

INDICAZIONI E SCELTA DEL DISPOSITIVO

Esistono controindicazioni al PICC- port che può dare l'oncologo?

Ha indicazione usare un PICC-port nei pazienti terminali?

In pazienti già con metastasi dove si prevede una durata di terapia lunga che vada oltre un anno, si può comunque impiantare un PICC-port?

Il PICC-port ha le medesime indicazioni del port toracico. La scelta tra PICC-port e port toracico (senza dimenticare la opzione di un port femorale o 'FICC-port') si basa su un giudizio strettamente tecnico, che deve essere espresso dall'impiantatore piuttosto che dall'oncologo.

La durata del trattamento e il tipo di trattamento (che rientrano nelle competenze dell'oncologo) in realtà non influenzano significativamente la scelta tra PICC-port e port toracico.

Si può usare il PICC-port in un paziente onco-ematologico in fase acuta o solo per consolidamento?

Può essere utilizzato per infusioni di cellule staminali?

In ambito ematologico, può essere utile il PICC-port per pazienti con mieloma multiplo sottoposti a terapie a lungo termine?

Per quale motivo non è stata presa in considerazione la branca ematologica? Viene considerata appartenente all'oncologia o ci sono altri limiti o impedimenti?

Il PICC-port può garantire flussi adeguati nel paziente onco-ematologico?

Credo che il PICC-port sia un dispositivo adatto ai pazienti con mieloma multiplo, sia per decorso clinico che terapeutico. Esatto?

Le indicazioni e controindicazioni del PICC-port in onco-ematologia sono le medesime del port toracico: va utilizzato specialmente nei pazienti non ospedalizzati con necessità di chemioterapia endovenosa ogni 7-10-15-21 giorni, come può capitare nel mieloma multiplo, nei linfomi di Hodgkin e nei linfomi non-Hodgkin. Non è indicato nel trattamento delle leucemie in fase acuta, né nel trapianto di midollo – situazioni in cui hanno massima indicazione i PICC in poliuretano 'power injectable' ad alto flusso.

Si può posizionare un PICC-port sostituendo su guida un PICC precedentemente impiantato?

Un PICC può diventare in un secondo tempo un PICC-port?

Pur essendo tecnicamente possibile, la manovra è sconsigliata per il rischio di contaminazione batterica durante la manovra di sostituzione (si pensi ad esempio al fatto che il sito di emergenza di un PICC è inevitabilmente contaminato e rischierebbe di rendere 'sporco' il confezionamento della tasca).

Nel caso si debba procedere all'infusione di nutrizione parenterale e avendo un PICC-port qual è la strategia migliore, infondere o programmare l'impianto di un dispositivo più adatto?

Il PICC-port è compatibile con la nutrizione parenterale totale?

Possiamo utilizzare il PICC-port per l'infusione di nutrizione parenterale?

Le indicazioni e i limiti del PICC-port nell'ambito della nutrizione parenterale sono i medesimi dei port toracici. Ovvero: l'utilizzo di un port per nutrizione parenterale è sempre una seconda opzione, poiché (a) il rischio di occlusione da lipidi è maggior per i port che per i cateteri esterni, (b) se utilizzato per nutrizione parenterale, il rischio infettivo di un port è lo stesso di un catetere esterno, e (c) la velocità di flusso è limitata dal calibro dell'ago di Huber. Ciononostante, in situazioni molto particolari, i port possono essere usati per nutrizione parenterale, purché si sia consapevoli di queste potenziali criticità.

Avete indicazioni e/o esperienze per i PICC-Port in ambito pediatrico?

Indicazioni di impianto in popolazione pediatrica?

In onco-ematologia pediatrica è indicato l'impianto di un PICC-port? e se sì quando?

Le indicazioni e controindicazioni del PICC-port in ambito pediatrico sono esattamente le stesse del port toracico. Ovviamente, se sussiste indicazione al posizionamento di un port in ambito pediatrico è bene prendere in considerazione come prima opzione il PICC-port, certamente meno invasivo e meno rischioso nel posizionamento. Purtroppo, nel bambino le vene profonde del braccio nella zona gialla/verde di Dawson frequentemente non arrivano a 5 mm di diametro, e quindi diventa necessario ricorrere ad un port toracico.

Rispetto un port toracico è chiaro che sia ottimale per molti motivi. Ma rispetto un PICC, escluso il motivo di gestione e medicazione perché preferirlo?

