

Editoriale in collaborazione con il GdS-SIN per gli Accessi Vascolari

Team dell'accesso vascolare: modelli organizzativi

L. Carbonari¹, F. Galli², L. Tazza³

¹SOD Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, Centro di Riferimento Regione Marche per gli Accessi Vascolari in Emodialisi

²già Responsabile dell'attività di Chirurgia dell'Accesso Vascolare per Emodialisi presso la Divisione di Nefrologia, Fondazione S. Maugeri, Pavia

³UO Dialisi, Dipartimento Scienze Chirurgiche, Policlinico 'A. Gemelli', Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

VASCULAR ACCESS MEDICAL TEAM: ORGANIC MODELS

ABSTRACT. At present day, nephrologists have to face all clinical aspects linked to chronic kidney disease, especially those related to hemodialysis therapy. Nephrologists themselves have to provide vascular access from arrangement to surveillance and upkeep to provide patients less discomfort as possible in starting hemodialytic treatment.

Despite other European and extra - European countries, vascular access policy it's not standardized in Italy; every Dialysis Unit provides itself confident with own nephrologists skill and experience without any team work, but only founded on individual availability.

Taking a look on Italian vascular access historical background, we have selected three managements approaches linked both to historical background and, on the other hand, to development of new medical devices and specialized know - how.

First approach to vascular access policy has to be identified with nephrologist who prepare and completely manage vascular access for hemodialysis treatment; second approach detect nephrologist as physician who delegates vascular access packaging to vascular surgeon or other surgeons losing data on patient's vascular outcome. Ideal picture should be so called "integrated structural model" in which vascular surgeon and operative radiologist interact with nephrologist who manage all vascular access packaging process. This approach should include professional responsibilities among various physicians sharing vascular access packaging together with refunds from local governments. D.R.G. based refund can affect treatment's policy of chronic kidney disease patients and our health departments do not pay enough attention to vascular access management. We have to plan all strategies to better identify and minimize every kind of clinical risk trying to reward the teamwork efforts. It's time to understand that vascular access policy has to take part of hemodialysis therapy quality standard; we have also to underline that the "integrated structural model" actually represent our best solution at disposal.

KEY WORDS. Hemodialysis, Vascular access policy, Economics, Healthcare structural model



Luciano Carbonari

Accesso vascolare per emodialisi: chi fa e che cosa, oggi

L'allestimento dell'accesso vascolare emodialitico nonché la gestione finalizzata al suo mantenimento nel tempo, richiedono sempre più che all'opera del nefrologo, che ha in cura il nefropatico e gestisce la terapia sostitutiva, si affianchi la collaborazione di altri specialisti. Il chirurgo vascolare, il radiologo interventista, l'infettivologo, ognuno per le proprie competenze, sono gli specialisti più spesso

chiamati a dare il loro contributo per risolvere situazioni alle quali il nefrologo, da solo, non è più in grado di fare fronte "arrangiandosi", come accadeva in passato, seppure in condizioni diverse dalle attuali. Se le caratteristiche della popolazione dialitica sono cambiate nell'ultimo ventennio e con esse le condizioni operative, immutato resta il ruolo cardine del nefrologo cui spetta il compito di porre l'indicazione ad iniziare la terapia sostitutiva e, nel caso venga scelta l'emodialisi, di predisporre, dopo necessaria e adeguata informazione del paziente, le indagini clinico/strumentali indispensabili per raggiungere i migliori risultati nell'allestimento dell'accesso vascolare.

Sempre al nefrologo spetta il non facile compito di ridurre al minimo gli effetti devastanti del *late referral* che comporta l'inizio tardivo e urgente della dialisi spesso effettuata con un accesso di fortuna, allestito dalle mani disponibili al momento e non sempre esperte. Viceversa, in condizioni elettive, il nefrologo, in analogia a quanto avviene in altre nazioni, o invia il paziente a consultazione dal chirurgo vascolare oppure procede di persona al confezionamento di una fistola o all'impianto di un catetere venoso centrale.

