

Dedica

A chi ha detto *“Non ce la farai mai”*
e a chi ha detto *“Sono certo che ce la farai”*

A entrambi devo un grazie,
perché è proprio dall'unione
della fiducia e della sfida
che nasce la mia determinazione.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 “QUALITÀ DELLA VITA E GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI NEI PAZIENTI ONCOLOGICI: IL RUOLO DEL PORT-A-CATH”	2
1.1 Panoramica sulla Qualità della Vita nei Pazienti Oncologici	2
1.2 Importanza della gestione degli accessi venosi nei pazienti con diagnosi di malattia oncologica.....	3
1.3 Descrizione e Funzionamento del Port-a-Cath	4
1.4 Vantaggi e benefici del Port-a-Cath rispetto ad altri dispositivi di accesso venoso.....	8
1.5 Criteri di inserzione del Port-a-Cath	9
1.6 Complicazioni associate all'impianto e utilizzo del Port-a-Cath.....	10
1.7 Ruolo degli Infermieri nella Gestione del Port-a-Cath	15
1.8 Obiettivi della ricerca.....	16
1.9 Quesito di ricerca	16
CAPITOLO 2 MATERIALI E METODI.....	18
2.1 Tipologia di studio	18
2.2 Campionamento	18
2.3 Criteri di esclusione	18
2.4 Setting	18
2.5 Attività di raccolta dati.....	18
2.6 Considerazioni etiche	19
2.7 Lo strumento di misura	19
2.8 Analisi dei dati	20
CAPITOLO 3 I RISULTATI DELLO STUDIO	21
3.1 Descrizione del campione	21
3.2 I risultati del questionario QASICC	21

CAPITOLO 4: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI	34
BIBLIOGRAFIA	38
SITOGRAFIA.....	40
ALLEGATI.....	41
All. 1: Autorizzazione allo svolgimento dello studio	41
All. 2: Questionario QASICC	43
All. 3: Guida per l'utente Port-a-Cath	46

ABSTRACT

Problema: I pazienti oncologici portatori del dispositivo Port-a-Cath (catetere venoso centrale totalmente impiantabile) potrebbero riscontrare diverse problematiche di natura fisica, psicologica, emotiva e funzionale.

Obiettivo: Lo scopo del seguente studio è quello di indagare quali sono le caratteristiche della qualità di vita degli assistiti portatori di Port-a-Cath con diagnosi di malattia oncologica, presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia, dell'Ospedale Civile Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto. Si identificano le principali criticità che potrebbero influenzare negativamente la qualità della vita al fine di proporre interventi assistenziali e clinici mirati a migliorare il benessere complessivo degli assistiti. Infine, i risultati ottenuti vengono confrontati con i dati presenti in letteratura scientifica esistente.

Materiali e metodi: Ai 56 partecipanti selezionati è stato somministrato il questionario anonimo QASICC (*Questionnaire for Acceptance of and Satisfaction with Implanted Central Venous Catheter*). Sono inclusi nello studio tutti i pazienti portatori di Port-a-Cath che si sono recati presso il reparto oncologico durante il periodo dello studio indipendentemente dal sesso, età o la tipologia di terapia in atto, ed esclusi tutti i pazienti con presidi vascolari diversi dal Port.

Risultati: Dai risultati ottenuti emerge che l'indice di gradimento del Port-a-Cath è pari a 89,28%, una percentuale nettamente superiore alle indagini precedentemente condotte presso le altre strutture sanitarie. Il 91% del campione non sperimenta dolore/fastidio durante l'utilizzo del presidio. Il 66,07% del campione, non avverte nessun dolore durante l'inserzione o la rimozione dell'ago. Infine, il 58,93% del campione non ha provato nessuna sensazione dolorosa durante la procedura di impianto del Port ed solo il 33,92% ha percepito lievi sensazioni dolorose.

Discussione: I risultati ottenuti indicano che, nonostante alcuni dei pazienti presentano lievi difficoltà e/o fastidi, la maggior parte considera che Port-a-Cath sia uno strumento che non impatta negativamente sulla qualità di vita. Il confronto effettuato con i dati presenti in letteratura conferma che l'impatto del Port sulla vita dei pazienti sia generalmente positivo.

INTRODUZIONE

Nel mio percorso formativo ho avuto la possibilità, di svolgere il tirocinio clinico all'interno dell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia dell'Ospedale Civile Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto. Durante il tirocinio formativo, ho approfondito la gestione del catetere venoso centrale totalmente impiantabile (Port-a-Cath) ed il suo impatto sulla qualità della vita dei pazienti che necessitano di terapie prolungate nel tempo. Il trattamento oncologico comporta innumerevoli sfide per i pazienti, non solo in termini di gestione della malattia, ma anche per quanto riguarda la qualità della vita quotidiana. Quest'ultima è influenzata da molti fattori, tra cui il tipo di trattamento ricevuto, la fase della malattia e gli effetti collaterali delle terapie.

Il Port-a-Cath è un dispositivo medico totalmente impiantabile che facilita l'accesso venoso per la somministrazione di chemioterapie, nutrizioni parenterali e altri trattamenti. L'accesso al port avviene tramite dei particolari aghi detti aghi di Huber e di Gripper (Times, 2015). L'utilizzo di questo dispositivo ha dimostrato di avere un impatto significativo sulla vita dei pazienti, sia in termini positivi che negativi. Da un lato riduce il disagio associato ai frequenti accessi vascolari; dall'altro, può comportare complicazioni e richiede un'adeguata gestione. La figura infermieristica è cruciale nella cura del paziente oncologico, poiché va ben oltre la gestione del device. L'infermiere è il cardine che attraverso la capacità di combinare le proprie competenze tecniche con un approccio empatico e relazionale è essenziale per migliorare l'esperienza dei pazienti portatori di Port-a-Cath e garantire una cura personalizzata ed olistica.

Nell'ultimo anno, presso Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia di San Benedetto del Tronto, è stato notevolmente incrementato l'utilizzo del Port-a-Cath a scopo di migliorare il benessere complessivo della persona. Inoltre, è stata inaugurata una Sala operatoria dedicata all'impianto del device. Questo spazio gestito da personale altamente specializzato permette di ottimizzare i tempi d'attesa dell'impianto e garantisce un servizio d'eccellenza.

Per rendere possibile uno studio sulla qualità di vita dei pazienti oncologici portatori di Port-a-Cath, in questa tesi viene utilizzando il questionario QASICC. Proposto dall'autore francese Marcy PY (Marcy, 2015). Lo studio mira a descrivere e analizzare la soddisfazione e la percezione della qualità della vita di questi pazienti, con l'obiettivo di fornire dati utili per migliorare la gestione clinica e l'assistenza infermieristica.

CAPITOLO 1 “QUALITÀ DELLA VITA E GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI NEI PAZIENTI ONCOLOGICI: IL RUOLO DEL PORT-A-CATH”

1.1 Panoramica sulla Qualità della Vita nei Pazienti Oncologici

Negli ultimi anni grazie alla diagnosi precoce ed alle terapie innovative, è stato possibile incrementare la sopravvivenza del malato oncologico. Ora l'obiettivo è quello di offrire a questo incremento una maggiore qualità di vita. La qualità della vita (QoL) è un concetto multidimensionale che riflette il benessere complessivo di una persona, compresi gli aspetti fisici, psicologici, sociali e funzionali. Nel contesto della malattia oncologica, la QoL assume un'importanza particolare poiché il trattamento e la gestione del cancro comportano numerose sfide che influenzano profondamente la vita dei pazienti (J. C. Holland, 2015).

La qualità della vita dei pazienti oncologici può essere suddivisa in quattro dimensioni principali:

- **Fisica:** la gestione dei sintomi fisici, il controllo del dolore e gli effetti collaterali dei trattamenti. I pazienti potrebbero riferire fatica, nausea, vomito e altri disagi che influenzano negativamente il loro benessere fisico.
- **Psicologica:** I pazienti oncologici affrontano alti livelli di stress emotivo, ansia e depressione. La diagnosi di cancro può essere un evento traumatico, e il trattamento prolungato può aumentare il carico psicologico (Montazeri, 2008)
- **Sociale:** La malattia può influenzare le relazioni interpersonali e il supporto sociale. I pazienti possono sentirsi isolati o incompresi, inoltre le dinamiche familiari possono risultare alterate
- **Funzionale:** Date le limitazioni fisiche, spesso risulta compromessa la capacità di svolgimento delle attività quotidiane, limitando così l'indipendenza del soggetto.

La diagnosi di cancro è un momento di grande impatto emotivo. I pazienti possono sperimentare paura, incertezza e preoccupazione per il futuro. I trattamenti oncologici come la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia possono causare effetti collaterali significativi. La chemioterapia, ad esempio, è spesso associata a nausea, vomito, perdita di capelli e neuropatia periferica. Oltre agli effetti fisici, i trattamenti oncologici possono avere effetti a lungo termine sulla salute mentale e sul benessere sociale dei pazienti (Machin, 2013).

La valutazione della qualità di vita è possibile grazie all'utilizzo di strumenti come l'EORTC QLQ-C30, il FACT-G e il QASICC. Questi strumenti valutano vari aspetti della vita dei pazienti, fornendo dati utili per personalizzare i trattamenti (N. K. Aaronson, 1993). I dati sulla QoL sono raccolti attraverso interviste, valutazioni cliniche e questionari auto compilati. È importante utilizzare metodi standardizzati per ottenere risultati comparabili e validi.

1.2 Importanza della gestione degli accessi venosi nei pazienti con diagnosi di malattia oncologica

Per il trattamento del paziente con diagnosi oncologica trova grande spazio la terapia endovenosa. La valutazione e la scelta dell'accesso venoso più appropriato dovrebbe avvenire al momento della presa in carico del paziente, da parte di un Team Esperto di Accessi Vascolari (VAT- Vascular Access Team) in diretta collaborazione con l'oncologo, il paziente ed il caregiver. Secondo l'ultimo rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici: di tutte le terapie che richiedono un Accesso Vascolare in Oncologia, la somministrazione endovenosa riguarda il 100% delle terapie immunologiche, il 90% delle terapie di supporto e di palliazione, mentre solo il 60% riguarda la chemioterapia (P. Basili, 2021). Questi dati mettono in evidenza l'importanza degli accessi vascolari, che dovrebbero essere precocemente inclusi nei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA). La scelta ed il posizionamento tempestivo del device vascolare incrementa la compliance da parte dei pazienti, mentre diviene una possibile fonte di disagio se proposto durante il percorso terapeutico perché percepito come un peggioramento della patologia. Nella realtà clinica, ancora ad oggi si tende ad utilizzare gli accessi venosi periferici (PIV) piuttosto che accessi venosi centrali (CVC), nonostante siano associati a danni vascolari a lungo termine, un maggior rischio di flebite, rischio trombotico e infettivo. Le infezioni del flusso sanguigno associate al catetere (CLABSI) sono maggiori nei PIV rispetto ai PICC, con tassi rispettivi di 0.22 per 1000 giorni di permanenza contro 0.08 per i PORT (dispositivi di accesso vascolare impiantati) (Lee, 2021). Inoltre, l'infusione di chemioterapici e farmaci immunologici, mediante un accesso venoso periferico (PIV), presentano un elevato rischio di stravasamento, che si verifica quando il farmaco fuoriesce dalla vena e penetra nei tessuti circostanti. Questo può causare danni gravi come necrosi tissutale, ulcerazioni e infezioni. Il tasso di stravasamento varia dal 0,1% al 6% per le infusioni in vena periferica, con conseguenze potenzialmente

devastanti se non trattate prontamente (Carmelo Uranga, 2009). Alla luce delle evidenze riportate l'uso degli accessi venosi centrali (CVC) dovrebbe essere considerato la scelta di prima linea per l'infusione di chemioterapici nei pazienti oncologici. Ad oggi possiamo contare su un'ampia disponibilità di cateteri venosi centrali e tecnologie avanzate che si differenziano per durata, metodo di inserimento e gestione, garantendo elevati standard procedurali in termini di sicurezza ed efficacia. Tra i più utilizzati troviamo:

- I PICC, indicati per la somministrazione ripetuta di chemioterapia, antibiotici, nutrizione parenterale ed emoderivati, infusione di cellule staminali e per frequenti prelievi. Sono utilizzabili sia in ambito ospedaliero che domiciliare, consigliati per un periodo medio di permanenza. Sono molto versatili e di facile utilizzo ma non sono dotati di un comfort non elevatissimo.
- I cateteri totalmente impiantati (PORT) appropriati per l'uso infrequente (= o < 1 volta/settimana) e i cateteri tunnellizzati, raccomandati per l'uso frequente (quotidiano o plurisettimanale) indicati per la somministrazione di chemioterapia, antibiotici, nutrizione parenterale ed emoderivati e infusione di cellule staminali. Entrambi utilizzabili sia in ambito ospedaliero che domiciliare per periodi a medio-lungo termine (P. Basili, 2021).