Il PICC port come efficacia e durata è uguale a PICC + ancoraggio sottocutaneo + tunnellizzazione?

PICC e port hanno diverse indicazioni. I PICC sono adatti sia nel paziente ospedalizzato che nel paziente non-ospedalizzato, mentre i port (PICC-port o port toracici o port femorali) sono appropriati sempre e soltanto per il paziente non ospedalizzato. Nell'ambito del paziente non ospedalizzato, in linea generale, i PICC sono appropriati per l'utilizzo di breve durata (meno di 3-4 mesi) e comunque per un accesso frequente (più frequente di una volta per settimana), come avviene per le cure palliative e per la nutrizione parenterale domiciliare; i port sono appropriati per utilizzi di lunga durata (più di 3-4 mesi) e soprattutto per un accesso infrequente (meno frequente di una volta per settimana), come avviene per la chemioterapia antitumorale.

In che modo il PICC-port è più economico rispetto al Port toracico?

Nella maggior parte delle strutture, i port toracici vengono ancora impiantati in ambienti ad alto costo (sala operatoria o sala radiologica), attivando molto personale (chirurgo, anestesista, strumentista, tecnico di radiologia), e usando apparecchiature ad alto costo quanto inutili (fluoroscopia). I PICC-port nascono invece come un dispositivo da impiantare in ambienti a basso costo (sala procedure), con minimo utilizzo di personale (un impiantatore + un assistente) e usando apparecchiature non invasive, precise e a basso costo (ecografo e monitor ECG).

Alcuni oncologi non vogliono il Picc Port per le infusioni continue con elastomero, perché non si svuoterebbero in tempo. Ha un rationale questa richiesta?

Si tratta di una osservazione senza basi logiche. La velocità di flusso di un port (che sia PICC-port o port toracico) non è determinata dalle dimensioni del reservoir o del catetere, bensì dal calibro dell'ago di Huber.

TECNICA DI POSIZIONAMENTO

Quanto 'conviene' usare o non usare la sala operatoria per l'impianto di PICC-port?

Il PICC-port viene impiantato unicamente in sala operatoria o anche in ambulatorio?

Il PICC-port dovrebbe essere impiantato in una sala procedure attrezzata (con monitor ECG, ossigeno, saturimetro, ossigeno, etc.); l'uso della sala operatoria si configura sempre come uno spreco di risorse, poiché aumenta notevolmente i costi dell'impianto senza aumentare la sicurezza del paziente o dell'operatore.

E' importante la scelta del lato anche per i PICC-Port?

Come per i PICC, la scelta del lato è importante: occorre evitare il braccio con alterazioni vascolari (es. pregresse trombosi), neuromuscolari (es. paresi di vecchia data), osteo-articolari (es. anchilosi o fratture), linfatiche (es. pregressa linfadenectomia ascellare), o dermatologiche (es. infezioni o altre alterazioni patologiche).

Nelle pz con svuotamento del cavo ascellare c'è un tempo dopo il quale si può posizionare un PICC/PICC-port sul lato interessato?

L'exeresi dei linfonodi ascellari nella chirurgia della mammella controindica sempre l'impianto di PICC-port?

Una pregressa linfadenectomia ascellare (anche di vecchia data) costituisce sempre una controindicazione al posizionamento di un PICC o di un PICC-port.

Si è parlato di indicazione al PICC-Port nelle dermatiti; ma se la dermatite è estesa anche al braccio?

Qualsiasi alterazioni dermatologica del braccio costituisce una controindicazione (relativa) al posizionamento di un PICC o di un PICC-port. In realtà, le follicoliti suppurative da cetuximab tendono a localizzarsi più frequentemente al torace che non agli arti superiori. Per questo motivo, la previsione di un trattamento con questi anticorpi monoclonali costituisce una indicazione al PICC-port piuttosto che al port toracico.

I pazienti in TAO quanto tempo prima del posizionamento del PICC port devono interrompere la terapia?

La piastrinopenia è una contro-indicazione?

L'aspirina va sospesa?

Il posizionamento del PICC port ha controindicazione nel paziente scoagulato?

Per la rimozione di un PICC-port in paziente scoagulato quali accorgimenti adottare?