Differenti comportamenti negli altri Paesi

In USA, visto spesso come modello sanitario, la fistola è confezionata dal chirurgo (non obbligatoriamente vascolare) ed il catetere venoso applicato dal radiologo. Casistiche operatorie anche recenti di chirurghi vascolari USA descrivono risultati di pervietà dell'accesso talvolta poco confortanti, mediamente inferiori a quelli ottenuti in Giappone e in Europa. Sempre in USA la prevalenza degli accessi protesici, dovunque giudicati di qualità inferiore rispetto a quelli con vasi nativi, risulta più elevata che in Europa. Gli studi DOPPS, nel confronto tra i risultati ottenuti in diverse aree geografiche con differenti pratiche, hanno dimostrato che i migliori risultati in termini di qualità e durata dell'accesso, vengono raggiunti nei paesi dove l'opera del nefrologo – come supervisore o operatore - è diretta o prevalente. Non è facile spiegare i motivi per cui il chirurgo vascolare, lo specialista più accurato ed esperto delle tecniche operatorie sui vasi, possa talora ottenere risultati più modesti rispetto ai nefrologi che sono divenuti chirurghi dell'accesso per necessità, più che per formazione. Una possibile spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che, in ultima analisi, l'accesso vascolare è per il nefrologo uno "strumento di lavoro e di cura", strumento con cui si confronta quotidianamente al punto di conoscerne potenzialità e, soprattutto, difetti che, se non corretti o eliminati, portano al malfunzionamento con cattiva somministrazione della terapia dialitica. Ma in Italia mancano evidenze scientifiche in proposito, evidenze che è assolutamente difficile registrare per l'elevata eterogeneità dell'organizzazione dei Centri Dialisi rispetto a questo problema; anche il Gruppo di Studi degli Accessi Vascolari della SIN ha più volte registrato come dalla sorveglianza al trattamento delle complicanze, il comportamento dei nefrologi differisca in maniera altamente significativa da centro a centro. Pertanto l'ipotesi che il nefrologo che gestisce direttamente l'accesso (anche confezionandolo) abbia risulta-

ti superiori rispetto ad altre figure specialistiche, resta da dimostrare sul versante strettamente scientifico.

Organizzazione dell'accesso vascolare in Italia

Per quanto riguarda la chirurgia dell'accesso vascolare per emodialisi, l'organizzazione (o la non organizzazione) strutturale assume in Italia connotati particolari. La laurea in Medicina e Chirurgia e l'Abilitazione all'esercizio professionale sono in Italia gli unici requisiti per esercitare la professione di medico quindi anche di chirurgo. Il possesso della Specializzazione in Chirurgia non risulta indispensabile per operare ed è spesso solo propedeutico per assumere cariche dirigenziali; fa eccezione la Radiologia, per l'esercizio della quale è espressamente necessario essere in possesso di specializzazione ad hoc. Per quanto attiene all'accesso vascolare, non vi sono specifici regolamenti o determinazioni che attribuiscono le competenze per la sua confezione ad uno specialista in particolare; il paziente che ne necessita, si trova a dipendere in prima e spesso "unica" istanza dal medico erogatore del trattamento emodialitico, sia esso generico o specialista, nefrologo o altro.

Diverse leggi regionali stabiliscono che il Dirigente della Struttura Complessa presso la quale il Servizio di Emodialisi è inserito sia dotato della Specializzazione in Nefrologia o altra equipollente; pertanto chi è responsabile della terapia emodialitica, deve dotare il paziente di tutto quanto necessario alla terapia stessa, accesso vascolare compreso. Come questo avvenga, dipende dall'organizzazione che ciascun responsabile di Struttura ha reso esecutiva; pertanto potrà demandare il confezionamento dell'accesso vascolare – sia esso chirurgico o tramite CVC - ad altri specialisti operanti presso la stessa struttura (chirurgo vascolare, chirurgo generale, talora il chirurgo dei trapianti, anestesista/rianimatore, radiologo interventista) oppure, se in possesso della necessaria esperienza e attrezzatura chirurgica, eseguire direttamente tale confezionamento. Può organizzarsi per far realizzare l'accesso anche da specialisti impiegati presso altre strutture, purché sia operante una convenzione o altro tipo di accordo.

