memory loss or slight inconsistent forgetfulness	Consistent slight forgetfulness; partial recollection of events; objective memory deficit when interviewed	Moderate memory loss; more marked for recent events; memory loss interferes with every day activities	Severe memory loss; only highly learned material retained; new material rapidly lost	Severe memory loss; only fragments remain; finally unable to communicate verbally
Orientation	Fully oriented	Fully oriented except for slight difficulty with time relationship	Moderate difficulty with time relationship; oriented for place in known environment; may have geographic disorientation elsewhere	Severe difficulty with time relationships; usually disoriented to time and often to place	Oriented to person only
Judgment & problem solving	Solves everyday problems; handles business and finances well; judgment good in relation to past performance	Slight impairment in solving problems, similarities and differences	Moderate difficulty in handling problems; similarities and differences, social judgment usually maintained	Severely impaired in handling problems, similarities and differences; social judgment usually impaired	Unable to make judgments or solve problems
Social activities	Independent function at usual level, shopping, volunteer and social groups	Slight impairment	Unable to function independently at these activities although may still be engaged in some; appears normal to casual inspection	No independent function outside home; well enough to be taken to functions outside home	No independent function outside home; too ill to be taken to functions outside home
Home and hobbies	Life at home, hobbies and intellectual interests well maintained	Life at home, hobbies, and intellectual interests slightly impaired	Mild but definite impairment of function at home; more difficult chores abandoned; more complicated hobbies and interests abandoned	Only simple chores preserved; very restricted interests, poorly maintained	No significant function in home
Personal care	Fully capable of self-care	Fully capable of self-care	Needs prompting	Requires assistance in basic ADL; may become incontinent	Dependency in basic ADL; incontinent
Affect	Normal	Some denial as defense; mild anxiety	Denial is dominant; emotional blunting; withdrawal	Delusions; anxiety and agitation; repetitive obsessive behavior	Disturbed diurnal rhythm; delusions
CDR Scale	0	0–0.5	1–2	2–3	3
GDS-Reisberg Stage	1–2	3	4	5–6	6–7

Parenteral fluids can be given temporarily in periods of insufficient fluid intake to overcome a crisis situation.

Grade of recommendation GPP – strong consensus (100% agreement)

In case of mild and moderate dehydration, particularly if the person is able to stay at home or in the nursing home, **the subcutaneous route should be preferred**. Infusion of fluids into the subcutaneous tissue – hypodermoclysis – is an **easy, effective and safe** hydration technique for mild to moderate dehydration, particularly in older cognitively impaired patients [269–272]. There is little discomfort inserting and maintaining the subcutaneous infusion, and patients are **less likely to interfere** with subcutaneous infusions **than with intravenous lines** [271].

Parenteral nutrition can be used temporarily in patients with mild or moderate dementia, if significantly low nutritional intake is predominantly caused by a **potentially reversible condition**, but enteral nutrition is contraindicated or not tolerated.

Grade of recommendation GPP – strong consensus (100% agreement)

Enteral and parenteral nutrition and parenteral fluids shall NOT be initiated in persons with dementia in the terminal phase of life.

Grade of recommendation GPP – strong consensus (96% agreement)

NUTRIZIONE ARTIFICIALE E PAZIENTE ONCOLOGICO

Oltre la metà dei pazienti oncologici è malnutrita al momento della diagnosi.

La malnutrizione, o cachessia, nel paziente oncologico si accompagna a peggioramento del performance status e della qualità di vita, favorisce lo sviluppo delle infezioni e si associa a maggior numero di ospedalizzazioni.

Le strategie dietetico-nutrizionali sono il counseling dietetico, supplementi orali (ONS) e nutrizione artificiale (via enterale e parenterale). La stomia e l'accesso venoso centrale rappresentano le vie indicate per le nutrizioni a maggior durata. La nutrizione enterale è la prima scelta quando il tratto GE è funzionante e praticabile.

La **NP (totale o di supplemento)** è indicata quando l'introito per os risulta inferiore al 50-60% del fabbisogno e la via enterale non è praticabile.

Nei pazienti oncologici *in fase avanzata* si possono individuare due contesti clinici:

- **Trattamento oncologico attivo ad intento palliativo (prognosi > 3 mesi)** dove il supporto nutrizionale ha l'obiettivo di migliorare l'aderenza ai trattamenti e la gestione dei sintomi ad esso correlati.