1.3 Descrizione e Funzionamento del Port-a-Cath

Il Port-a-Cath, noto anche come dispositivo di accesso venoso centrale totalmente impiantabile (TIVAD), è un dispositivo biotecnologico utilizzato per garantire un accesso venoso stabile e sicuro, specialmente indicato a tutti i pazienti che necessitano di terapie endovenose frequenti o prolungate, come quelli sottoposti a chemioterapia. Il Port-a-Cath, secondo la definizione del WoCoWa (World Congress on Vascular Access) rientra nella categoria degli accessi venosi centrali e prevede che la punta del catetere sia posizionata a livello del giunto cavo-atriale.

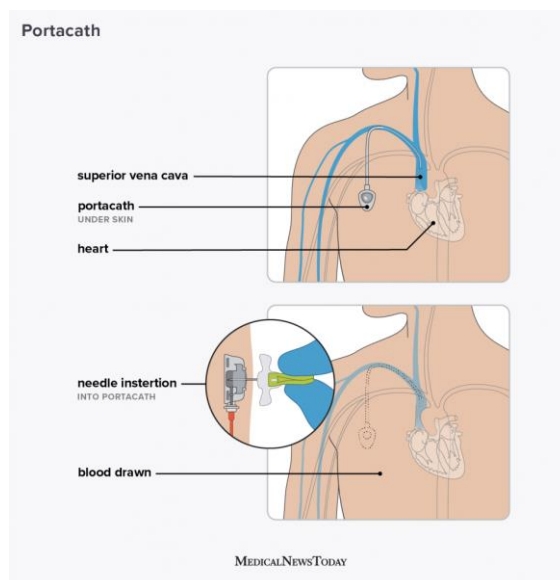


Figura 1: *Port-a-cath Illustration by Diego Sabogal (Sabogal, 2021)*

Il dispositivo è costituito da due componenti principali: una camera di riserva (Port) e un catetere. La camera è completamente impiantata sotto la pelle, la maggior parte dei reservoir vengono impiantati nel sottocute al di sopra del grande muscolo pettorale (CHEST-PORT). Le alternative di impianto a seconda delle esigenze cliniche e condizioni specifiche del paziente possono essere la parte superiore del muscolo quadricipite dell'arto superiore (PICC-PORT) e sopra il quadricipite dell'arto inferiore (FICC-PORT). Di seguito nella tabella si riportano le principali sedi di accesso venoso, in base alla diversa localizzazione del reservoir:

Vene oggi utilizzate per l'impianto del port		
	Inserimento	Posizionamento
Chest-port	Approccio sottoclaveale	Vena ascellare (tratto toracico)
	Approccio sopraclaveale	Vena anonima Vena giugulare interna Vena succlavia
PICC-port	Puntura nella zona gialla di Dawson	Vena ascellare (tratto brachiale)
	Puntura nella zona verde di Dawson	Vena basilica

FICC-port	Puntura all'inguine	Vena femorale comune
	Puntura a metà coscia	Vena femorale superficiale

Attualmente esistono in commercio varie tipologie di Port-a-Cath, che differiscono nelle varie caratteristiche strutturali sia del Reservoir che del catetere. Per quanto riguarda il Reservoir, le principali differenze interessano: la dimensione, il design e il materiale. Secondo la dimensione, e nello specifico l'altezza, misurata dalla base alla superficie superiore del setto, le camere dei port si distinguono fondamentalmente in quattro categorie:

- *very low profile* (circa 8 mm);
- *low profile* (circa 10 mm);
- *standard profile* (circa 12 mm);
- *high profile* (circa 14 mm)

In linea generale ad oggi sono preferibili i reservoir più bassi sia per motivi estetici, che per ridurre il rischio di decubito della camera contro la cute sovrastante (rischio particolarmente presente quando il paziente vada incontro al dimagrimento nel corso della malattia neoplastica). La grande maggioranza dei port toracici oggi prevede quindi l'uso di *low profile*; è vero però che la scelta dell'altezza del reservoir andrebbe in qualche modo personalizzata, dopo un esame obiettivo della zona sottoclaveare, soprattutto valutando lo spessore del sottocutaneo (in termini di distanza tra la fascia del muscolo grande pettorale e la superficie cutanea), ricorrendo anche – auspicabilmente – all'uso dell'ecografo, che permette di misurare accuratamente tale spessore. Ciò vuol dire che in pazienti cachettici, con importante riduzione del tessuto sottocutaneo sottoclaveare, sarà consigliabile l'uso di port *very low profile*, mentre in pazienti obesi, si prenderanno in considerazione camere *standard profile*. Una scelta errata della camera può avere delle conseguenze anche gravi: un reservoir troppo basso in una zona sottoclaveare con abbondante grasso sottocutaneo può essere difficile da pungere, con problemi di accesso al dispositivo e rischio di stravasamento (per es., quando non si sia riusciti a raggiungere la camera con l'ago oppure quando si sia utilizzato un ago troppo corto per arrivare sul fondo della camera: di queste problematiche si tratterà più avanti); al contrario, un reservoir voluminoso posizionato in un paziente cachettico premerà contro la cute e creerà in breve tempo un decubito, con affioramento del dispositivo all'esterno (e necessità di rimozione). Un'altra importante considerazione riguarda il design della camera, che può presentarsi in forma rotondeggiante, triangolare o affusolata. Le camere rotondeggianti e

triangolari, presentano una base e una superficie del setto in silicone più ampia e sicura nella prevenzione del ribaltamento del reservoir nel sottocute. Il materiale costituente dei reservoir ad oggi risultano principalmente: materiali plastici (radiotrasparenti, ma più facilmente danneggiabili in seguito al posizionamento dell'ago di Huber) e materiali metallici (titanio).

Per quanto riguarda il catetere connesso al reservoir, il calibro è generalmente compreso tra 5 e 7 Fr e costituito da silicone o poliuretano. Attualmente i cateteri in poliuretano sono preferibili, dato che il silicone risulta meno rigido, più fragile e difficoltoso nel corretto direzionamento durante l'impianto. I cateteri possono essere valvolati in sede distale (port con catetere Groshong) o a punta aperta (port con catetere Broviac, Hickman, port brachiali o PAS-port, Cath link). Esistono invece evidenze che la presenza di una valvola distale tipo Groshong aumenta il rischio di malfunzionamento del dispositivo, soprattutto di malfunzionamento tipo PWO (Persistent Withdrawal Occlusion), ovvero difficoltà ad aspirare con mantenuta pervietà all'infusione (Mauro Pittiruti, 2024).

L'accesso al port prevede una puntura percutanea con un ago, atto a raggiungere il setto in silicone, trapassarlo completamente e arrivare fino alla camera interna (reservoir), la quale è connessa con il catetere. Tale manovra comporta un alto rischio di contaminazione e se mal condotta potrebbe causare una migrazione di batteri dalla cute al CVC. L'ago con cui si accede, l'ago di Huber, ha caratteristiche specifiche in termini di lunghezza, design, calibro e pre-assemblaggio. È importante sottolineare che il termine ago *Gripper* sia un termine improprio visto che Gripper è il nome commerciale dell'ago di Huber prodotto da una delle aziende del settore. Le caratteristiche dell'ago di Huber sono:

- Ago di tipologia “non carotante”, ovvero formato in modo tale che l'apertura in punta non sia posta in maniera frontale bensì laterale. Questo design permette di pungere il setto in silicone senza danneggiarlo in maniera significativa.
- Angolazione a 90° a metà dell'asse dell'ago. L'ago potrebbe essere anche retto, ma risulta utilizzato esclusivamente durante l'impianto, per verificare la funzionalità del dispositivo.
- Sistema *Safety* (no-stick), un meccanismo di protezione dell'ago, fondamentale per la sicurezza dell'operatore.
- Lunghezza dell'ago variabile tra 15 e 25mm, in considerazione del variabile strato di cute/sottocute situato sopra la camera.
- Calibro compreso tra 19 e 21G.



Figura 2: Ago non carotante con sistema di sicurezza resistente all'alta pressione per infusioni a lungo termine (Braun, 2024)

Una variante avanzata dei Port-a-Cath tradizionali, sono i *Power Injectable Ports*. Progettati per resistere a pressioni elevate (350 PSI), consentendo l'iniezione del mezzo di contrasto necessario per procedure specifiche di imaging, come la tomografia computerizzata (TC).

1.4 Vantaggi e benefici del Port-a-Cath rispetto ad altri dispositivi di accesso venoso

Il Port-a-Cath, nella classificazione tra gli accessi vascolari a breve, medio e lungo termine vengono definiti a lungo termine, ovvero indicati per rimanere in situ per un periodo superiore ai 4 mesi. Questa tipologia di sistema totalmente impiantabile è stata specificatamente introdotta per soddisfare le esigenze, dei pazienti, sottoposti alla chemioterapia antitumorale. Le principali necessità da soddisfare sono: un accesso extra-ospedaliero (domicilio, hospice, ambulatorio, day hospital), a lungo termine, con accesso infrequente. Ad oggi l'impianto del Port dovrebbe essere proposto *'ab initio'* a tutti i pazienti candidati a chemioterapia ambulatoriale e/o in regime ambulatoriale, fatta eccezione a tutte le chemioterapie di breve durata (come le chemioterapie neoadiuvanti) o per i pazienti in condizioni gravi che, contestualmente necessitano di altre terapie di supporto. In questi ultimi casi, sarebbe preferibile optare per un accesso venoso esterno a medio-lungo termine come, ad esempio, il PICC (tunnellizzato o meno). I principali vantaggi e benefici del port-a-cath rispetto ad altri dispositivi sono:

- **La durata**, i port-a-Cath possono rimanere impiantati per mesi o anni.

- **Ridotto rischio infettivo**, grazie all'isolamento del port rispetto al mondo esterno, risultano più rare le contaminazioni da parte dei microorganismi patogeni (rispetto agli altri accessi venosi centrali esterni). Caratteristica di vitale importanza per tutti i pazienti immunocompromessi, come nel caso dei pazienti oncologici. Inoltre, secondo il trial multicentrico CAVA, condotto nel regno unito, che ha confrontato i Port-a-Cath con i cateteri Hickman ed i PICC in 1061 pazienti sottoposti a chemioterapia. I Port-a-Cath hanno dimostrato un tasso di infezioni del flusso sanguigno confermate in laboratorio significativamente inferiore (6%) rispetto ai cateteri Hickman (16%) ed i PICC (8%) (Jonathan G. Moss, 2021).
- **Confort e qualità della vita**, poiché il Port-a-Cath è completamente impiantato nel sottocute, i pazienti possono svolgere le attività di vita quotidiana, con minime restrizioni. Inoltre, è meno visibile, rispetto alle altre tipologie di device, riducendo notevolmente il disagio psicologico e sociale.
- **Riduzione del trauma vascolare**, Una volta inserito, il Port-a-Cath tende a causare meno trauma cronico ai vasi rispetto ai PICC, poiché il dispositivo è completamente impiantato e non viene rimosso o riposizionato frequentemente. Il rischio di trombosi o di altre complicanze vascolari è inferiore rispetto ai PICC. I Port-a-Cath hanno dimostrato un rischio inferiore di trombosi venosa profonda rispetto ai PICC. In uno studio, il tasso di TVP associato ai port-a-cath era del 2%, mentre per i PICC era dell'11% (Stenger, 2021).
- **La possibilità di eseguire prelievi venosi**
- **Facilità di accesso**, il port a cath garantisce un accesso venoso rapido ed affidabile.
- **Possibilità di infusioni a pressioni elevate**, il *Port-a-Cath Power Injectable*, permette l'iniezione del mezzo di contrasto ad elevata pressione, rendendolo ideale per esami radiologici avanzati come la TC.
- **La possibilità di infondere qualunque tipologia di infusione**, anche irritante o vescicante senza rischio di provocare danno endoteliale.
- **La possibilità di monitoraggio emodinamico**, grazie al metodo della termodiluizione.