Organizzazione sanitaria e rischio professionale

Le cause di risarcimento per attività chirurgiche riguardano sempre singoli pazienti che hanno affrontato un intervento. E' sul singolo caso che la Legge riesce ad identificare e a dimostrare la colpa del Medico e la con-

sequenzialità del danno subito dal Paziente. In realtà nella pratica clinica è frequente osservare che, anche in caso di assenza di colpa del Medico o di fronte a colpa minima, il Paziente risulti frequentemente e pesantemente danneggiato da carenze organizzative della Struttura presso cui riceve le cure.

Osservando la realtà italiana non è impossibile, seppur raro, individuare modelli organizzativi finalizzati al confezionamento e mantenimento dell'accesso vascolare emodialitico; dall'analisi di tali modelli è possibile rilevare i vantaggi anzitutto per il Paziente e i possibili, potenziali svantaggi, in termini di rischio professionale, per il Medico.

Sviluppo dell'emodialisi in Italia e modelli organizzativi

Come altre terapie specialistiche l'Emodialisi in Italia è sorta per la volontà e la tenacia di singoli "pionieri" che si sono dotati di primordiali monitor per dialisi dovendo, fra l'altro, affrontare e risolvere il problema dell'accesso vascolare. Nelle varie città questo è avvenuto negli anni 60' e 70', per opera di clinici che hanno intuito la possibilità, anche nel nostro paese, di poter continuare a curare i nefropatici che non rispondevano più alla terapia conservativa, con un'altra terapia (sostitutiva) in grado di mantenerli artificialmente in vita; la stessa intuizione, addirittura finalizzata al trapianto renale o alla cura di neoplasie, l'hanno avuta chirurghi ed urologi.

Tali pionieri, indipendentemente dalla loro estrazione culturale, hanno dovuto imparare, a volte in maniera autodidattica, le tecniche di confezionamento dell'accesso vascolare, sia dello shunt esterno arterovenoso (inventato da B. Scribner, un nefrologo) sia del cateterismo venoso femorale (introdotto da S. Sheldon, nefrologo); e le condizioni operative di allora erano molto diverse dalle attuali. Negli anni successivi i chirurghi italiani, a parte mirabili eccezioni di pochi che si sono dedicati con passione e grandi risultati all'accesso vascolare emodialitico avendone compresa l'importanza, non hanno mostrato mediamente interesse per tale pratica, lasciata al nefrologo, salvo intervenire solo se espressamente coinvolti per sopravvenute gravi difficoltà tecniche (non alla portata del nefrologo) o condizioni di ischemia periferica. Solo nell'ultimo decennio è cresciuto in Italia il gruppo di chirurghi vascolari interessati a tale attività; l'interesse coincide temporalmente con l'introduzione del sistema DRG, che conferisce alla chirurgia dell'accesso vascolare in regime di ricovero un rimborso separato da quello che riguarda la prestazione dialitica.

In Italia ora esistono modi diversi di approcciare e ri-

solvere la confezione e gestione dell'accesso vascolare dialitico; non esiste un modello organizzativo standard adottato da tutti i centri perché, come già accennato, le risorse e gli strumenti a disposizione sono molto differenti nei vari ospedali. Si può certamente affermare che tanto diverse sono le organizzazioni quanto simili i problemi che accomunano le varie dialisi, problemi peraltro più complessi di quelli degli anni '70. Oggi il trattamento emodialitico è a disposizione di tutti coloro che ne necessitano, indipendentemente dall'età e/o dalla presenza di altre patologie; questo successo della medicina, ha aumentato fortemente il numero di persone anziane in trattamento – portatrici fra l'altro di patologie vascolari – e nelle quali l'accesso vascolare è divenuto quasi una sfida. Pertanto dopo il confezionamento della prima fistola arterovenosa, non sempre realizzata con vasi nativi nella porzione distale dell'avambraccio, il suo possibile riconfezionamento e/o disostruzione chirurgica si rendono spesso necessari interventi endovascolari (trombectomie, angioplastiche) per continuare a contare sull'accesso nativo o protesico, rimandando il più possibile il ricorso al CVC. La riparazione delle fistole arterovenose native può richiedere l'uso di protesi vascolari o comunque interventi di una certa complessità tecnica (superficializzazioni, rivascolarizzazioni per ischemia, ecc) solitamente eseguiti da esperti chirurghi vascolari con specifica competenza in proposito. Parimenti all'applicazione di cateteri venosi femorali e giugulari, fanno spesso seguito trattamenti endovascolari radiologici, necessari per ristabilire la pervietà delle vene centrali inevitabilmente danneggiate dal dispositivo. Inoltre l'infezione dei cateteri venosi è causa frequente e ripetuta di batteriemie che richiedono ricoveri e terapie specialistiche da parte dell'infettivologo.