- *Paziente fuori trattamento avviato al Best Supportive Care (prognosi < 3 mesi)* dove il supporto nutrizionale non costituisce più una priorità, salvo che la prognosi non sia correlata alla

Bilancio beneficio/danno: Sulla base di dati di revisioni della letteratura **a nutrizione artificiale può essere** utile nei casi di occlusione intestinale o per altri motivi di intolleranza alimentare se la prognosi è superiore a 3 mesi o il Karnofsky Performance Status è maggiore di 50; in ogni caso devono essere sempre valutati i rischi associati al trattamento.

Bilancio beneficio/danno: La nutrizione parenterale nei pazienti in stadio avanzato con ridotta aspettativa di vita affetti da cachessia senza ostacolo intestinale all'alimentazione, non migliora la qualità di vita né la sopravvivenza. Pertanto, la nutrizione parenterale **non dovrebbe essere prescritta** in pazienti neoplastici in fase avanzata con cachessia in assenza di occlusione intestinale o ostacolo alla deglutizione, se l'aspettativa di vita è inferiore a 3 mesi.

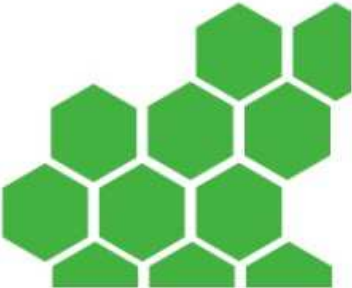


Linee guida

**TRATTAMENTO E PREVENZIONE
DELLA CACHESSIA NEOPLASTICA**

Edizione 2021

In collaborazione con



ACCESSI VENOSI E CURE PALLIATIVE

Supportive Care in Cancer (2024) 32:464

<https://doi.org/10.1007/s00520-024-08664-3>

REVIEW



Use of peripherally inserted central venous catheters and midline catheters for palliative care in patients with cancer: a systematic review

Eva Gravdahl¹ · Dagny Faksvåg Haugen^{2,3} · Olav Magnus Fredheim^{1,4}

Received: 20 December 2023 / Accepted: 17 June 2024 / Published online: 26 June 2024

© The Author(s) 2024

Abstract

Background Peripherally inserted central catheters (PICCs) and midline catheters (MCs) may offer convenient intravenous access, but evidence to support their place in palliative care is limited. This review aimed to assess catheter **indications, utilization, complications, dwell time, and patient experiences in cancer patients receiving palliative care.**

Methods A systematic search for studies on catheter utilization for supportive or symptom treatment was conducted in Medline, Embase, CINAHL, Web of Science, Cochrane, and CENTRAL databases. Studies with a study population or a subgroup of palliative care cancer patients were included. Study quality was assessed using the Effective Public Health Practice Quality assessment tool.

Results Of 7631 unique titles, 17 articles were examined in detail, all published between **2002 and 2022**. Median catheter **dwell time varied from 15 to 194 days**, the longest when utilized for home parenteral nutrition. For pain and symptom management, the typical duration was 2–4 weeks, often until the patient's death. **Complication rates were minimal**, with thrombosis, infections, and occlusion ranging from 0 to 2.46 incidents per 1000 catheter days. In studies from palliative care services, patients reported **minimal distress** during procedures and **high user satisfaction**. Quality of life assessments post-procedure improved, possibly influenced by concurrent specialist palliative care provision. All studies were assessed to be of **moderate or weak quality**.

Conclusion PICC and MC are safe and valuable tools in palliative care cancer patients who would benefit from intravenous access for symptom management. Further studies are needed to clarify indications for PICC or MC in palliative care.

Conclusion

PICC and MC are **safe** tools with **high user satisfaction** and can be utilized for extended periods. However, we still lack clarity on optimal deployment for pain and symptom management in palliative care cancer patients, specifically in relation to preferential use over peripheral IV or SC administration routes. **Questions also remain** regarding the **optimal timing in a patient's disease trajectory to introduce these catheters and when to favor PICC over MC**, especially if a catheter is only required for a few weeks. Further studies are needed to clarify **indications** for PICC or MC in palliative care.

ACCESSI VENOSI E CURE

Supportive Care in Cancer (2023) 31:580
<https://doi.org/10.1007/s00520-023-08045-2>

RESEARCH



Use and safety of peripherally inserted central catheters and midline catheters in palliative care cancer patients: a retrospective review

Eva Gravdahl¹ · Siri Steine¹ · Knut Magne Augestad^{2,3,4} · Olav Magnus Fredheim^{1,2}

Received: 4 May 2023 / Accepted: 7 September 2023 / Published online: 19 September 2023
© The Author(s) 2023

Abstract

Purpose Some cancer patients in palliative care require intravenous administration of symptom relieving drugs. Peripherally inserted central catheters (PICCs) and midline catheters (MCs) provide easy and accessible intravenous access. However, limited evidence supports the use of these devices in palliative care. The aim was to assess the use, safety, and efficacy of PICC and MC in this patient population.