1.5 Criteri di inserzione del Port-a-Cath

In previsione della procedura è opportuno in primis valutare le condizioni generali del paziente e segnalare eventuali allergie, malattie cardiovascolari note e terapie in atto specie se riguardano i farmaci che alterano la coagulazione (farmaci antivitamina K, nuovi anticoagulanti orali, eparina non frazionata, eparine a basso peso molecolare,

fondaparinux). Alcuni di questi farmaci devono essere interrotti qualche giorno prima rispetto alla procedura. Inoltre, come per ogni procedura eseguita direttamente sul paziente, secondo la legge vigente, è necessario fornire al paziente un'informazione da parte del personale medico/infermieristico su finalità, natura e conseguenze della procedura e sui possibili rischi e complicazioni che ne possono derivare. Si deve utilizzare un linguaggio chiaro e comprensibile, assicurarsi che la persona abbia compreso e firmato il consenso informato.

La procedura di posizionamento avviene in sala operatoria, solitamente in regime di Day Hospital ed ha una durata complessiva di 30 min circa. Viene eseguita in anestesia locale per infiltrazione sottocutanea diretta e sotto guida ecografica per il reperimento venoso. Nella zona sottoclavicolare destra viene eseguita un'incisione di circa 3 cm, per confezionare la tasca di alloggiamento del reservoir. Successivamente l'operatore tunnelizza (nel sottocute) il catetere dal punto di inserzione della vena scelta alla camera reservoir. L'incisione viene chiusa con punti di sutura (si raccomanda l'utilizzo di punti intradermici, monofilamento e a rapido assorbimento e colla in cianoacrilato) ed il catetere sarà così totalmente impiantato. È consigliabile posizionare il reservoir a circa 2cm dalla clavicola e almeno 3-4cm medialmente alla testa dell'omero, per non interferire meccanicamente con i movimenti della spalla.

1.6 Complicazioni associate all'impianto e utilizzo del Port-a-Cath

Le principali complicanze legate all'impianto dei Port-a-Cath, come per tutti i dispositivi, vengono classificate in:

- **Immedie o precoci** (si verificano entro le prime 24/48 ore)
 - **Pneumotorace:** Il rischio di pneumotorace è legato alla possibile perforazione del polmone durante l'inserimento del catetere. Si manifesta con dolore toracico ad insorgenza acuta. Questa complicanza nei casi di minor compromissione del paziente è sufficiente somministrare Ossigeno al 100% e monitorare la pressione arteriosa e saturazione di ossigeno; nei casi più gravi invece è necessario il posizionamento di un drenaggio toracico.
 - **Emotorace:** si potrebbe verificare quando si ha un sanguinamento e di conseguenza una raccolta patologica di sangue, durante l'inserzione del catetere nella succlavia. Il quadro clinico è caratterizzato da dispnea e nei casi di maggiore gravità da shock. La diagnosi viene confermata mediante la

toracentesi e la terapia risolutiva consiste nel blocco dell'emorragia e rimozione del versamento, posizionando un drenaggio toracico.

- **Lesione arteriosa accidentale, legata** ad una mancata identificazione ecografica dell'arteria durante il tentativo di venipuntura o ad un errore nella direzione della traiettoria dell'ago. Le possibili punture arteriose accidentali sono quelle dell'arteria carotide e succlavia nel caso di posizionamento di un Port toracico.
- **Lesione nervosa accidentale**, anche se risultano piuttosto rare, possono lasciare esiti anche permanenti. La causa è sempre la mancata identificazione del nervo durante la procedura.
- **Ematomi intramurali e perivenosi**, sono il risultato di tentativi di venipuntura coronata da insuccesso, con lesione della parete della vena. Gli ematomi intramurali sono causati dalla penetrazione dell'ago non nel lume della vena ma nella parete, che determina un ematoma particolarmente esteso se nell'ago si tenta di far procedere la guida metallica. Gli ematomi perivenosi possono riconoscere la loro eziopatogenesi in una vena punta correttamente ed una successiva dislocazione dell'ago (per es. durante le manovre di spostamento della sonda ecografica o di inserimento della guida). Entrambe le tipologie di ematomi, possono essere diagnosticati ecograficamente e nel caso di esito positivo è opportuno cambiare il sito di venipuntura.
- **Embolia gassosa**, complicanza generalmente rara, che riguarda esclusivamente l'impianto dei port toracici e avviene quando il paziente inspira rapidamente e/o profondamente mentre l'introduttore è aperto e in contatto con l'aria ambiente. L'aria così entrata nel torrente circolatorio potrà: dirigersi verso la circolazione polmonare (embolia polmonare); passare dalle sezioni destre del cuore a quelle sinistre, più frequentemente attraverso un forame ovale pervio (embolia paradossa); risalire lungo i vasi venosi intracranici (embolia retrograda) (Mauro Pittiruti, 2024). La prevenzione consiste nell'utilizzo dell'introduttore da 6-7 Fr. e nella rapida manovra di rimozione della guida e del dilatatore con successiva introduzione del catetere.
- **Dolore**, la manovra di posizionamento del port non prevede un significativo dolore da parte del paziente. Le possibili cause di un dolore eccessivo o inatteso sono: quantità insufficiente di anestetico o anestetico troppo diluito; errata infusione dell'anestetico; l'utilizzo di un anestetico ad alta concentrazione associato alla sensazione di bruciore locale e l'utilizzo di

introduttori/dilatatori di calibro eccessivo. Com'è ovvio, è molto importante considerare anche la componente soggettiva ed è probabile che il paziente che avverte dolore eccessivo, sia emotivamente fragile, poco informato sulla manovra di posizionamento o ancora intimamente in dubbio se accettare la chemioterapia e quindi l'impianto del port.

➤ **Tardive** (dopo le 48 ore)

- **Complicanze infettive**, anche se i Port sono associati ad un basso tasso di infezione non ne sono completamente esenti. Infatti, l'utilizzo di tutte le tipologie di CV è associato ad un rischio di infezioni sistemiche da catetere, causate da microorganismi che colonizzano il catetere o liquidi infusionali, al momento dell'impianto o durante l'utilizzo, con conseguente aumento di morbilità, mortalità e dei costi associati.

Nel caso del port, l'infezione può essere localizzata a livello del catetere, tunnell e tasca oppure estendersi al torrente circolatorio (Catheter Related Blood Stream Infection, CRBSI). I più comuni microorganismi responsabili di CRBSI sono i cocci Gram positivi quali *Staphylococcus aureus*, stafilococchi coagulasi negativi (CoNS) ed enterococchi (Laporte-Amargós, 2023). La maggior parte dei ceppi di CoNS danno luogo a infezioni di moderata gravità con un decorso favorevole. Una eccezione è rappresentata dalle CRBSI causate da *Staphylococcus lugdunensis* che si manifestano con una sintomatologia più grave, simile a quella presente nelle infezioni da *S. aureus*. Meno frequentemente isolati sono i lieviti, in particolar modo specie di *Candida* quali *C. parapsilosis* e *C. albicans*, ma anche *C. auris*, caratterizzata da una notevole resistenza agli antimicotici, e i bacilli Gram positivi a bassa virulenza come *Cutibacterium acnes* e corinebatteri (Duzgol, 2022).

Le infezioni si possono quindi suddividere in base alla localizzazione in: locali e sistemiche. Le infezioni locali (dell'emergenza cutanea, della tasca e del tunnell), possono essere associate a CRBSI, ma possono esistere anche indipendentemente da infezioni sistemiche.

La semplice presenza di una batteriemia da sangue periferico in un paziente portatore di port non costituisce una diagnosi di infezione batteriemia correlata al port (ovvero causata dal port), ma tutt'al più una infezione batteriemia associata alla presenza del port. La distinzione è chiarita dai

termini anglosassoni utilizzati nelle linee guida internazionali, Catheter-Related Blood Stream Infection (CRBSI) vs Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI). Per una diagnosi appropriata di infezione batteriemia effettivamente causata dal port (CRBSI), è indispensabile ottenere emocolture appaiate (ovvero pressoché simultanee: entro 10-15 minuti l'una dall'altra) da una vena periferica e dal port. Se il medesimo microrganismo è presente in entrambi i campioni, il confronto tra la carica batterica del sangue periferico e del sangue da port permetterà di chiarire se il port sia responsabile della batteriemia: ciò è possibile con un confronto quantitativo (una conta delle colonie almeno tre volte superiore nel sangue da port sarà diagnostica per CRBSI) oppure con un confronto basato sul tempo di positivizzazione delle colture (una positivizzazione del sangue da port almeno 120 minuti prima del sangue da vena periferica sarà diagnostica per CRBSI). Entrambi i metodi hanno alta sensibilità e alta specificità ma, nella pratica clinica, il metodo quantitativo non è consigliabile perché più costoso e indaginoso, e quindi si utilizza il metodo basato sui tempi di positivizzazione (*Differential Time to Positivity-DTP*), assai semplice, economico e altrettanto affidabile (Mauro Pittiruti, 2024).

- **Complicanze meccaniche**
- **La sindrome di pinch-off**, caratterizzata dalla compressione cronica del catetere venoso centrale, posizionato nella vena succlavia, tra la clavicola e la prima costa, con conseguente ostruzione intermittente o permanente del catetere durante l'infusione di liquidi o l'aspirazione di sangue. La compressione e l'usura cronica del catetere possono portare inoltre alla rottura parziale o totale del catetere, con conseguente formazione, in quest'ultimo caso, di un frammento distale che embolizza nel circolo polmonare (Aitken, 1984).

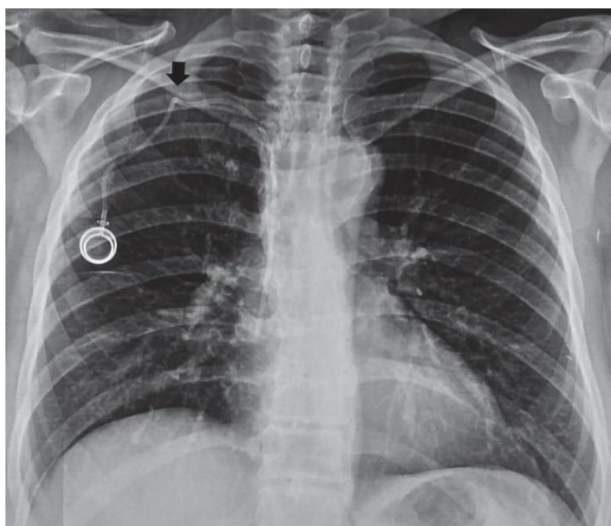


Figura 3: “Catheter kinked due to compression between the first rib and the clavicle, thus resulting in pinch-off syndrome” (Mauri, 2018)

- **Kinking**, consiste nell’ingincchiamento di un tratto del catetere

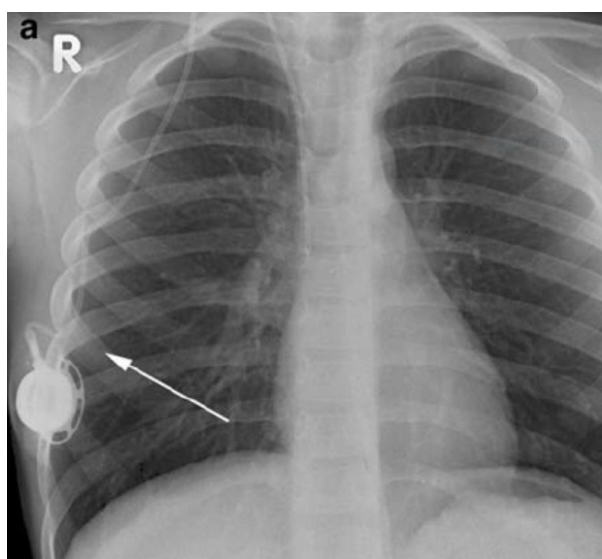


Figura 4: “Kinking of the catheter. a Chest radiograph of a 6-year-old male with a portacath in situ” (Roebuck, 2008)

- **Ribaltamento della camera del port**
- **Dislocazione della punta**
- **Complicanze trombotiche**, dovute ad una risposta fisiopatologica secondaria ad un danno endoteliale, con sviluppo di un tessuto di riparazione. Si può affermare che tutte le tipologie di CV comportano lo sviluppo di trombosi, poiché in queste procedure il danno endoteliale è inevitabile. Nella maggior parte dei casi, questo processo riparativo rimane a livello microscopico. In una

minoranza di casi invece, oltre ad essere ecograficamente visibile, la trombosi si associa a segni e sintomi dovuti all'ostruzione al deflusso venoso (trombosi sintomatica). I fattori che trasformano un processo riparativo favorevole all'organismo in una risposta fisiopatologica "eccessiva" sono identificati solo in parte e si possono riassumere nei seguenti fattori di rischio:

- **Fattori di rischio legati al paziente:** patologie congenite notoriamente associate a diatesi trombofilica; la presenza di patologie neoplastiche associate a rischio trombotico o il trattamento con farmaci in grado di favorire gli eventi trombotici.
- **I fattori di rischio legati all'impianto:** entità del danno endoteliale provocato dal catetere o dai farmaci somministrati ed il grado di stasi venosa causata dall'occupazione di spazio all'interno del lume vascolare.