In presenza di alterazioni della coagulazione (indotte da farmaci o da patologia), ci si comporta per l'impianto/rimozione dei PICC-port come per i port toracici: la presenza di un valore di piastrine inferiore a 50mila è una controindicazione; se il paziente è in terapia con un solo antiaggregante (es. aspirina), non occorre sospenderlo; se il paziente è in terapia con doppio antiaggregante, uno dei due va sospeso; se il paziente è in terapia con dicumarolici, è bene fare la manovra mantenendo l'INR nei limiti più bassi di efficacia; se il paziente è in terapia con i nuovi anticoagulanti orali, questi vanno sospesi 24-48 ore prima (a seconda del farmaco e della funzionalità renale); se il paziente è in trattamento con eparina a basso peso molecolare, la manovra va eseguita almeno 12-24 ore dopo la ultima dose (a seconda del dosaggio). Ulteriori dettagli sono disponibili nella Consensus GAVECeLT su questo tema, di prossima pubblicazione su Journal of Vascular Access.

Nei linfomi mediastinici dove i linfonodi possono ridurre il lume dei vasi, posso iniziare terapie con catetere più corti?

Assolutamente no. In presenza di una compressione/ostruzione della cava superiore da linfonodi, è bene posizionare un accesso per via femorale (FICC o FICC-port)

Ho letto le raccomandazioni INS 2021: indicano una percentuale di occupazione del dispositivo nella vena del 45%. cosa ne pensate?

Non vi sono attualmente forti evidenze per propendere per la regola del 45% vs. la regola del 33%; per considerazioni basate sulla sicurezza, il GAVeCeLT (e altre linee guida internazionali) attualmente raccomandano di attenersi preferibilmente alla regola del 33%.

Si può posizionare un PICC-port anche su un paziente con edemi diffusi?

La presenza di edemi diffusi non costituisce una controindicazione.

È possibile l'impianto in pazienti molto magri?

Ovviamente sì, anche se sarà opportuno scegliere un reservoir di dimensioni appropriate.

I pazienti non eleggibili per l'impianto di PICC-port per incompetenza dei vasi brachiali vengono avviati al Port toracico?

Sì. Se il paziente desidera fortemente un reservoir al braccio (ad esempio per motivi estetici), si può però impiantare un port con tunnellizzazione 'chest-to-arm' (ovvero, venipuntura centrale + tunnellizzazione e confezione della tasca sopra il bicipite).

Fissate la camera con punti di sutura? Se sì, con fili riassorbibili o non?

Come per i port toracici, anche per i PICC-port il reservoir non va fissato alla fascia se non in casi eccezionali (ad esempio quando si sia confezionata per errore una tasca troppo ampia).

Nei gravi obesi il rischio di kinking del catetere in ascella non è troppo elevato considerando che il PICC-port è un catetere totalmente impiantato?

Non è mai stato riscontrato questo problema, né con i port brachiali né con i nuovissimi PICC-port.

Il catetere del PICC-port va inserito esclusivamente in vena brachiale, o si può utilizzare la basilica?

Si utilizza la vena profonda di maggior calibro e di più facile puntura, tra quelle disponibili nella zona gialla e nella zona verde di Dawson (vena basilica; vena brachiale; vena ascellare).

Perché è preferibile impiantare il port al confine tra zona gialla e verde?

La tasca va confezionata sopra il bicipite, a metà braccio, in una posizione che sia comoda per il paziente e per l'operatore sanitario che posizionerà l'Huber. Nella maggior parte dei casi, questa posizione coincide con il passaggio tra zona gialla e zona verde: ma non si tratta di una regola.

L'incisione è preferibile trasversale o longitudinale?

Trattandosi di una incisione assai breve, non c'è molta differenza, anche se la maggior parte degli impiantatori trova più comoda la incisione trasversale.

Durante l'inserzione del PICC-port è necessario usare il mandrino per favorirne la corretta introduzione?

No. Se si vuole favorire il direzionamento corretto del catetere, la prima raccomandazione è utilizzare cateteri in poliuretano piuttosto che in silicone; inoltre, per facilitare il passaggio in anonima ed evitare il formarsi di 'loop' intravascolari, altra buona pratica è inserire il catetere dopo averlo 'armato' con la medesima guida metallica in nitinol usata per la venipuntura.

Nelle tunnellizzazioni lunghe c'è un rischio di sovradosaggio di lidocaina?