Modello organizzativo "primordiale"

Nel corso degli anni diversi responsabili delle dialisi, formati in parte dai loro maestri e a contatto con i vari specialisti (chirurgo vascolare, radiologo, infettivologo...), si sono impadroniti delle tecniche necessarie all'allestimento e mantenimento dell'accesso vascolare (almeno quelle alla loro portata), si sono dotati – quando hanno potuto - di una loro sala operatoria dedicata o sono ricorsi a quella istituzionale. Questa tipologia di modello organizzativo, che potremmo definire "nefrologico", vede ancora al centro, come avveniva negli anni '70, il nefrologo regista e primo attore dell'accesso vascolare. Un'organizzazione del genere, apparentemente utile e vantaggiosa, oggi non è più proponibile a chi, partendo da zero, intende occuparsi direttamente degli

accessi in maniera quasi esclusiva. Le ragioni sono abbastanza ovvie: a) le scuole di Specialità non preparano i futuri nefrologi a questo compito b) il rischio di errore, soprattutto laddove è carente l'esperienza, è molto superiore ai vantaggi e può condizionare pesantemente se non inficiarla la copertura assicurativa c) i pazienti, più informati di un tempo, sono sempre più attenti al risultato. Il rapido accrescimento e diffusione delle conoscenze specialistiche, la disponibilità di materiali e apparecchi (p.e. radiologici) in continuo progresso tecnologico, le necessità di aggiornamento specialistico costante rendono facilmente conto dei limiti evidenti di questo modello "troppo incentrato" su un'unica figura professionale.

Modello organizzativo polispecialistico

L'alternativa è un modello diverso e del quale si cominciano a vedere in Italia alcuni esempi, che potremmo definire "polispecialistico". In questo caso il nefrologo, responsabile della terapia dialitica, delega ad altri specialisti, a seconda delle necessità, il confezionamento e la cura dell'accesso vascolare. Gli specialisti coinvolti sono sempre gli stessi (chirurgo vascolare, radiologo interventista, infettivologo), ma con un ruolo diverso rispetto al modello precedente. Quando il paziente presenta un problema, si rivolge in prima istanza al nefrologo; questi, dopo aver messo a fuoco il problema, delega allo specialista di competenza la risoluzione. Il risultato è che il nefrologo, colui che gestisce l'accesso, finisce per essere "tagliato fuori" da tutto l'iter risolutivo e decisionale che condurrà alla confezione/riparazione dell'accesso. Il suo solo compito sarà quello di identificare i tempi in cui i singoli specialisti si rendono necessari. Al di là delle difficoltà relazionali che potrebbero ostacolare la realizzazione di tale modello, non si può non rilevare come l'autonomia con la quale comunemente ogni specialista affronta le consulenze, rischi in questo caso di generare risultati potenzialmente non utili al paziente. In altri termini non è detto che il semplice invio di un paziente al consulente chirurgo o al consulente radiologo riescano effettivamente a risolvere il problema del funzionamento dell'accesso e nei tempi necessari. Una variante particolarmente temibile di tale modello è quella in cui è lo stesso paziente che prende l'iniziativa di andare dal chirurgo a farsi confezionare l'accesso o dal radiologo a farselo correggere. La mancanza, da parte della specialista, della conoscenza dell'intero programma terapeutico, delle necessità depurative del paziente e di altre importanti informazioni nefrologiche può comportare insuccessi evitabili.

Il modello integrato ideale

E' ormai opinione diffusa, in ambito nefrologico nazionale, che, per affrontare i problemi di una realtà complessa come quella dell'accesso vascolare, sono necessari più specialisti che abbiano però in comune, prima di ogni altra qualità, una conoscenza, la più profonda possibile, dell'accesso vascolare dialitico.