➤ **Complicanze rare**

- **Sindrome da compressione della vena cava superiore:** Questa sindrome può derivare dalla compressione o dall'occlusione della vena cava superiore, solitamente a causa di una trombosi estesa o di una compressione causata dal catetere stesso (Tremblay, Complications of central venous port devices, 2010)
- **Rottura del catetere:** In rari casi, il catetere può rompersi ed i frammenti possono migrare nel sistema venoso, necessitando di un intervento chirurgico per la loro rimozione (Camp-Sorrell, 2004).

1.7 Ruolo degli Infermieri nella Gestione del Port-a-Cath

Il principale ruolo e responsabilità dell'infermiere nella gestione del Port-a-Cath, consiste nel garantire che il dispositivo sia utilizzato correttamente, riducendo al massimo il rischio di eventuali complicanze, assicurando così un accesso venoso stabile e sicuro, nei pazienti che richiedono trattamenti a lungo termine. L'infermiere è responsabile dell'accesso del Port-a-Cath mediante l'utilizzo di tecniche sterili, per prevenire l'insorgenza di infezioni. Questo include la preparazione del materiale sterile, la disinfezione della cute e l'utilizzo di aghi *non-coring*, specificatamente progettati per non recare danni al port. In seguito all'inserimento dell'ago, è necessario verificare il corretto

posizionamento, aspirando una piccola quantità di sangue e irrigando il sistema con la soluzione fisiologica, assicurandosi che non siano presenti ostruzioni. Inoltre, anche quando il port-a-cath non viene utilizzato per la somministrazione di farmaci, l'infermiere si occupa del lavaggio periodico, con soluzione fisiologica o eparinata per prevenire la formazione di coaguli di sangue. L'infermiere deve costantemente monitorare la zona attorno al dispositivo per rilevare un eventuale presenza di infezione, infiammazione o dislocazione e intervenire prontamente in caso di complicazioni. Un ulteriore aspetto, non di minore importanza, è l'educazione del paziente e della sua famiglia da parte del personale infermieristico, insegnando le tecniche di una corretta igiene ed i segni di possibili complicanze.

1.8 Obiettivi della ricerca

Il seguente studio ha come scopo quello di indagare quali sono le caratteristiche della qualità di vita degli assistiti portatori di Port-a-Cath con diagnosi di malattia oncologica, presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia, dell'Ospedale Civile Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto. Attraverso la somministrazione del questionario si analizzano i fattori: fisici, psicologici, sociali e funzionali e si identificano le principali criticità che potrebbero influenzare negativamente la qualità della vita al fine di proporre interventi assistenziali e clinici mirati a migliorare il benessere complessivo degli assistiti. Infine, i risultati ottenuti vengono confrontati con i dati presenti in letteratura scientifica esistente per verificare se l'esperienza dei pazienti nel contesto di studio sono coerenti con gli altri studi o se emergono significative differenze.

1.9 Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca che ha dato l'inizio a questa indagine e al quale si vuole rispondere attraverso la somministrazione del questionario QASICC è: *Qual'è l'impatto del Port-a-Cath sulla qualità di vita dell'assistito con diagnosi oncologica?*

Il quesito è stato formato utilizzando il metodo PIO:

P (popolazione) → Pazienti con diagnosi di malattia oncologica

I (intervento) → Impianto ed utilizzo del Port-a-Cath

O (outcome) → Impatto sulla qualità di vita (in termini di impatto fisico, psicologico ed emotivo)

CAPITOLO 2 MATERIALI E METODI

2.1 Tipologia di studio

Lo studio è uno studio osservazionale descrittivo di tipo trasversale monocentrico che ha permesso la raccolta dei dati dal 02/07/2024 al 30/09/2024.

2.2 Campionamento

La popolazione di riferimento dello studio include tutti i pazienti portatori di Port-a-Cath con diagnosi di malattia oncologica indipendentemente dal sesso, età o di tipo di terapia, in carico presso l'U.O. di oncologia medica dell'ospedale "Madonna del soccorso" di San Benedetto del Tronto. Per condurre lo studio è stato utilizzato un campionamento per convenienza, selezionando pazienti che si presentavano al reparto durante il periodo dello studio e che, resi edotti circa lo scopo dello studio e sui rischi ad esso correlati hanno accettato di parteciparvi sottoscrivendo il consenso informato.

2.3 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti che presentavano presidi medici diversi dal Port-a-Cath, quali Catetere venoso centrale o periferico e tutti coloro che non accettano di partecipare allo studio.

2.4 Setting

Il questionario è stato somministrato in forma completamente anonima ai pazienti dell'U.O. di oncologia medica dell'ospedale "Madonna del soccorso" di San Benedetto del Tronto, coinvolgendo infermieri e pazienti, durante il loro accesso al reparto ospedaliero di riferimento.

2.5 Attività di raccolta dati

La raccolta dei dati è stata svolta sia in maniera autonoma sia con il supporto del personale infermieristico, garantendo una raccolta uniforme e costante. Precedentemente alla

somministrazione del questionario è stato dettagliatamente esposto lo scopo dello studio. La compilazione è avvenuta nei momenti ritenuti maggiormente opportuni, rispettando al massimo i tempi e le disponibilità del paziente, per prevenire situazioni di disagio. La compilazione è avvenuta durante le sessioni di trattamento o nei momenti successivi ad esso.

2.6 Considerazioni etiche

Lo studio è stato avviato solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'indagine da parte della Direzione sanitaria, a seguito della sottoscrizione del "consenso informato alla partecipazione volontaria allo studio" e del "consenso al trattamento dei dati personali" (ai sensi del Codice in Materia di Dati Personali - Decreto Legislativo N. 196 del 30/06/03) da parte dei partecipanti. Una copia del consenso informato e del consenso al trattamento dei dati personali è rimasto in possesso dei partecipanti. Il questionario è stato somministrato mantenendo l'anonimato.

2.7 Lo strumento di misura

Lo strumento utilizzato per lo studio è stato individuato attraverso un ricerca di letteratura primaria nella banca dati PubMed. I termini Mesh ricercati sono stati i seguenti:

- *Patient satisfaction AND Port catheter*

Lo strumento è il questionario QASICC (*Questionnaire for Acceptance of and Satisfaction with Implanted Central Venous Catheter*), una serie di domande che presentano come obiettivo quello di indagare l'impatto del Port-a-Cath, sulla qualità di vita del paziente con diagnosi di malattia oncologica. Il questionario è stato validato e proposto per la prima volta in Francia nel 2011 e successivamente riproposto per condurre un'indagine epidemiologica presso il Day Hospital Oncologico dell'azienda ULSS 17 della regione Veneto. Il questionario è composto da 21 item suddivisi in 4 variabili:

- Valutazione del dolore correlato al Port-a-Cath (sensazioni dolorose correlate al presidio come la sensazione di strappo, di bruciore o formicolio)
- Impatto psicologico del presidio (aspetto psicologico sull'utilizzo del device e della malattia)

- Impatto emotivo (timore di ostruzione del presidio, sensazione di angoscia o fastidio)
- Funzionalità nella vita quotidiana (impatto sulle ADL)

2.8 Analisi dei dati

I dati sono stati elaborati utilizzando la statistica descrittiva, mediante il programma Microsoft Excel.

CAPITOLO 3 I RISULTATI DELLO STUDIO

3.1 Descrizione del campione

Il campione osservato nello studio è composto da 56 persone. Il questionario è stato proposto in forma completamente anonima in modo da rendere impossibile l'identificazione dei dati anagrafici dei partecipanti.

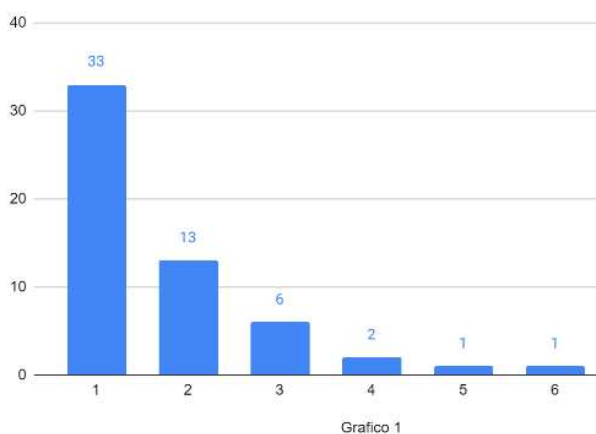
3.2 I risultati del questionario QASICC

I risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario QASICC sono suddivisi in base alle 4 variabili indagate.

3.2.1 Variabile: Valutazione del dolore correlato al Port-a-Cath

Grafico 1: Valuti sulla linea sottostante il grado di dolore che ha provato durante l'inserimento del presidio vascolare.

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
1	33	58.93%
2	13	23.21%
3	6	10.71%
4	2	3.57%
5	1	1.79%
6	1	1.79%
7-10	0	0%



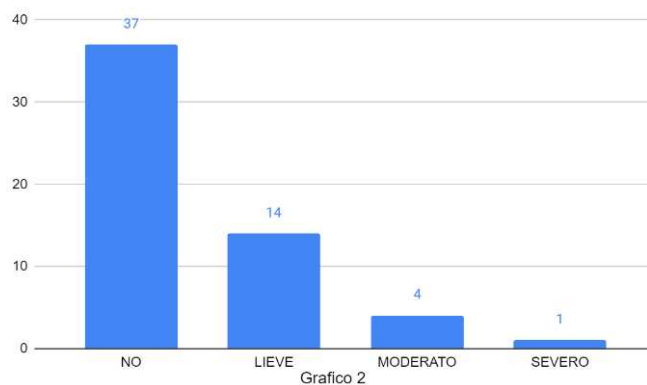
Nel questionario somministrato ai partecipanti, è stato chiesto di valutare il grado di dolore percepito durante la procedura di posizionamento del port-a-cath, utilizzando una scala da 1 a 10, dove 1 rappresentava la totale assenza di dolore e 10 il dolore massimo. I risultati dimostrano che la maggior parte dei pazienti non ha avvertito un dolore

significativo: 33 pazienti (58,93%) hanno indicato di non aver percepito sensazioni dolorose, mentre 13 pazienti (23,21%) hanno indicato un lievissimo dolore di livello pari a 2. 6 pazienti (10,71%) hanno segnalato un dolore lieve con un punteggio di 3, mentre solamente una minoranza ha indicato un dolore di grado superiore: 2 pazienti (3,57%) hanno risposto 4, 1 paziente (1,79%) ha segnato 5 ed 1 paziente (1,79%) ha riportato un dolore pari a 6. Nessuno ha indicato un livello di dolore superiore a 6.