No. La tunnellizzazione del catetere di un PICC-port (quando necessaria) non è mai lunga e la quantità di anestetico necessaria è minima. Comunque, è bene non utilizzare più la lidocaina bensì anestetici locali più moderni (più potenti, meno tossici, meno irritanti), come ad esempio la ropivacaina.

Vorrei chiedere se nel 'bubble test' è preferibile la posizione seduta piuttosto che supina e quanta soluzione fisiologica è sufficiente.

Le camere cardiache si vedono bene in ecocardiografia mediante proiezione sottocostale sia in posizione supina che in posizione seduta. E' ovvio comunque che la maggior parte degli impianti vengono eseguiti con paziente supino o (meglio) semi-seduto. Un volume di fisiologica 'shakerata' pari a 10 ml è più che sufficiente.

Esiste il rischio di malposizionamenti primari del PICC-port, ad esempio con punta in vena giugulare interna?

Il malposizionamento primario può e deve essere sempre evitato, usando in maniera combinata la 'tip navigation' mediante ecografo e la 'tip location' mediante ecografo e ECG intracavitario.

GESTIONE

La rimozione dell'ago di Huber va fatta a pressione positiva per evitare l'aspirazione di sangue. Non credete sia utile divulgare questa problematica poco discussa?

Assolutamente vero. Attualmente, le uniche strategie per rimuovere l'Huber lasciando una pressione positiva prevedono: (a) la rimozione dell'ago di Huber con prolunga mediante due operatori (un operatore mantiene fisso il reservoir e toglie l'ago, mentre il secondo operatore infonde); (b) la rimozione dell'ago di Huber retto connesso con siringa 'luer lock' (il medesimo operatore mantiene fisso il reservoir mentre toglie l'ago infondendo fisiologica); (c) l'utilizzo di aghi di Huber speciali, che al momento della rimozione (attuabile anche da un solo operatore) rilasciano automaticamente un piccolo volume di fisiologica dentro il sistema.

La sensibilità di puntura con l'ago di Huber nella zona del PICC-port è aumentata o risulta uguale a quelli dei toracici?

Alcuni pazienti si lamentano di forte dolore alla puntura del PICC-port. Dipende dalla sede in cui viene confezionata la tasca?

La cute del braccio al di sopra del bicipite è sicuramente più delicata e più sensibile della cute della regione sopraclaveare al di sopra del pettorale. Ciò comporta una più frequente necessità di utilizzare pomate anestetiche (con prilocaina/lidocaina) prima della puntura, particolarmente in pazienti pediatriche o agofobici.

Utile sarebbe avere il dato del "priming volume" del dispositivo - dato purtroppo poco inserito.

Si tratta di un dato senz'altro utile. Il 'priming volume' di un PICC port comunque non è molto diverso da quello di un port toracico 'very low profile'. Ai fini del lavaggio di routine prima e dopo ogni infusione, è bene utilizzare per qualunque port inserito in un paziente adulto un volume di 10 ml di fisiologica.

Per il mezzo di contrasto, se proprio non si trova altro accesso venoso l'ideale potrebbe essere, secondo voi, modificare quindi ridurre la velocità di flusso del mdc?

Si potrebbe somministrare il mezzo di contrasto?

Ha quindi senso o meno sostituire sistematicamente i Port e i PICC Port in poliuretano con quelli Power?

Perché non si può usare per i mezzi di contrasto? Nella mia esperienza i PICC vengono utilizzati per questo scopo.

Quanto alla infusione di mezzo di contrasto, i PICC-port hanno le medesime indicazioni e controindicazioni dei port toracici. L'utilizzo di un port per la infusione di mezzo di contrasto è sempre una seconda opzione, considerando il rischio occlusivo (i mezzi di contrasto usati per la TC e la RM hanno altissima viscosità) e il rischio infettivo (legata alla frequente mancanza di addestramento di radiologi e infermieri di radiologia nella gestione dei port). La velocità di flusso del PICC-port non differisce da quello del port toracico, poiché è legata sostanzialmente al calibro dell'ago di Huber. Inoltre, poiché l'ago di Huber funge da 'collo di bottiglia' durante la infusione, anche la infusione ad alta pressione (es. 300 PSI) non si concretizza in un aumento di pressione significativo dentro la camera del reservoir. In altre parole, danni meccanici del port sono altamente improbabili, anche utilizzando sistemi non 'power injectable'. Il rischio di occlusioni è invece molto alto, a meno che non vi sia un operatore sanitario che intervenga con un lavaggio manuale a pressione ('pulsante') con 20 ml di soluzione fisiologica, subito dopo la infusione di mezzo di contrasto.