Non basta ad esempio la disponibilità di un radiologo interventista considerato di "buon livello", ma ne occorre uno che conosca a fondo le problematiche dell'accesso vascolare per emodialisi e soprattutto sappia pianificare, al termine dell'intervento, la "mossa" successiva in quel paziente. Lo stesso vale per il chirurgo vascolare e per l'infettivologo. Se l'infettivologo – tanto per citare un esempio di una collaborazione che si rivela sempre più utile – ha scarsa esperienza di batteriemie correlate a catetere venoso da emodialisi, è logicamente più orientato a prescrivere l'asportazione del dispositivo, piuttosto che indicare come trattare il paziente cercando, in prima istanza, di salvare anche il catetere per effettuare il trattamento.

È necessario allora indirizzare determinate competenze specialistiche alle necessità del paziente conosciute, prioritariamente, dal nefrologo; solo condividendo progetti, percorsi e strumenti – qui primeggia il ruolo del nefrologo – si aumenta, e di molto, la probabilità di risultati positivi. Della condivisione deve far parte anche il paziente il quale, costantemente e adeguatamente informato dal nefrologo, avrà minori difficoltà a relazionarsi con gli specialisti esterni al suo reparto di dialisi. Perché il dialogo sia a più voci e in tempi adeguati è necessario che " gli attori sulla scena dell'accesso siano tra loro vicini e soprattutto capaci di recitare a soggetto seppur coordinati da una sapiente regia" .

Quali i requisiti per realizzare tale progetto? Occorre, anzitutto, che le conoscenze sull'accesso vascolare siano condivise e che si formi una cultura comune tra i vari specialisti operanti all'interno dello stesso gruppo. E' fondamentale, ad esempio, che il radiologo interventista o il chirurgo vascolare abbiano conoscenza diretta – acquisita in sala dialisi - dell'utilizzo dei vari accessi vascolari; ma, ancor prima, sarebbe fortemente auspicabile che l'insegnamento teorico sugli accessi vascolari venisse erogato istituzionalmente nelle varie scuole delle specialità coinvolte.

Non va poi dimenticato che tra i vari operatori dell'accesso un ruolo fondamentale spetta agli infermieri del centro dialisi che tre volte la settimana esaminano l'accesso, lo utilizzano e per primi ne valutano difficoltà ed efficienza. Per quanto loro non prendano parte direttamente alle fasi di progettazione, confezionamento e/o

trattamento chirurgico/ endovascolare, non è immaginabile dare corso a una buona gestione dell'accesso senza il loro totale coinvolgimento, ad iniziare da quello culturale. Infine in questo modello ideale assume un ruolo importante lo stesso paziente che deve essere costantemente informato sulle difficoltà a mantenere efficiente il suo accesso e sui rischi legati alle possibili complicanze; ne deriva la necessità di assumere comportamenti finalizzati a favorire la sorveglianza dell'accesso e a facilitare, attraverso una *compliance* consapevole, la rapida risoluzione dei problemi di malfunzionamento.

Il nefrologo “dializzatore”

Ma, come precedentemente anticipato, nel Gruppo integrato di Specialisti dell'Accesso, il ruolo chiave e certamente il più difficile rimane quello del nefrologo operante in dialisi. La sua responsabilità nella somministrazione della terapia dialitica gli impone di essere arbitro dei tempi e delle strategie.

Sempre al nefrologo spetta il compito di individuare che cosa sia più utile per il paziente: se anticipare la puntura di una fistola, a rischio di provocarne l'insuccesso, o lasciare il paziente in terapia conservativa oppure optare per un catetere venoso. Suo anche il compito di valutare i rilievi clinico-strumentali raccolti in ambito infermieristico confermandoli con l'esame obiettivo e le valutazioni strumentali pauci-invasive, al fine di porre indicazione a correzione di eventuale malfunzionamento. Per fare quanto sopra, anche e soprattutto il nefrologo dovrà costantemente aggiornarsi su trattamenti, tecnologie e tecniche riguardanti l'accesso vascolare, argomento che ancora oggi, in diversi ambienti qualificati della nefrologia italiana, viene considerato marginale. Diversamente il *nefrologo dializzatore*, poco attento e quindi poco sensibile al problema, rischierebbe di essere il maggiore ostacolo alla costituzione del Gruppo integrato di specialisti; si creerebbe in tal modo il paradosso dell'impossibilità di ottenere risultati pur avendo a disposizione strumenti importanti quali ottimi specialisti collaboranti.