Methods A retrospective study of all palliative care cancer patients who received PICC or MC at the Department of Palliative Medicine at Akershus University Hospital between 2020 and 2022.

Results A total of 374 patients were included; 239 patients received a PICC and 135 an MC with a total catheterization duration of 11,698 days. The catheters remained in place until death in 91% of patients, with a median catheter dwell time of 21 days for PICCs and 2 days for MCs. The complication rate was 3.3 per 1000 catheter days, with minor bleeding and accidental dislocation as the most common. The catheters were utilized primarily for opioids and other symptom directed treatments, and 89% of patients received a patient or nurse-controlled analgesia pump. Patients with PICC or MC discharged to home or nursing homes spent 81% of their time out of hospital.

Conclusion PICC and MC provide safe parenteral access for palliative care cancer patients where intravenous symptom treatment is indicated. Their use can facilitate intravenous symptom treatment beyond the confines of a hospital and supplement the traditional practice relying on subcutaneous administration.

In palliative care, the traditional route for parenteral drug administration is subcutaneous [1, 2]. However, the intravenous route has several potential advantages in this setting, including a faster onset of drug action, greater flexibility in injection volumes, drug and excipient use, less local infiltrations and irritation, and more predictable pharmacokinetics [3–5]. Peripheral venous access can be challenging to obtain and maintain in palliative care cancer patients. The use of peripherally inserted central venous catheters (PICC) and midline catheters (MC) allows for easy administration of intravenous medications and provision of regular care in both hospital and home settings, potentially reducing the burden on the patient and healthcare system compared to peripheral venous access [6, 7].

2° PROBLEMA: APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

**Appropriatezza professionale:
la chiave per la
sostenibilità della
sanità pubblica**

Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione GIMBE

Un servizio/intervento/prestazione sanitaria è appropriato quando viene erogato “alla **persona** giusta, nel **momento** giusto, per la giusta durata, nel **posto** giusto e **dal professionista** giusto”



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

- **Slow Medicine ETS**, associazione del Terzo Settore di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto *"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"* in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti.
- Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.
- Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig.

Non considerare esclusivamente gli ambulatori chirurgici, le sale operatorie e le radiologie interventistiche come unica opzione per l'impianto di Cateteri Venosi Centrali ad inserzione periferica (Peripherally Inserted Central Catheter - PICC) e Cateteri Venosi Periferici ad inserzione periferica (Midline) ma, ove possibile, **preferire l'impianto al letto del paziente.**

Purché siano rispettate le misure di asepsi ed introdotte strategie per ridurre al minimo il rischio infettivo, l'impianto al letto del paziente garantisce lo stesso livello di qualità e sicurezza, con un notevole risparmio di acqua, detergenti, disinfettanti ed energia necessari per la sanificazione degli ambulatori chirurgici, delle sale operatorie e delle radiologie interventistiche. Si evita inoltre l'impatto ambientale dell'eventuale trasporto del paziente in ambulanza.



ORGANIZZAZIONE PER POSIZIONAMENTO DI VAD A DOMICILIO

- Reperimento di materiale e strumenti di facile trasportabilità e utilizzo
- Materiale monouso rispondente a requisiti di qualità
- Rispetto rigoroso di tutte le procedure di sicurezza e sterilità
- Procedure che rispettano Bundle procedurali/ Linee guida
- Ecografo (sonda lineare e convex)
- Monitor per ECG intracavitario
- Tablet collegati ai sistemi sanitari aziendali





Organizzare spazi /piani appoggio/animali domestici; Esperienza dell'operatore, Criticità Famiglia/caregiver/pz