Se non si può utilizzare per nutrizione parenterale o mezzo di contrasto, che senso ha mettere un PICC-port in pazienti oncologici ed ematologici che frequentemente sono sottoposti a tali trattamenti?

Esattamente come i port toracici, anche i PICC-port non sono mai la prima opzione né per la nutrizione parenterale né per il mezzo di contrasto. L'utilizzo di un port per queste due indicazioni va attentamente soppesato di caso in caso, bilanciando i rischi (ostruzione del sistema) con i benefici.

Vi sono controindicazioni (come per il PICC) riguardo a sforzi, sollevamento pesi, pazienti che vanno a caccia, etc., come rischio di spostamento? avete esperienze?

La prosecuzione dell'attività lavorativa manuale di intensità moderata può rappresentare limitazione per PICC-port?

Sia per il PICC che per il PICC-port, una intensa attività fisica con il braccio può comportare il rischio di malposizioni secondarie. Da notare che una intensa attività fisica con aumento della pressione toracica (flessioni, sollevamento pesi) comporta un rischio di malposizioni secondarie anche per i port toracici.

Ci sono dati riguardo alle infezioni intraluminali PICC vs PICC-port?

Non vi sono dati di confronto diretto, trattandosi di due dispositivi con diversa indicazione. In media, comunque, tutti i sistemi totalmente impiantabili (se utilizzati bene, per terapie discontinue, e NON per nutrizione parenterale) hanno un rischio infettivo minore rispetto ai cateteri esterni (PICC inclusi).

Qual è la posizione più indicata per posizionare l'ago di Huber?

La domanda non è chiara, ma probabilmente si riferisce alla posizione ideale del reservoir nel braccio. La posizione ideale non è definita, ma va decisa caso per caso tenendo conto della comodità del paziente e della comodità di accesso al reservoir da parte dell'operatore che inserirà l'Huber. In linea generale, posizioni più laterali sul bicipite sono considerate più comode.

Viene usato frequentemente per il prelievo di sangue? A lungo termine ci sono maggiori casi di ostruzione rispetto un PICC?

Sia per il PICC-port che per il port toracico, il prelievo di sangue dal port andrebbe eseguito soltanto (a) in comprovata mancanza della possibilità di un'altra sede per il prelievo, oppure (b) nell'ambito di un prelievo per emocoltura simultanea (da periferia e da catetere) per escludere/confermare una infezione catetere-correlata. L'utilizzo routinario del port per prelievi comporta infatti un aumento del rischio di occlusione e di infezione.

Per quanto tempo può essere utilizzato il PICC-port?

Dopo quanto li rimuovete? come il port o il PICC?

Che durata possiamo aspettarci per un impianto di PICC-port? Prolungata anche per anni o limitata ai 6 mesi circa come per un PICC?

Come per i port toracici o per i PICC (e come per qualsiasi dispositivo accesso venoso nel paziente adulto), non vi sono limiti di tempo. Un dispositivo venoso va rimosso (a) quando non è più utile, (b) quando non è più appropriato all'utilizzo clinico previsto, (c) quando è sede di complicanza che richiede la rimozione, (d) quando il paziente rifiuta di mantenerlo.

In particolare, non vi sono evidenze per pensare che la aspettativa di durata di un PICC-port sia inferiore o superiore a quella di un port toracico.

Attualmente la gestione di un port è stabilita da più fonti a un flush di 10 ml di fisiologica ogni 3 mesi. Stessa cosa per il PICC-port?

Le raccomandazioni valide per il port toracico valgono anche per il PICC-port: il flush e il lock vanno fatti con fisiologica (e non più con soluzione eparinata); in caso di non utilizzo, il lavaggio può essere fatto anche ogni 3 mesi.

Essendo molto piccolo il reservoir, può essere difficile l'inserimento dell'ago di Huber, soprattutto a domicilio?

Le evidenze indicano l'opposto: il reservoir al braccio è di solito (per personale addestrato) più facilmente localizzabile e pungibile rispetto al reservoir sottoclaveare.