Il modello organizzativo ideale – forse come tale il più difficile da realizzare – è il Team degli accessi vascolari operante in un'unica struttura ospedaliera. In pratica significa creare la possibilità di affrontare e risolvere i problemi dell'accesso vascolare attraverso un servizio erogato sull'arco di tempo di un intero anno senza interruzioni di alcun genere. Tale servizio avrebbe una particolarità: quella di essere operativo anche se “virtuale” sul versante strutturale; un servizio in qualche modo trasversale alle varie specialità coinvolte. Il ritorno, in termini di vantaggi per il paziente e indirettamente per

le Aziende che avrebbero la possibilità di ottimizzare risorse sempre meno corpose, è fuori discussione.

Ma per dare vita ad un modello come quello appena citato, non basta la disponibilità e l'entusiasmo dei vari attori; è necessaria una precisa volontà degli amministratori a prendere atto (e ad agire di conseguenza) che l'accesso vascolare è fra i problemi più importanti della dialisi.

Verso il modello integrato

Da quando gli ospedali pubblici si sono trasformati in Aziende Ospedaliere, le cure prestate attraverso vari tipi di ricovero sono classificate secondo il sistema dei D.R.G. che serve anche a determinare il rimborso delle Regioni a tali aziende (e anche a quelle private convenzionate). Oltre a coprire le spese, il rimborso può generare profitti o perdite che, almeno nel settore pubblico, non hanno ricadute sulle retribuzioni dei dipendenti.

La quantificazione dei DRG, importata dal sistema nordamericano, è rimasta immutata nel tempo e oltretutto non esprime il reale valore/costo delle procedure. Nel campo degli accessi vascolari della dialisi tale quantificazione presenta incongruenze che talvolta spingono a comportamenti contrari alla migliore cura del paziente. L'applicazione del DRG all'attività di confezione degli accessi vascolari è il riconoscimento di fatto di una procedura eseguita indipendentemente dal risultato ottenuto. Ne consegue, per assurdo, che una fistola artero-venosa ben confezionata e duratura nel tempo, abbia lo stesso peso, in fatto di riconoscimento, di una che si trombizza pochi minuti dopo la confezione. Pertanto a differenza di altre attività chirurgiche nelle quali – supponiamo un'appendicectomia - l'organo malato viene rimosso una sola volta, sia che si verifichino o manchino complicanze, nell'accesso per la dialisi ogni insuccesso richiede, quando va bene, la ripetizione dello stesso intervento o di altri in successione, più complessi e costosi, generanti plurimi DRG fino al raggiungimento del successo.

Nel campo degli accessi vascolari per dialisi, non va ancora dimenticato che la procedura chirurgica, anche se eseguita perfettamente ed ai massimi livelli, non è garanzia di risultato per il paziente; infatti a differenza della chirurgia tradizionale nella quale ogni intervento è finalizzato ad asportare o riparare organi malati, in quella degli accessi si richiede la costruzione di sistemi che necessariamente vanno contro la fisiologia.

Quando il rimborso secondo DRG arriva a condizionare pesantemente le scelte terapeutiche, è inevitabile (pur restando censurabile) che alcune procedure vengano “ricercate”, altre evitate. Il DRG infine prevede il rimborso unicamente per il reparto di degenza, quindi

non favorisce sulla carta l'aggregazione di specialisti di differenti discipline e la condivisione di programmi assistenziali. In conclusione il sistema DRG non promuove quell'organizzazione, che, nel campo degli accessi vascolari, è indispensabile.

Il “rischio organizzativo”: possibili correttivi

Alcuni strumenti amministrativi potrebbero limitare i danni prodotti dal rimborso a DRG nell'attività di confezione degli accessi vascolari. Basterebbe, ad esempio, accreditare le strutture assistenziali in base alla validità del modello strutturale integrato che detengono e in base ai percorsi assistenziali.