Effettuando un'analisi statistica dei dati, il livello medio di dolore percepito durante il posizionamento del device risulta essere: **1,71**: il che ci indica che la maggior parte dei pazienti ha percepito poco o nessun dolore durante la procedura. Mentre la moda e la mediana risultano 1, evidenziando che l'assenza di dolore è la risposta predominante.

Grafico 2: Sente dolore al momento dell'inserimento o della rimozione dell'ago?

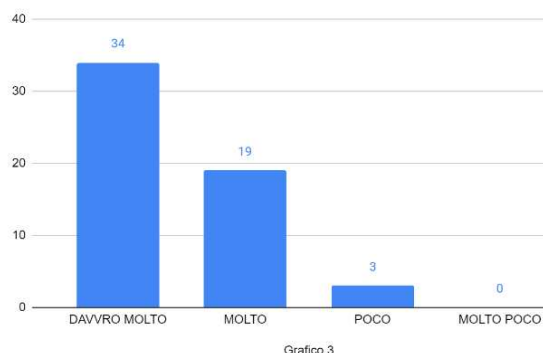
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	37	66.07%
Lieve	14	25%
Moderato	4	7,14%
Severo	1	1,79%



Dai dati ottenuti possiamo osservare che la maggior parte dei pazienti (66.07%) non avverte nessun dolore durante l'inserzione o la rimozione dell'ago. Una parte significativa (25%) segnala un dolore lieve. Il 7.14% riporta un dolore moderato e solo l'1,79% del campione riferisce un dolore di grado severo.

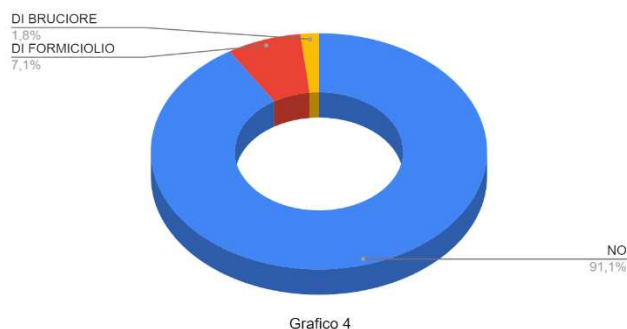
Grafico 3: Il presidio le procura conforto durante l'assunzione dei trattamenti?

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Davvero molto	34	60.71%
Molto	19	33.93%
Poco	3	5.36%
Molto poco	0	0%



Nel questionario somministrato ai 56 partecipanti, è stato chiesto se il presidio utilizzato durante i trattamenti procurasse conforto. I risultati ottenuti indicano che la maggior parte dei pazienti ha percepito un alto livello di conforto: 34 partecipanti (60,71%) hanno risposto “Davvero molto”, 19 pazienti (33,93%) hanno risposto “Molto”. Solamente 3 pazienti (5,36%) hanno indicato un livello di conforto inferiore. Nessun paziente ha riportato una totale mancanza di conforto.

Grafico 4: Il presidio le provoca sensazioni dolorose durante l'assunzione dei trattamenti? Se la risposta è SI, che tipo di sensazione le provoca?

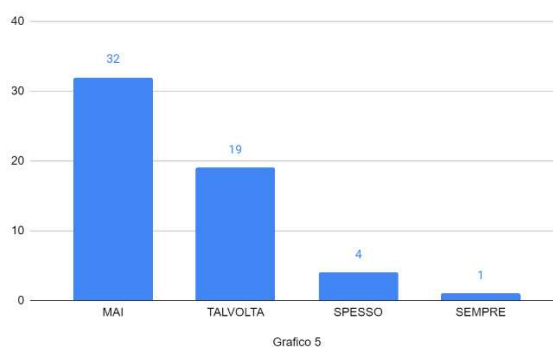


I risultati ottenuti evidenziano che 51 pazienti (91.1%) non sperimenta dolore durante l'utilizzo del presidio, mentre solo 5 pazienti (8,93%) segnalano sensazioni dolorose. Tra coloro che hanno riportato sensazioni dolorose, 4 pazienti (7,1%) hanno indicato di provare una sensazione di formicolio, mentre solo 1 paziente (1,8%) ha riferito una sensazione di bruciore. Nessun paziente ha indicato di provare la sensazione di strappo o altre sensazioni.

3.2.2 Variabile: *Impatto psicologico del dispositivo*

Grafico 5: Considera il presidio come un corpo estraneo?

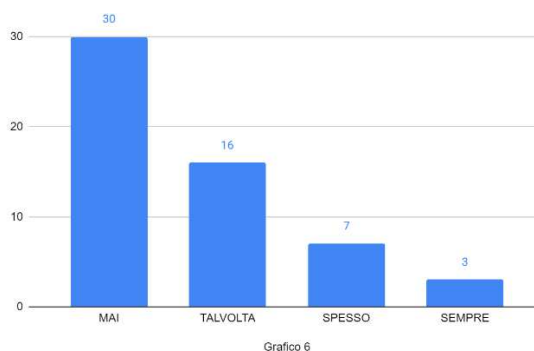
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Mai	32	57,14%
Talvolta	19	33,93%
Spesso	4	7,14%
Sempre	1	1,79%



I risultati mostrano che il 57,14% (32 persone) dei partecipanti non considerano il presidio come un corpo estraneo. Tuttavia, una parte significativa del campione, 33,93% (19 persone), ha indicato di percepire il presidio “talvolta” come un corpo estraneo. Mentre 4 partecipanti (7,14%) hanno indicato di percepirlo “spesso” come tale ed solamente 1 partecipante (1,79%) lo percepisce “sempre” come un corpo estraneo.

Grafico 6: La presenza del presidio le ricorda la sua malattia?

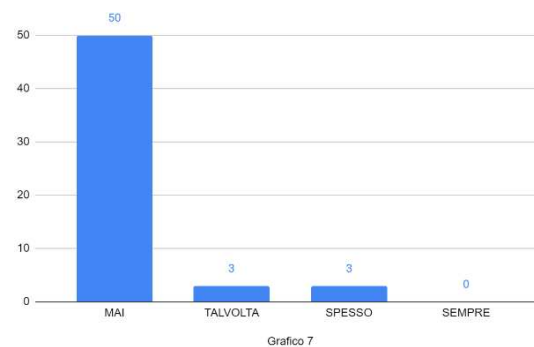
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Mai	30	53,57%
Talvolta	16	28,57%
Spesso	7	12,50%
sempre	3	5,36%



Secondo i dati ottenuti il 53,57% (30 soggetti) del campione non considera che il presidio gli ricordi la sua malattia. Il 28,57% (16 soggetti) indica che “talvolta” questo accade. Il 12,5% (7 soggetti) sente che il presidio gli ricordi “spesso” la sua patologia e il 5,36% (3 soggetti), ha riportato che il presidio ricorda loro “sempre” la malattia.

Grafico 7: Il presidio le causa una sensazione di nodo alla gola, o alla schiena?

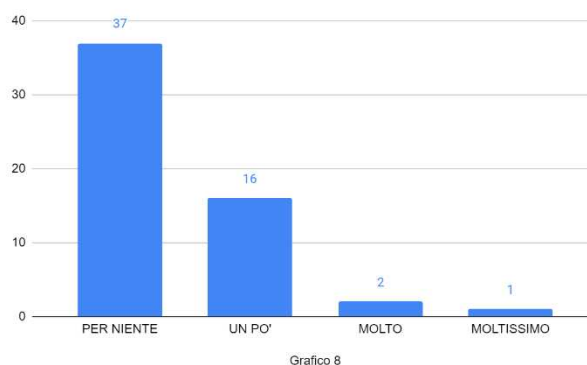
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Mai	50	89,29%
Talvolta	3	5,36%
Spesso	3	5,36%
sempre	0	0%



I risultati indicano che l'89,29% (50 soggetti) del campione non ha mai provato una sensazione di nodo alla gola o alla schiena correlata al presidio. Solo 3 partecipanti (5,36%) hanno segnalato di aver “talvolta” sperimentato questa sensazione e altri 3 partecipanti (5,36%) hanno indicato che questa sensazione è causata “spesso” dal presidio. Nessun partecipante, ha scelto come opzione di risposta “sempre”.

Grafico 8: Crede che il presidio sia troppo visibile?

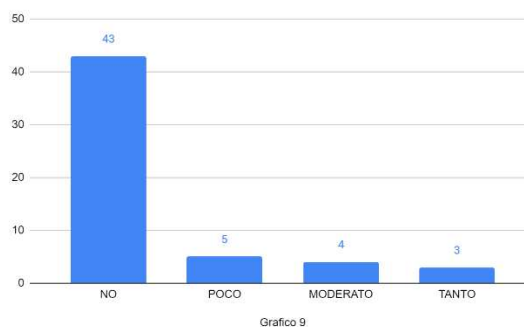
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Per niente	37	66,07%
Un po'	16	28,57%
Molto	2	3,57%
Moltissimo	1	1,79%



I risultati mostrano che il 66,07% (37 soggetti) del campione considera il dispositivo non eccessivamente visibile. Un gruppo di 16 soggetti (28,57%) segnalano una leggera visibilità del port. Mentre 2 soggetti (3,57%) considerano il presidio molto visibile e solamente 1 soggetto (1,79%) percepisce il presidio come molto evidente.

Grafico 9: Il presidio le crea disturbo quando si guarda allo specchio?

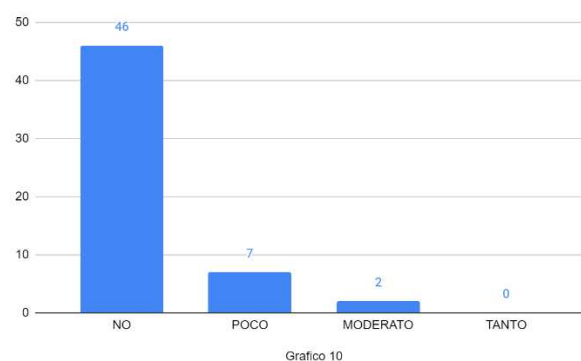
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	43	76,79%
Poco	5	8,93%
Moderato	4	7,14%
Tanto	3	5,36%



Dai dati emerge che il 76,79% (43 soggetti) del campione non percepisce alcun disturbo legato al dispositivo mentre si guarda allo specchio. Un 8,93% (5 soggetti) avverte un disturbo lieve. Il 7,14% (4 soggetti) ha indicato che il presidio crea un disturbo moderato. Infine, solamente il 5,36% (3 soggetti) evidenzia un marcato disagio dovuto alla presenza del dispositivo port, indicando che questa percezione è rara ma presente.

Grafico 10: Il presidio le causa difficoltà nei momenti d'intimità con il suo coniuge?

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	46	83,64%
Poco	7	12,73%
Moderato	2	3,64%
Tanto	0	0%



I dati ottenuti mostrano che 46 pazienti (83,64%) non presentano alcuna difficoltà nei momenti di intimità con il proprio coniuge a causa del dispositivo. 7 partecipanti (12,73%) indicano una difficoltà lieve. 2 pazienti (3,64%) hanno indicato un livello di difficoltà moderato. Nessun paziente ha dichiarato che il presidio causi grandi difficoltà. 1 partecipante si è astenuto.