Ci sono aghi di Huber più indicati su PICC-port per terapie continue di 2/3 gg?

L'ago di Huber va scelto del calibro più appropriato (a seconda del flusso richiesto: 19G, 20G, 21G) e della lunghezza appropriata (a seconda della profondità del reservoir: 15-20-25 mm). La durata della terapia ha scarso impatto sulla scelta dell'ago di Huber.

Essendo necessario una creazione di tasca, qual è la facilità di crearne una nuova nello stesso braccio?

Di solito, non vi sono problemi. Dipende comunque dalla cicatrice residua e dalla sua collocazione.

Non risulta scomoda l'infusione continua con un PICC-port? Non si associa ad un rischio di dislocazione dell'ago?

Su questo i pareri in letteratura divergono. Secondo alcuni, poiché il braccio è più mobile della regione sottoclaveare, il rischio di dislocazione è maggiore. Secondo altri autori, è più facile stabilizzare l'ago di Huber sul braccio – fasciandolo appropriatamente – che non nella regione sottoclaveare, e quindi il rischio di dislocazione sarebbe minore. Non vi sono dati conclusivi.

COMPLICANZE

Ma è da rimuovere sempre il PICC-port in caso di trombosi?

*Nel caso di complicanza trombotica nel PICC-port in paziente scoagulato la cannula si utilizza ?
Qualcosa mi sfugge.... ma in caso di trombosi si può rimuovere nell'immediato? O bisogna attendere che la trombosi vada in regressione?*

Il trattamento della trombosi venosa da PICC-port è il medesimo della trombosi venosa da port toracico. Ovvero: (1) la diagnosi è preminentemente clinica, ma confermata dalla ecografia; (2) va iniziato subito un trattamento anticoagulante sottocute con eparine a basso peso molecolare o con fondaparinux; (3) il port può essere usato tranquillamente, tranne nei rari casi in cui la trombosi venosa si verifichi presso la punta (in cava superiore) e quindi si associ a malfunzionamento del sistema; (4) la rimozione del port va presa in considerazione soltanto se sussistono altri motivi per la rimozione (port infetto o non più utile o malposizionato o malfunzionante), e nel caso va preferibilmente attuata dopo almeno 4-7 gg di trattamento anticoagulante.

Le trombosi non hanno inficiato l'utilizzo del PICC-port, come le avete trattate per riabitare la camera?

Attenzione: la trombosi venosa catetere correlata non ha niente a che vedere con la occlusione del catetere da coaguli!

La trombosi venosa va trattata con anticoagulazione per via sistemica (vedi sopra)

La occlusione va trattato con metodi idraulici o farmacologici (vedi le Raccomandazioni GAVeCeLT 2021, presenti sul nostro sito).

Nei pazienti in CID con trombosi come vi regolate?

La presenza simultanea di una trombosi da PICC-port e di una CID è un evento più eccezionale che raro. Ovviamente, in questi casi (se mai si verificassero), va instaurato il trattamento appropriato per la CID, indipendentemente dalla presenza o meno di una trombosi da port.

Si sono evidenziate complicanze compressive sul nervo mediano o arteria brachiale in un impianto di PICC-port?

Questa complicanza può avvenire soltanto se la tasca del reservoir è confezionata erroneamente a livello del solco bicipito-omeroale anzi che sul muscolo bicipite.

Complicanze durante la rimozione?

L'unica complicanza descritta (rara) è un ematoma nella sede della rimozione. Normalmente, la rimozione di un PICC-port è manovra più facile e più semplice della rimozione di un port toracico.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Salve, l'impianto del PICC-port è di competenza medica?

Esiste un documento ufficiale e condiviso nel quale venga esplicitamente riportato che il posizionamento di un PICC-port è anche di competenza infermieristica?

L'impianto di PICC-port, esattamente come l'impianto di un port, è una procedura assistenziale, e non certo una procedura terapeutica o diagnostica. Come tale rientra nel profilo professionale sia dell'infermiere che del medico che (a patto che ci sia stato un training adeguato).

Fare la tasca per il PICC-port non rientra in un atto chirurgico? quale responsabilità per l'infermiere, anche se adeguatamente formato?