Motivazioni

Le poche inchieste finora condotte, ci dicono che in Italia un discreto numero di nefrologi confeziona accessi vascolari in quantità superiore a quella dei pochi chirurghi vascolari che lo fanno. Dal confronto non emerge alcuna valutazione se non la considerazione che quelli che si occupano di tale chirurgia – indipendentemente dalla branca di appartenenza - lo fanno perché hanno trovato una motivazione. Può trattarsi di una motivazione personale, ma anche promossa dall'azienda ospedaliera oppure da altra organizzazione (programma regionale, associazione dei malati).

E' stato detto che il nefrologo esegue la chirurgia degli accessi vascolari per una sorta di “*vocazione al volontariato*”. Ma il volontariato ha motivo di esistere nel terzo mondo, dove l'organizzazione civile non esiste o ha fallito. Nel primo mondo, quello altamente civilizzato, il paziente che ha diritto alla salute, ha diritto anche all'accesso vascolare se è funzione della sua salute, perciò il suo confezionamento non deve dipendere dalla buona volontà di un pur generoso sanitario, ma essere prestazione di un professionista strutturato con l'attribuzione di precisi doveri.

Responsabilità

In mancanza di una struttura, all'interno dell'Azienda ospedaliera, dedicata agli accessi vascolari per dialisi, la responsabilità professionale di errori eventualmente commessi sarà difficile da dimostrare e quantizzare, soprattutto se le conseguenze, anch'esse poco valutabili, non saranno macroscopiche. Il rischio legato alla con-

fezione degli accessi è strettamente correlato con la tipologia degli stessi e, ovviamente, con le capacità degli operatori; forse non è sbagliato ritenere che il rischio connesso all'impianto di CVC – attività che avviene “a cielo coperto” – è maggiore a quello che si corre affrontando vasi che possono essere dominati. Il sistema sanitario deve rivisitare quest'argomento (avendo possibilmente come consulente la ns. Società Scientifica) e predisporre i necessari controlli e misure.

Percorsi assistenziali

Possono essere di vario genere (locali, regionali, nazionali) ma sono indispensabili. Devono indicare dei doveri e dei vincoli necessari a garantire al paziente almeno il minimo assistenziale. Quindi il sistema di rimborso ora basato sul singolo atto (DRG) dovrebbe essere riversato su un progetto e seguito dalla verifica della sua realizzazione con successo.

Come detto la complessità dell'accesso vascolare e la conseguente necessità che diverse figure contribuiscano al suo successo (infermieri, nefrologo, chirurgo vascolare, radiologo, infettivologo) implica che tutti costoro dovrebbero essere premiati una volta verificato il successo.

Essendo la presenza di un accesso vascolare funzionante indispensabile per l'erogazione del trattamento emodialitico il costo del suo confezionamento e mantenimento dovrebbe essere quota parte del costo di gestione dell'uremico in trattamento dialitico.

Formazione

I modelli organizzativi, soprattutto quelli che implicano l'integrazione fra varie figure specialistiche e professionali, non possono nascere se non dal possesso, prima di ogni altro elemento, delle stesse conoscenze sulla tematica che andranno ad affrontare. Serve anzitutto cultura di base e questa non può che avere un'unica sede per essere dispensata: le scuole (di specialità per medici e di infermieristica per il personale assistenziale). E proprio nelle scuole deve avvenire il primo passo di integrazione interdisciplinare attraverso insegnamenti che accomunino, sull'argomento, i vari specializzandi. In altri termini: il chirurgo vascolare sarà formato dal docente nefrologo e viceversa al fine di rendere univoche le conoscenze sulle quali si fonderà la collaborazione. Se vogliamo essere di aiuto ai pazienti e alle future generazioni di nefrologi, dobbiamo puntare, fin da ora, su di una formazione seria e rigorosamente integrata.

Conclusioni

L'accesso vascolare, parte integrante della terapia dialitica, condiziona pesantemente la qualità di vita del paziente ed il costo assistenziale della dialisi.

Una corretta gestione dell'accesso vascolare prolunga la vita del soggetto in dialisi e la migliora, riducendone il costo assistenziale.