Grafico 11: Valuti con una X sulla linea sottostante il grado di soddisfazione per quanto riguarda il suo presidio

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
1	0	0%
2	1	1,79%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
6	2	3,57%
7	3	5,36%
8	7	12,50%
9	6	10,71%
10	37	66,07%

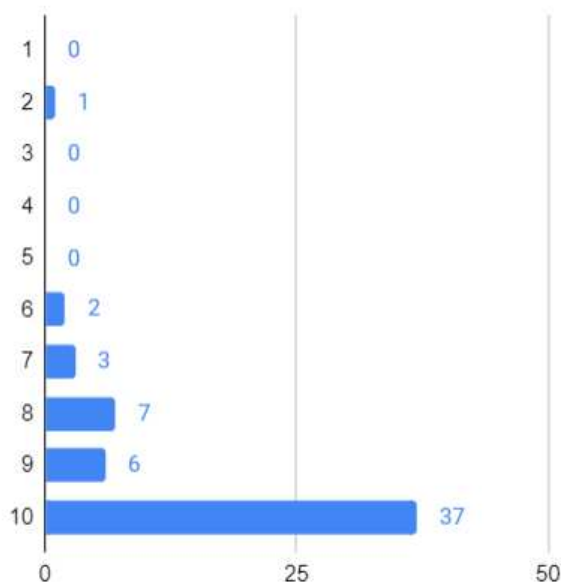


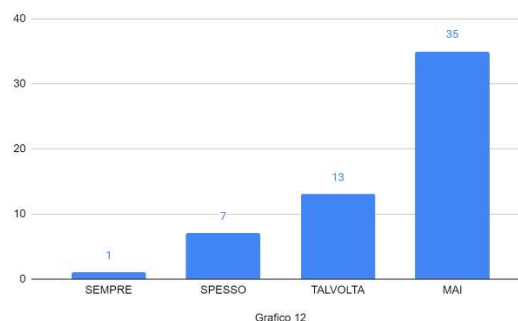
Grafico 11

Nel questionario somministrato a 56 pazienti, è stato chiesto di indicare il livello di soddisfazione su una linea da 1 a 10, dove 1 rappresenta "Non soddisfatto" e 10 "Molto soddisfatto". La grande maggioranza dei pazienti (66,07%) ha riportato il livello massimo di soddisfazione. Solo un piccolo numero di pazienti ha fornito punteggi inferiori, con la maggior parte delle risposte concentrate su punteggi compresi tra 8 e 10. La media è pari a **9,2**, questo dato indica un elevato grado di soddisfazione. La deviazione standard è pari a **1,47**, quindi la variabilità delle risposte fornite è relativamente bassa, il che indica che la maggior parte dei partecipanti ha indicato un livello di soddisfazione vicino alla media.

3.2.3 Variabile: Impatto emotivo

Grafico 12: Ha paura che il presidio possa ostruirsi?

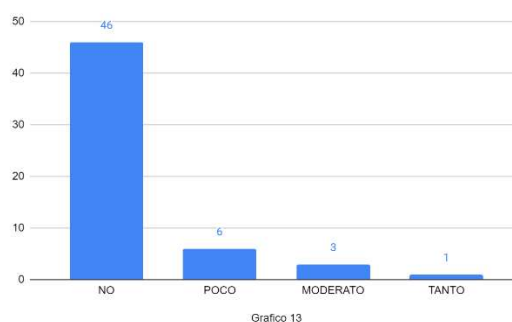
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Sempre	1	1,79%
Spesso	7	12,50%
Talvolta	13	23,21%
Mai	35	62,50%



Dai dati emerge che il 62,50% (35 soggetti) del campione non ha alcuna preoccupazione che il dispositivo si possa ostruire. Un 23,21% (13 soggetti) ha risposto “Talvolta”, suggerendo che una parte del campione in qualche occasione ne risulta preoccupata. Un 12,50% (7 soggetti) ha indicato che “Spesso” teme un eventuale ostruzione e solo l’1,79% (1 soggetto) presenta una paura costante.

Grafico 13: Il presidio le crea la sensazione di angoscia?

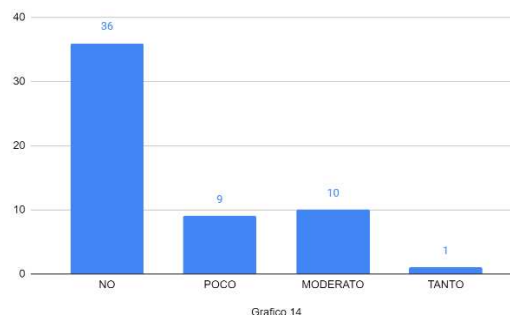
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	46	82,14%
Poco	6	10,71%
Moderato	3	5,36%
Tanto	1	1,79%



I risultati indicano che 46 partecipanti (82,14%) non prova alcuna sensazione di angoscia dovuta al presidio. 6 partecipanti (10,71%) hanno indicato una lieve sensazione di angoscia. 3 pazienti (5,36%) hanno segnalato una moderata sensazione di angoscia e solamente 1 soggetto (1,79%) riferisce di provare un intensa sensazione di angoscia causata dal presidio.

Grafico 14: Il presidio le crea una sensazione di fastidio?

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	36	64,29%
Poco	9	16,07%
Moderato	10	17,86%
Tanto	1	1,79%

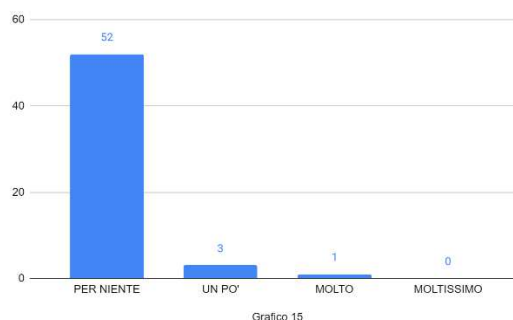


Dai dati emerge che il 64,29% (36 soggetti) del campione non prova alcun fastidio correlato al presidio. Un 16,07% (9 soggetti) riferisce di percepire un fastidio lieve. Il 17,86% (10 soggetti) indica di provare un livello di fastidio moderato e solamente l'1,79% (1 soggetto) del campione sottolinea la presenza di un fastidio intenso.

3.2.4 Funzionalità nella vita quotidiana

Grafico 15: Il presidio le crea disturbo per quanto riguarda l'igiene fisica locale?

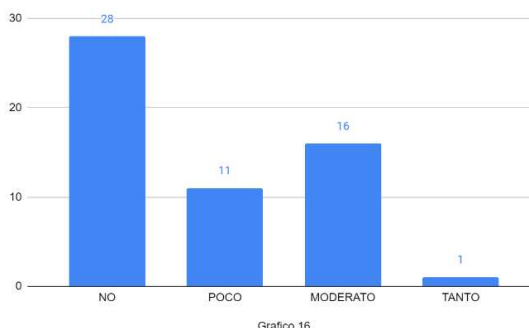
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Per niente	52	92,86%
Un pò	3	5,36%
Molto	1	1,79%
Moltissimo	0	0%



Dai dati emerge che il 92,86% (52 soggetti) del campione non ha percepito disturbi per quanto riguarda l'igiene fisica locale. Il 5,36% (3 soggetti) ha indicato che il presidio causa un po' di disturbo. L'1,79% (1 soggetto) ha risposto di provare un grande fastidio causato dal dispositivo. Nessun paziente ha indicato di avere un disturbo estremamente significativo.

Grafico 16: Il presidio le crea difficoltà quando porta una borsa a tracolla, quando mette la cintura di sicurezza o porta un carico pesante (borsa della spesa, valigia, ecc.)?

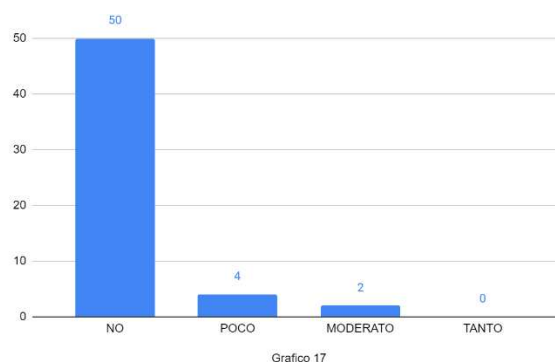
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	28	50,00%
Poco	11	19,64%
Moderato	16	28,57%
Tanto	1	1,79%



Dai dati emerge che il 50% (28 soggetti) del campione non presenta difficoltà a portare una borsa a tracolla, mettere la cintura di sicurezza o trasportare carichi pesanti. Il 19,64% (11 soggetti) dei pazienti ha riportato di percepire una lieve difficoltà. Il 28,57% (16 soggetti) indica la presenza di un moderato livello di difficoltà. Solo l'1,79% riporta grandi difficoltà.

Grafico 17: Il presidio le crea difficoltà nel vestirsi o nello spogliarsi?

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	50	89,29%
Poco	4	7,14%
Moderato	2	3,57%
Tanto	0	0%

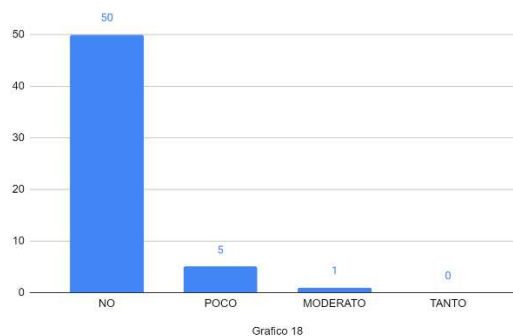


La maggior parte del campione (89,29%) non percepisce nessuna difficoltà causata dal presidio nel vestirsi e/o spogliarsi. Il 7,14% (4 soggetti) ha riscontrato lievi difficoltà e

solamente un 3,57% (2 soggetti) ha indicato difficoltà moderate. Nessun partecipante ha ritenuto che il dispositivo provochi grandi difficoltà.

Grafico 18: Il presidio le crea difficoltà quando si sdraia per riposare o dormire?

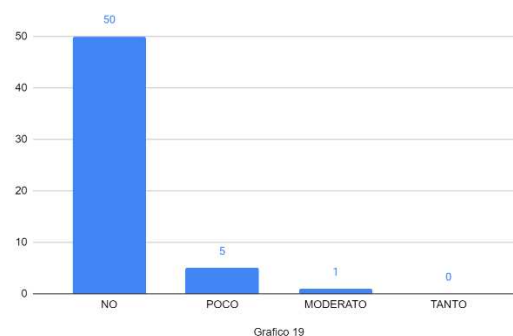
	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	50	89,29%
Poco	5	8,93%
Moderato	1	1,79%
Tanto	0	0%



I dati mostrano che l'89,29% (50 soggetti) del campione non riscontra alcuna difficoltà nel riposare o dormire causata dal presidio. Un 8,93% (5 soggetti) ha indicato una lieve difficoltà. Solo l'1,79% del campione ha segnalato una moderata difficoltà. Nessun paziente ha indicato un'elevata difficoltà.

Grafico 19: Il presidio le crea difficoltà nelle sue attività professionali o sociali (shopping, andare al cinema, uscire con gli amici, ecc.)?

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	50	89,29%
Poco	5	8,93%
Moderato	1	1,79%
Tanto	0	0%

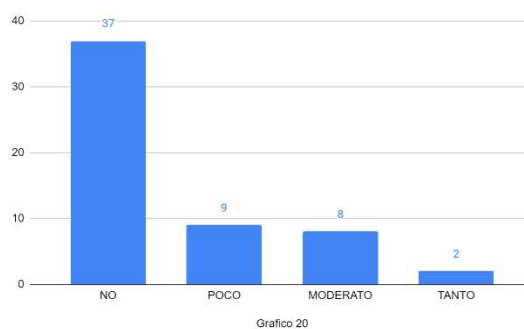


Dai dati emerge che 50 soggetti (89,29%) indica che il presidio non crei alcuna difficoltà nelle attività professionali o sociali. 5 soggetti (8,93%) riscontra una lieve difficoltà. Solo

1 partecipante (1,79%) riferisce una moderata difficoltà. Nessun partecipante ha indicato un elevata difficoltà.

Grafico 20: Il presidio le crea difficoltà durante un attività che richiede uno sforzo fisico?

	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
No	37	66,07%
Poco	9	16,07%
Moderato	8	14,29%
Tanto	2	3,57%



Dai dati emerge che il 66,07% (37 soggetti) del campione non percepisce nessuna difficoltà durante un'attività che richiede sforzo fisico. Il 16,07% (9 soggetti) ha indicato di avere una lieve difficoltà. Il 14,29% (8 soggetti) ha segnalato moderate difficoltà ed il 3,57% (2 soggetti) riporta di avere severe difficoltà.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

L'obiettivo principale di questo studio era di valutare qual'è l'impatto del Port-a-Cath sulla qualità di vita dei pazienti con diagnosi malattia oncologica, presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia, dell'Ospedale Civile Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto. Per renderlo possibile è stato individuato in primis un campione di 56 pazienti a cui è stato somministrato il questionario QASICC (*Questionnaire for Acceptance of and Satisfaction with Implanted Central Venous Catheter*), che ha permesso di raccogliere i dati relativi all'impatto fisico, psicologico, emotivo e funzionalità nella vita quotidiana. I risultati ottenuti forniscono un quadro generale significativo sull'esperienza del port, vissuta dai pazienti durante i periodi di trattamenti chemioterapici. Sebbene il questionario non preveda la raccolta di informazioni demografiche specifiche (sesso o l'età) per garantire l'anonimato, i dati raccolti mostrano una panoramica sulle percezioni e esperienze personali riguardo l'uso del dispositivo.