La confezione della tasca prevede l'utilizzo di strumenti chirurgici (come altre manovre fatte dagli infermieri: si pensi al trattamento cruento delle lesioni da decubito), ma non è un trattamento chirurgico: siamo sempre nell'ambito di una manovra assistenziale. Ovviamente, l'infermiere che si appresta a eseguire la manovra deve essere appropriatamente addestrato (ma la stessa cosa vale anche per il medico!). Altrettanto ovviamente, chiunque faccia la manovra (che sia medico o infermiere, la cosa non cambia), risponde di eventuali danni al paziente occorsi per negligenza o imperizia.

In molte realtà si sostiene ancora che il medico debba entrare in corso di procedura per confezionare la tasca. E' corretto?

La cosa avrebbe un senso se il primo operatore (medico o infermiere) non fosse addestrato alla confezione della tasca ed invece il secondo operatore (medico o infermiere) fosse particolarmente esperto in tale manovra. Sicuramente però, è molto più sensato e costo-efficace che sia il medesimo operatore (medico o infermiere) a portare a termine in modo autonomo l'intera procedura.

C'è differenza tra la procedura assistenziale di confezionamento di una fistola artero-venosa e quello di una tasca da port?

Domanda interessante. Entrambe sono procedure assistenziali e non 'atti terapeutici'. Però, la complessità della procedura e la lunga durata della curva di apprendimento (soprattutto delle tecniche di confezione delle anastomosi vascolare) fanno sì che l'addestramento di un infermiere al solo scopo di fargli confezionare una fistola arterovenosa (cosa che comunque accade in altri Paesi, ad esempio in USA) non sia da considerarsi costo-efficace o logisticamente conveniente. Occorre anche il buon senso: la confezione di una fistola artero-venosa richiede un 'know-how' così specifico da risultare più comodo e più immediato affidare la manovra ad un operatore con esperienza in chirurgia vascolare.

Anche se il posizionamento del PICC-port non va considerato atto medico, la tip location con ECG endocavitario non è una procedura diagnostica (e quindi medica)?

La 'tip location' mediante ECG intracavitario non ha nulla di 'diagnostico'. La evidenziazione della posizione in cui la P ha la massima altezza non comporta alcuna 'diagnosi' di alcuna patologia del paziente! E' semplicemente una metodologia per rendere più accurata e precisa la manovra di posizionamento del PICC-port.

TRAINING

Per chi è digiuno di corsi e master cosa consigli di fare prima? o si potrebbe fare contemporaneamente?

Il personale che vuole approcciarsi all'impianto può solo farlo con training formativo su campo?? senza fare alcun corso teorico di perfezionamento?

Visti i numeri elevati dell'utilizzo di questi nuovi accessi vascolari (PICC-port) come mai non viene fatta una preparazione già in ambito universitario?

Percorso formativo = master universitario giusto?

Qual è il percorso più opportuno per formarsi all'impianto del PICC-port per chi già impianta PICC?

L'addestramento al posizionamento di PICC-port prevede un percorso formativo adeguato, che deve essere strutturato secondo le indicazioni della Consensus WoCoVA (2013) e delle linee guida ESA (2020). La formazione 'fai-da-te' va scoraggiata.

Esistono al momento sia corsi di addestramento sia universitari che non universitari, che comunque sempre rispettano le raccomandazioni delle linee guida internazionali.

Il Master Universitario sugli accessi venosi, se ben strutturato (si veda quello istituito da quasi 20 anni presso la Università Cattolica di Roma), dovrebbe fornire una preparazione culturale su tutti gli aspetti di tutti gli accessi venosi, e come tale costituisce un bagaglio di conoscenze prezioso per chi impianta PICC, o PICC-port, o port toracici. Il Master non può comunque sostituire un corso di addestramento appropriato.

In via collaterale, è osservazione comune che l'operatore già addestrato nel posizionamento di PICC ha un percorso 'facilitato' e più rapido quando intraprende un corso di addestramento al posizionamento di PICC-port.

La gestione di un PICC-port richiede una preparazione diversa rispetto alla preparazione attuale per i classici accessi vascolari?

Si è pensato a programmare l'implementazione di un training per la corretta gestione della puntura dei PICC-port?

Al momento non esistono corsi specifici per la gestione dei PICC-port. Tra le opzioni percorribili in futuro, la più conveniente probabilmente è quella di inserire nozioni sulla corretta gestione dei PICC-port in quei corsi finalizzati ad addestrare nella gestione dei port in generale.