3° PROBLEMA: LA GESTIONE DELL'ACCESSO VENOSO



TELEMEDICINA

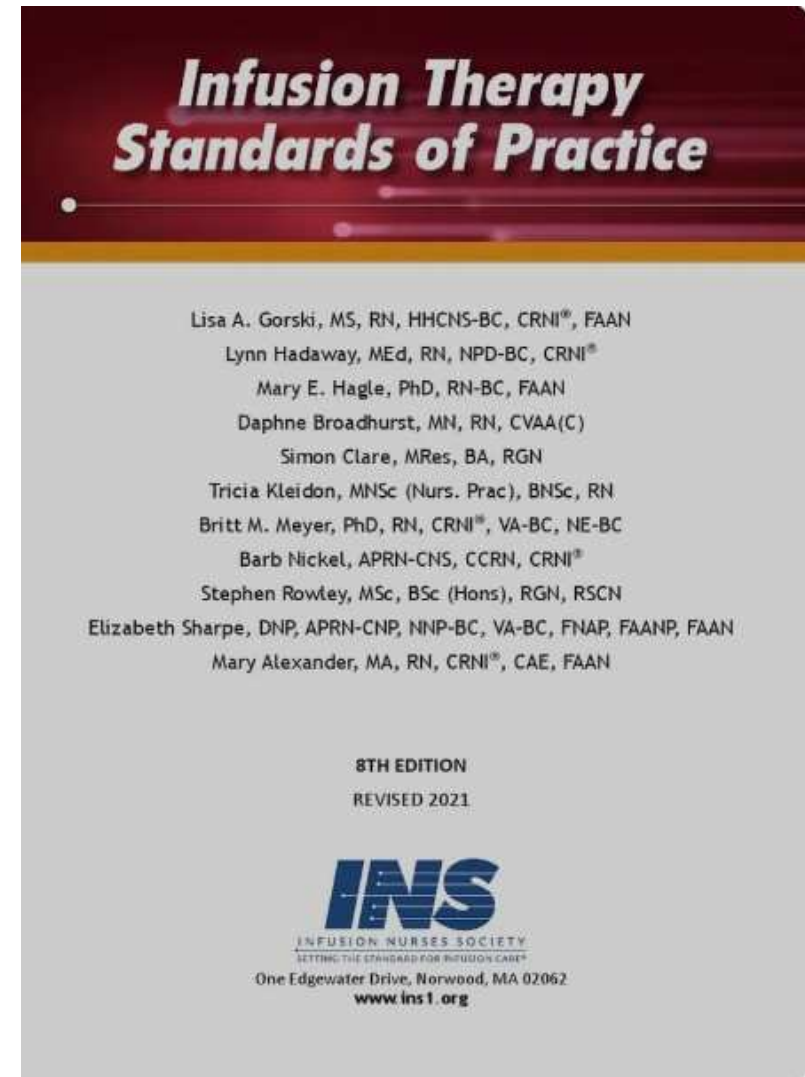
La definizione di strumenti a supporto dell'educazione/addestramento a domicilio, congiuntamente agli interventi in ambito della Telemedicina favorisce:

- Il trattamento di assistiti fragili i quali poli patologici a domicilio (diminuendo la percentuale di ricoveri) e la riduzione dell'*overloading* di strutture ad alta specialità;
- L'introduzione di modelli maggiormente flessibili;
- Il potenziamento del *Self-management* ed *Empowerment* degli assistiti;
- Maggiore velocità di accesso alla medicina specialistica;
- Il potenziamento del livello di integrazione della rete, mediante la connessione di professionalità diverse;
- L'applicazione di procedure di tele-monitoraggio in tempo reale dell'assistito;
- Il supporto dell'assistito/*care-giver* all'utilizzo dei dispositivi medici o allo svolgimento di interventi assistenziali;
- L'attivazione di percorsi di integrazione dei professionisti che operano sul territorio con quelli ospedalieri, allo scopo di garantire l'attuazione di interventi assistenziali mirati e basati sulle buone pratiche (ad es. per la gestione di *device*, particolari somministrazioni farmacologiche, ecc.).

FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO e CAREGIVER

“[...] Secondo l’OMS, **l’educazione terapeutica** consiste nell’aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita.”

Questo richiede, “[...] un vero e proprio **trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche** dai **curanti** ai **pazienti**, grazie al quale la dipendenza lascia progressivamente il posto alla responsabilizzazione ed alla collaborazione attiva.”
(Marcolongo & Rigoli 1999)





Teleassistenza: è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) che si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e persona assistita/care-giver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee applicazioni informatiche per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è di norma programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento alla persona².

ES: Educare il caregiver ad eseguire medicazione e lavaggio di un accesso venoso



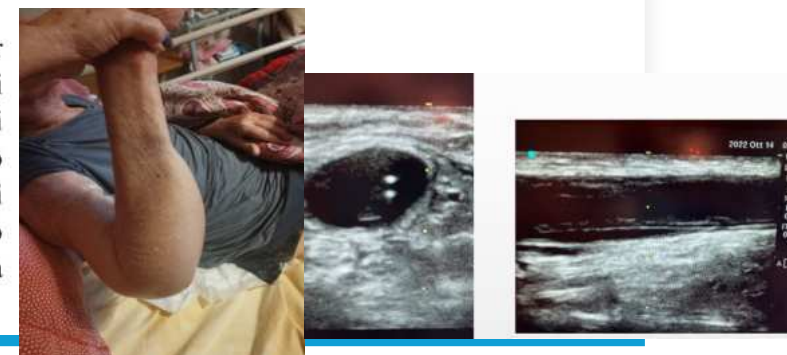
Teleconsulenza: è un'attività sanitaria, di professionisti medici e delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisioni e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte all'assistito. La teleconsulenza può essere svolta in presenza dell'assistito, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata.