Il risultato dello studio si è rivelato positivo con un quadro generale di soddisfazione molto elevato. La media della soddisfazione è risultata essere 9,13 su una scala da 1 a 10, con la mediana di 10, suggerendo che, nonostante un lieve disagio psicologico e fisico, la maggioranza degli assistiti percepiscono il port-a-cath come un dispositivo molto efficace e necessario per il percorso di cura. Possiamo esprimere che l'89,28% (punteggio da 8 a 10) del campione risulta molto soddisfatto del presidio. In rapporto con i risultati ottenuti da altri studi presenti in letteratura, come lo studio condotto dallo stesso autore del questionario QASICC, Marcy PY (Marcy, 2015) che ha rilevato una soddisfazione del 75% e l'indagine svolta nell'U.O. Oncologia Medica dell'Azienda UISS17 (Banu Alexandra, 2015) che ha evidenziato una soddisfazione del 78,33%, possiamo notare una rilevante superiorità dell'indice di gradimento.

Nonostante i significativi risultati ottenuti dall'analisi dei dati, lo studio presenta delle limitazioni che devono essere riconosciute. Tuttavia, la presenza delle limitazioni tipiche della ricerca trasversale basata sull'autovalutazione, i risultati ottenuti risultano conformi alla letteratura. Una prima limitazione riguarda la dimensione ridotta del campione, sebbene un campione più ampio possa fornire una maggiore solidità statistica, il numero di partecipanti è stato sufficiente per ottenere dati coerenti e significativi. Un'altra limitazione osservabile è sicuramente l'assenza di variabili demografiche, considerata una scelta deliberata per garantire l'anonimità, la libertà e la sincerità delle risposte dei

pazienti, senza il timore dell'identificazione, tutto ciò ha permesso una raccolta dati non influenzata da considerazioni personali o sociali. Infine la mancanza di un gruppo di controllo (come i pazienti con altre tipologie di device vascolari), potrebbe essere considerato un limite dello studio. Tuttavia, l'obiettivo prefissato per la conduzione della ricerca è volto a focalizzarsi sull'esperienza specifica dei pazienti portatori di port-a-cath con diagnosi di malattia oncologica.

Analizzando i risultati ottenuti con la somministrazione del questionario QASICC, possiamo affermare che:

- L'indice di gradimento del port-a-cath è pari a 89,28%, un percentuale nettamente superiore alle indagini precedentemente condotte presso le altre strutture sanitarie.
- Il 58,93% del campione non ha provato nessuna sensazione dolorosa durante la procedura di impianto del port-a-cath ed il 33,92% ha percepito lievi sensazioni dolorose.
- Il 66,07% del campione, non avverte nessun dolore durante l'inserzione o la rimozione dell'ago. Mentre il 25% avverte un dolore di natura lieve.
- Il 91% del campione non sperimenta dolore/fastidio durante l'utilizzo del presidio.
- Analizzando l'impatto psicologico del dispositivo si è dimostrato che: Il 66,07% del campione considera il dispositivo non eccessivamente visibile; il 53,57% non considera che il presidio gli ricordi la sua malattia ed il 76,79% del campione non percepisce alcun disturbo legato al dispositivo mentre si guarda allo specchio.
- Analizzando la variabile emotiva si è evidenziato che il 62,50% del campione non presenta preoccupazioni correlate alla possibile ostruzione del device, l'82,14% non ha mai provato alcuna sensazione di angoscia causata dal port-a-cath ed il 64,29% non prova alcuna sensazione fastidiosa correlata al presidio.
- Analizzando l'impatto sulla vita quotidiana si è rilevato che il 92,86% dei soggetti non presentano disturbi causati dal port legati all'igiene fisica locale. Il 66,07% non percepisce nessuna difficoltà durante un'attività che richiede sforzo fisico ed il 50% non presenta alcuna difficoltà a portare una borsa a tracolla, mettere la cintura di sicurezza o trasportare carichi pesanti.

Effettuando un confronto con lo studio cardine di Marcy PY, si riscontrano alcuni risultati discordanti. Nello studio condotto dallo stesso, rispetto ai dati rilevati presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia, dell'Ospedale Civile Madonna del Soccorso

di San Benedetto del Tronto, la sintomatologia dolorosa severa durante le procedure di impianto del dispositivo corrisponde al 20%, nettamente superiore all'1,79% rilevato dalla nostra U.O. Inoltre, il 33% dei soggetti ritiene che il presidio sia eccessivamente visibile ed il 24% riferisce di avere difficoltà in ambito professionale. Sebbene i risultati sul dolore ed alcuni disturbi legati al Port, non trovino concordanza, il grado di soddisfazione generale si dimostra alto e combacia perfettamente con lo studio osservazionale condotto ed i dati presenti nella letteratura.

Sebbene non si riscontrino aree critiche che influenzano negativamente la qualità della vita degli assistiti in maniera significativa, sono presenti delle aree in cui potrebbero essere apportati dei miglioramenti per alleviare dei disagi emotivi, psicologici e fisici rilevati da una parte dei pazienti. Gli interventi potenzialmente migliorativi sono:

- Una migliore gestione del dolore, attraverso l'implementazione dei protocolli più efficaci per la gestione della sintomatologia dolorosa durante il posizionamento e l'utilizzo del Port. Come l'utilizzo delle tecniche anestetiche locali maggiormente efficaci e l'introduzione del monitoraggio standardizzato (schede di valutazione) del dolore nel tempo.
- Un maggiore supporto psicologico, rivolto alla nostra categoria degli assistiti. Attraverso sessioni di counseling o l'utilizzo delle tecniche di rilassamento (ad esempio la musicoterapia o la mindfulness), che potrebbero aiutare i pazienti a migliorare la percezione del dispositivo e ridurre lo stress. Inoltre, potrebbe risultare utile l'introduzione dei programmi di educazione emotiva, per preparare al meglio i pazienti a gestire l'impatto della malattia oncologica e l'utilizzo dei presidi come il Port.
- Potenziamento della comunicazione paziente-infermiere, per segnalare tempestivamente eventuali complicanze o disagi legati al dispositivo. Questo punto potrebbe includere la creazione di tecnologie digitali (applicazioni di monitoraggio) per consentire eventuali segnalazioni in tempo reale.
- Maggior investimento sulla formazione continua del personale sanitario infermieristico, che gioca un ruolo fondamentale nel fornire assistenza diretta ai pazienti. Inoltre, una maggiore formazione è fondamentale per individuare precocemente eventuali complicanze e ridurre il rischio di insorgenza delle stesse.
- Un'utile direzione da seguire per i futuri studi potrebbe includere l'inserimento di un gruppo di controllo, composto da pazienti portatori di altri dispositivi vascolari, come ad ess. il PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*). Questo confronto

potrebbe fornire dati fondamentali per comprendere in quali contesti uno sia preferibile all'altro.

BIBLIOGRAFIA

- Aitken, D. R. (1984). The "pinch-off" sign: A warning of impending problems with permanent subclavian catheters. *American Journal of Surgery*, 633-636.
- Banu Alexandra, P. S. (2015). *QUALITA' DI VITA DELL'ASSISTITO PORTATORE DI PORT A CATH. UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA CONDOTTA PRESSO IL DAY HOSPITAL ONCOLOGICO DELL'AZIENDA ULSS 17 DELLA REGIONE VENETO*. PADOVA: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA.
- Braun, B. (2024). *Surecan® Safety II*. Retrieved from BBraun:
<https://www.bbraun.it/it/products/b76/surecan-safety-ii.html>
- Camp-Sorrell, D. (2004). Implanted Ports: Everything you always wanted to know. *Oncology Nursing Forum*, 289-294.
- Carmelo Uranga, P. e. (2009, settembre 21). Management of Chemotherapy Extravasations. *US Pharmacist*.
- Duzgol, M. B. (2022). Evaluation for metastatic Candida focus and mortality at Candida-associated catheter-related bloodstream infections in pediatric hematology-oncology patients. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 643-648.
- Higginson, A. J. (2001). *Quality of Life*. BMJ Books.
- J. C. Holland, W. S. (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press.
- Jonathan G. Moss, M. F. (2021). Totally Implanted Ports Associated With Reduced Complication Rates vs Other Central Venous Access Devices Used in Anticancer Therapy. *The Lancet*.
- Laporte-Amargós, J. S.-A.-T.-O. (2023). Increasing Gram-negative catheter-related bloodstream infection in cancer patients. *Pathogens*, 228.

- Lee, N. A. (2021). "Utilization and Complications of Central Venous Access Devices in Oncology Patients". *Current Oncology*.
- Machin, P. M. (2013). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*. John Wiley & Sons.
- Marcy, P. Y.-M. (2015). Multicenter validation study of a questionnaire assessing patient satisfaction with and acceptance of totally-implanted central venous access devices. *Bulletin Du Cancer*, 301-315.
- Mauri, D. Z. (2018). Identification of catheter misplacement in early port CVC dysfunction. *Contemporary oncology*, 129-134.
- Mauro Pittiruti, F. P. (2024). *Manuale GaVeCeLt dei Port*. GaVeCeLt.
- Montazeri, A. (2008). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, 102.
- N. K. Aaronson, S. A. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 365-376.
- P. Basili, C. D. (2021). 13° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. 152-155.
- Roebuck, D. (2008, Maggio). *Researchgate*. Retrieved from https://www.researchgate.net/figure/Kinking-of-the-catheter-a-Chest-radiograph-of-a-6-year-old-male-with-a-portacath-in_fig1_5911901
- Sabogal, D. (2021, Febbraio 27). *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/portacath#summary>
- Stenger, M. (2021). Complication Rates Among Central Venous Access Devices Compared. *The ASCO Post*.

Times, R. (2015). Gestione infermieristica dei sistemi totalmente impiantabili (PORT-A-CATH).

Nurse Times.

Tremblay, L. N. (2010). Complications of central venous port devices. *Journal of the American*


College of Radiology, 859-866.


SITOGRAFIA.

1. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.02.012>
2. <https://nursetimes.org/l-infermiere-e-i-sistemi-totalmente-impiantabili-port-a-cath-competenze-infermieristiche/375>
3. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/portacath#summary>
4. <https://www.bbraun.it/it/products/b76/surecan-safety-ii.html>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25799876/>

ALLEGATI

All. 1: Autorizzazione allo svolgimento dello studio

 UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

 **ast**
ASCOLI PICENO
MARCHE

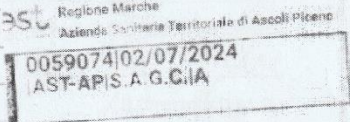
Alla Cortese Attenzione del
Direttore U.O.C. Professioni Infermieristiche ed Ostetriche **Dott. Luca Gelati**
Direttore U.O.C. Governo Clinico **Dott. Remo Appignanesi**
Direttore D.M.O. **Dott. Giancarlo Viviani**
Macro Area Ospedaliera/Territoriale **Dott.ssa ROBANA DE JELLO**
Posizione Organizzativa Dipartimentale **Dott./Dott.ssa SIMONA COLLECCHIA**

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione tesi di laurea in Infermieristica

Con la presente lo/a studente/ssa Candellori Simona — iscritta/o al 3° anno
del Corso di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, polo di Ascoli Piceno,
tutelato/a da regolare assicurazione, *chiede* di poter condurre le attività di cui all'oggetto presso il
Presidio Ospedaliero/U.O./Servizio da Lei diretto per l'elaborazione della Tesi finale di Laurea dal
titolo: "QUALITA' DI VITA DELL'ASSISTITO PORTATORE DI PORT CON DIAGNOSI DI MALATTIA
ONCOLOGICA. UNO STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO DI TIPO TRASVERSALE "

Relatore Professore/Dottore: Dott.ssa Collecchia Simona

Il razionale scientifico della ricerca (inserire eventuali riferimenti
bibliografici):

 Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno
0059074|02/07/2024
AST-APIS.A.G.CiA

L'obiettivo primario della ricerca è:
CONOSCERE IL GRADO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO PER QUANTO
RIGUARDA IL PORT-A -CATH

M

Eventuali obiettivi secondari:

I materiali e metodi (consultazione cartelle cliniche, somministrazione questionari, interviste, etc):
QUESTIONARIO QASICC

Tutte le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente e conformemente all'obiettivo e nel pieno rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679 (GDPR).
Confidando in un Vostro riscontro positivo, si rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Con osservanza.