Auspichiamo la realizzazione di nuovi meccanismi economico-organizzativi-normativi che privilegino anzitutto l'ottenimento del risultato e, a seguire, che premino il lavoro di tutta la squadra che l'ha generato.

Perché vengano riconosciute e premiate l'efficacia e l'efficienza, dovremo accettare di essere sottoposti a controlli. Forse è più che mai tempo che l'accesso vascolare entri a pieno titolo nel sistema qualità della dialisi.

Riassunto

Il nefrologo, che si confronta con tutti i problemi inerenti all'insufficienza renale, è anche da sempre principale gestore della terapia emodialitica. Per tale motivo tocca al nefrologo, in prima istanza, occuparsi dell'accesso vascolare disponendone l'allestimento, la sorveglianza e la manutenzione a garanzia della possibilità di effettuare il trattamento sostitutivo.

Rispetto a quanto avviene in altri paesi, in Italia l'attività dell'accesso non è ad oggi standardizzata né strutturata; ciascun centro dialisi si organizza in funzione delle capacità dei nefrologi ivi operanti e delle collaborazioni di altri specialisti presenti nell'ospedale, spesso senza un percorso strutturato e con modalità di intervento per lo più fondate sulla disponibilità personale e sul volontarismo.

Partendo dalla storia dell'accesso vascolare in Italia, abbiamo individuato tre tipologie organizzative che correlano, da un lato, con il contesto storico in cui sono sorte e, dall'altro, con il progresso, in termini di dispositivi medici e competenze specialistiche, che ha via via modificato i comportamenti. Il modello organizzativo "primordiale" vede il nefrologo confezionare e correggere personalmente gli accessi disponibili in quell'epoca. Nel modello polispecialistico, che nasce successivamente, il nefrologo inizia a delegare ad altri specialisti, più competenti sul versante tecnico, singole fasi del lavoro; resta colui che inizia il percorso e detta i tempi ma perde, talora, il controllo della gestione complessiva. Nel modello strutturale integrato, ideale ma non ancora integralmente realizzabile, il chirurgo dedicato all'accesso dialitico ed il radiologo interventista interagiscono da vicino con il nefrologo, che funge da regista, coordinatore e am-

ministratore di tutto il processo di gestione dell'accesso vascolare. La formazione culturale specifica e necessaria e la conoscenza del programma terapeutico complessivo sono condivise dal *team* dell'accesso. In tale modello integrato dovrebbero essere trovate soluzioni perché anche la responsabilità professionale ed il rimborso amministrativo risultino bene "integrate" tra i vari specialisti ed operatori sanitari che partecipano all'attività. Il rimborso a D.R.G. com'è attualmente regolato presenta incongruenze e può produrre effetti contrari alla migliore cura del paziente. Le Aziende ospedaliere attualmente non riservano all'accesso vascolare, parte irrinunciabile della terapia dialitica, l'attenzione necessaria e non comprendono come una corretta gestione del problema, fondata su percorsi organizzati, migliori la qualità di vita del paziente e contenga il costo assistenziale della dialisi. La gestione complessiva dell'accesso vascolare dialitico non può più fondarsi, attualmente, solo sulla "buona volontà" del nefrologo dializzatore, ma richiede regole strutturali. Pertanto andrebbero definite le motivazioni professionali mediante l'attribuzione di precisi compiti, con lo scopo di meglio identificare e minimizzare il "rischio organizzativo". L'individuazione di meccanismi economico-organizzativi-normativi che privilegino anzitutto l'ottenimento del risultato e, a seguire, che premino il lavoro di tutta la squadra che l'ha generato è la condizione prima per creare il modello integrato. È più che mai tempo che l'accesso vascolare entri a pieno titolo nel sistema qualità della dialisi e per farlo, a nostro avviso, il modello organizzativo integrato è l'unica soluzione possibile.

Parole Chiave. Emodialisi, Accesso vascolare, Aspetti economici, Modello organizzativo sanitario

Indirizzo degli Autori:

Dr. Luigi Tazza

UO Dialisi, Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Policlinico A. Gemelli

Largo Francesco Vito 1

00168 Roma

l.tazza@rm.unicatt.it