ES: Gestione di una Catheter Associated Skin Injury



Teleconsulto: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di una persona assistita, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione della persona assistita lo permette in sicurezza. Quando l'assistito è presente al teleconsulto, si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

ES: Diagnosi e terapia trombosi catetere relata



Significance of this study

What is already known about this subject?

- ▶ The demand for home nursing services for elderly patients has increased rapidly.
- ▶ The great value of home nursing services in the treatment of ailments in elderly patients has attracted increasing attention.

What are the new findings?

- ▶ Considering the demand for home nursing services for elderly patients, this is the first time that a new mobile internet-based home nursing service has been applied to provide home nursing services to elderly patients.
- ▶ Nursing care for pressure ulcers, peripherally inserted central catheter (PICC), subcutaneous injection, general stoma care, psychological care, and intramuscular injection were found to be the main reasons to use mobile internet-based home nursing services among the elderly.

How might these results change the focus of research or clinical practice?

- ▶ Doctors and nurses should pay more attention to nursing care for pressure ulcers, PICC, subcutaneous injection, general stoma care, psychological care, and intramuscular injection to improve the quality of life and prolong the life of elderly patients.
- ▶ The results of this study provide basis for healthcare policy makers to formulate new home nursing policies for elderly patients.

Investigating the demands for mobile internet-based home nursing services for the elderly

Yu Gong ,¹ Jianyuan Zhou,² Fang Ding³

Table 2 Constituent ratio of the major reasons to use the new mode of mobile internet-based home nursing service among elderly patients (aged ≥ 60)

Order number	Classification of the major reasons to use mobile internet-based home nursing services among elderly patients	Cases of home nursing service (n)	Constituent ratio (%)
1	Nursing care for pressure ulcers (prevention and nursing of stress injury)	319	61.35
2	Nursing care for PICC (maintenance of PICC)	150	28.85
3	Subcutaneous injection	32	6.15
4	General stoma care	10	1.92
5	Intramuscular injection	2	0.38
6	Psychological care	7	1.35

PICC, peripherally inserted central catheter.

Maintenance of PICC

- ▶ Checking the position of PICC pipeline.
- ▶ Disinfecting the wound.
- ▶ Changing the dressing.
- ▶ Pulse positive pressure sealing tube.
- ▶ Providing routine management and maintenance guidance for patients and caregivers.

TELEASSISTENZA

- La gestione dell'accesso venoso condiziona la qualità di vita di un paziente oncologico dal punto di vista psicologico, estetico, sociale e pratico.
- La letteratura concorda nell'importanza del promuovere e incentivare l'assistenza domiciliare per i pazienti oncologici.
- Oggi **l'introduzione della teleassistenza** con video educazione, coaching permette di sviluppare progetti educativi per assistiti e caregiver che hanno permesso di:

Ridurre lo sforzo fisico e la perdita di tempo per sé e per il caregiver per recarsi in ospedale/ambulatori decentrati

Riduce le assenze da attività lavorativa e/o scolastica

Ridurre il rischio di infezioni nosocomiali

Migliorare la qualità di vita (QOL), l'accettazione del dispositivo e la compliance alle cure

Esperienza Home-PICC home e progetto ARCO, Istituto Tumori Regina Elena, Roma



24. L'importanza dell'accesso vascolare nel percorso di cura del paziente oncologico

a cura di P. Basili – Ambulatorio I.G.A.V. Impianto e Gestione degli Accessi Venosi, IFO - IRE Istituto Nazionale Tumori di Roma - IRCCS
C. Carnaghi – Unità Operativa Oncologia Medica Humanitas, Catania
D. Elisei – Ospedale di Macerata, Consiglio Regionale Marche



DALL'IDEA DI CATETERIFICIO DI MIDLINE/PICC ALL'IDEA DI TEAM ACCESSI



CHOOSING WISELY ITALY



Fare di più non significa fare meglio



Grazie dell' attenzione

elisa.deganello@aulss6.veneto.it