Lo/a Studente/ssa:

Giulia Lini

Il Relatore:

Francesco Cellini

Il Direttore U.O.C. Professioni Infermieristiche ed Ostetriche:

[Signature]
Il Direttore U.O.C. Governo Clinico:

[Signature]
Il Direttore D.M.O.:

[Signature]
La Macro Area Ospedaliera/Territoriale :

[Signature]
La Posizione Organizzativa Dipartimentale:

Ascoli Piceno, li _____

Questionario QASICC



Questionario di accettazione e soddisfazione dei pazienti con l'impianto di catetere venoso centrale PORT-A-CATH

QUESTIONARIO ANONIMO

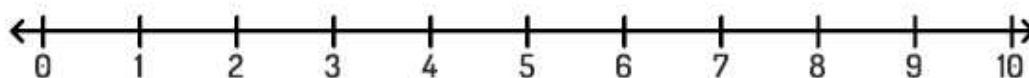
Data della compilazione del questionario:

Data dell'inserimento del Catetere Venoso Centrale (Port):

Lo scopo di questo questionario è conoscere il suo grado di soddisfazione per quanto riguarda il Catetere Venoso Centrale PORT-A-CATH. La preghiamo di rispondere personalmente al seguente questionario scegliendo la risposta che meglio corrisponde alla sua situazione. Non vi è nessuna risposta "giusta" o "sbagliata". Tutte le informazioni sono strettamente riservate.

VALUTAZIONE DEL DOLORE CORRELATO AL PORT-A-CATH

Valuti sulla linea sottostante il grado di dolore che ha provato durante l'inserimento del presidio vascolare



TOTALE ASSSENZA DI DOLORE

DOLORE MASSIMO

Sente dolore al momento dell'inserimento o della rimozione dell'ago?

- NO LIEVE MODERATO SEVERO

Il presidio le procura conforto durante l'assunzione dei trattamenti?

- DAVVERO MOLTO MOLTO POCO MOLTO POCO

Il presidio le provoca sensazioni dolorose durante l'assunzione del trattamento?

- NO SI

Se la risposta è Sì, che tipo di sensazione le provoca?

- DI STRAPPO DI BRUCIORE DI FORMICOLIO ALTRO

IMPATTO PSICOLOGICO DEL PRESIDIO

Considera il presidio come un corpo estraneo?

- MAI TALVOLTA SPESSO SEMPRE

La presenza del presidio le ricorda la sua malattia?

- MAI TALVOLTA SPESSO SEMPRE

Il presidio le causa una sensazione di nodo alla gola, o alla schiena?

- MAI TALVOLTA SPESSO SEMPRE

Crede che il presidio sia troppo visibile?

- PER NIENTE UN PO' MOLTO MOLTISSIMO

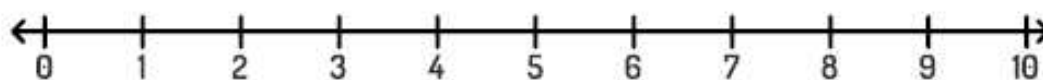
Il presidio le crea disturbo quando si guarda allo specchio?

- NO POCO MODERATO TANTO

Il presidio le causa difficoltà nei momenti d'intimità con il suo coniuge?

- NO POCO MODERATO TANTO

Valuti con una X sulla linea sottostante il grado di soddisfazione per quanto riguarda il suo presidio:



NON SODDISFATTO

MOLTO SODDISFATTO

FUNZIONALITA' NELLA VITA QUOTIDIANA

Il presidio le crea disturbo per quanto riguarda l'igiene fisica locale?

- PER NIENTE UN PO' MOLTO MOLTISSIMO

Il presidio le crea difficoltà quando porta una borsa a tracolla, quando mette la cintura di sicurezza o porta un carico pesante (borsa della spesa, valigia, ecc.)?

- NO POCO MODERATO TANTO

Il presidio le crea difficoltà nel vestirsi o nello spogliarsi?

- NO POCO MODERATO TANTO

Il presidio le crea difficoltà quando si sdraia per riposare o dormire?

- NO POCO MODERATO TANTO

Il presidio le crea difficoltà nelle sue attività professionali o sociali (shopping, andare al cinema, uscire con gli amici, ecc.)?

- NO POCO MODERATO TANTO

Il presidio le crea difficoltà durante un attività che richiede uno sforzo fisico?

- NO POCO MODERATO TANTO

IMPATTO EMOTIVO

Ha paura che il presidio possa ostruirsi?

- MAI TALVOLTA SPESSO SEMPRE

Il presidio le crea la sensazione di angoscia?

- NO POCO MODERATO TANTO

Il presidio le crea una sensazione di fastidio?

- NO POCO MODERATO TANTO

Grazie per aver dedicato il tuo tempo a completare questo questionario. Le tue risposte sono preziose per noi e ci aiuteranno a migliorare il nostro servizio. Il tuo contributo è fondamentale per il successo di questo progetto.

All. 3: Guida per l'utente Port-a-Cath

Complicanze

Esistono due categorie di complicanze:

-Complicanze immediate:

legate alla procedura di impianto

-Complicanze tardive:

legate alla presenza stessa del catetere o alla sua gestione.

Complicanze immediate

Al momento dell'impianto raramente può verificarsi la puntura accidentale di un'arteria (eventuale formazione di ematoma), la puntura accidentale della pleura o del polmone (eventuale formazione di pneumotorace), fallimento o grossa difficoltà a reperire la vena. L'uso della puntura ecoguidata ha ridotto ulteriormente tali rare complicanze e comunque nessuna di esse comporta gravi conseguenze per il paziente.

Complicanze tardive

Successivamente all'impianto le rare complicanze che possono verificarsi sono la trombosi della vena dove è inserito il catetere, l'infezione e il malfunzionamento. Anche per queste è assai raro che vi siano gravi conseguenze per il paziente. È possibile però che si renda necessaria la rimozione del dispositivo.

Possibili segni e sintomi.

I sintomi e segni che devono insospettire e

portare al controllo del Port sono i seguenti

- febbre soprattutto dopo l'uso del Port
- dolore al tatto della zona d'impianto
- gonfiore del braccio e del collo.

In tutti questi casi contattare l'ambulatorio di Oncologia (vedi sezione contatti).

Rimozione del Port

La rimozione del Port avviene quando il suo uso non è più necessario o quando si verifica un raro malfunzionamento non risolvibile, altrimenti può rimanere in sede per un tempo illimitato.

SAN BENEDETTO DEL TRONTO OSPEDALE

"Madonna del Soccorso"

IMPIANTO E GESTIONE

IMPIANTO

Day Surgery 3° piano
3° mercoledì del mese
previo appuntamento

GESTIONE

Oncologia 4° piano
martedì e giovedì
dalle 10:30 alle 11:30

CONTATTI

Oncologia

0735/793461

dal lunedì al venerdì

(giorni feriali)

dalle ore 8:00 alle ore 14:30

Day Surgery

0735/793373

dal lunedì al venerdì

(giorni feriali)

dalle ore 8:00 alle ore 14:30



SAN BENEDETTO DEL TRONTO OSPEDALE

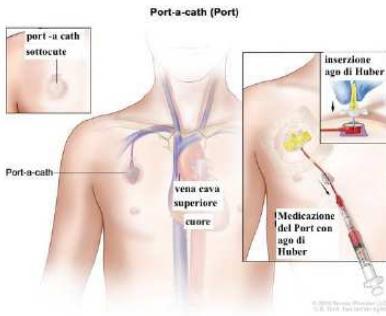
"Madonna del Soccorso"



CATETERE

PORT-A-CATH

Guida per l'utente



INFORMAZIONI SUL CATETERE PORT-A-CATH

Il Port è un dispositivo totalmente impiantabile per l'accesso venoso centrale, composto da un serbatoio collegato ad un catetere venoso. Il serbatoio è composto da un setto perforabile con un ago speciale (ago di Huber), attraverso il quale si possono fare prelievi ematici, terapia endovenosa e mezzi di contrasto.

Quando è indicato il Port

Il Port è molto utile in tutti i casi in cui sia necessaria per lungo tempo la disponibilità di un accesso venoso. È fortemente indicato nei casi in cui sia prevista la somministrazione endovenosa di sostanze che irritano e danneggiano le vene (chemioterapia, nutrizione parenterale), a cicli, per lunghi periodi. Il Port essendo un dispositivo totalmente impiantabile consente una gestione più semplice rispetto ad altri cateteri venosi garantendo al paziente uno stile di vita migliore.

Come viene impiantato il Port

L'impianto richiede un piccolo intervento chirurgico che viene eseguito in regime di Day Hospital. Esso viene effettuato in anestesia locale e richiede di norma non più di 30-40 minuti. Durante la procedura si potrebbe avvertire leggero bruciore o fastidio, al momento dell'iniezione dell'anestetico locale, e una sensazione di pressione, ma nel complesso la tecnica è indolore. Il Port viene posizionato circa 4-6 cm al di sotto della clavicola. Esternamente sarà visibile solo una piccola area cutanea rilevata. L'intervento consta di due fasi:

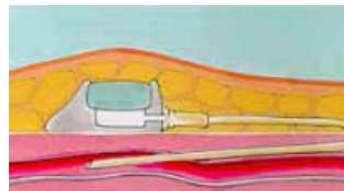
- Incannulazione della vena
- Impianto del serbatoio

Incannulazione della vena

In anestesia locale, tramite puntura percutanea ecoguidata, viene incannulata una grossa vena centrale. All'interno della vena verrà posizionato il catetere venoso.

Impianto del serbatoio

Si effettua, in anestesia locale, una piccola incisione cutanea di circa 3 cm sotto la clavicola, in modo tale da creare una tasca sotto la cute dove alloggiare il serbatoio, che verrà connesso al catetere venoso. L'incisione viene richiusa con 3-4 punti di sutura.



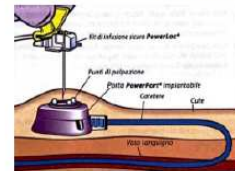
Serbatoio Port impiantato

Dopo l'intervento

Nelle prime 24-48 ore dopo l'intervento, è possibile la comparsa di un modesto dolore a livello dell'incisione chirurgica, comunque trattabile con blandi analgesici. Nel corso della prima settimana evitare qualsiasi sforzo fisico per il pericolo di uno spostamento del serbatoio. La medicazione della ferita va fatta presso l'ambulatorio di Oncologia il martedì e il giovedì dalle 10:30 alle 11:30 senza appuntamento, fino a completa cicatrizzazione. I punti di sutura potranno essere rimossi dopo 10-15 giorni dall'intervento. Quando la ferita sarà completamente cicatrizzata sarà visibile una piccola rea rilevata sotto la pelle.

Uso del Port

L'accesso al Port deve essere effettuato da personale esperto. Il Port si punge con un particolare ago (ago di Huber) che è dotato di una prolunga per la connessione delle flebo e delle pompe infusionali. L'ago viene coperto e fissato con medicazioni particolari e può rimanere in sito fino ad una settimana. In questi casi fare attenzione a fare la doccia evitando di bagnare la medicazione. Il Port va lavato sempre dopo ogni suo utilizzo. Se non utilizzato il Port va lavato almeno una volta ogni 30-40 giorni presso l'ambulatorio di Oncologia il martedì e il giovedì dalle 10:30 alle 11:30 senza appuntamento.



Accesso al Port con ago di Huber