

Conclusioni

Marco Lombardi

*...**A**ncora oggi il paziente viene inviato al nefrologo-operatore o al chirurgo solo quando l'accesso vascolare non è più utilizzabile a seguito di una improvvisa trombosi. In realtà nella stragrande maggioranza dei casi l'evento trombotico non è altro che l'evento terminale di un processo di lunga durata, costituito in genere da stenosi venose più o meno serrate a vari livelli, dalla sede iuxta-anastomotica alle vene centrali... (Cavatorta).*

Anche in questo terzo Supplemento le opinioni espresse dagli autori invitati a formare il panel d'esperti sugli accessi vascolari mi hanno stimolato a cercar delle conclusioni, che come sempre nascono dalla scelta – del tutto personale – delle affermazioni e dei concetti che più mi hanno colpito.

Posso sicuramente affermare che anche in questo terzo lavoro non c'è stato da parte degli autori alcun movente verso istituzioni politiche, amministrative sanitarie ecc, né alcun'intenzione offensiva, polemica o recriminativa verso chicchessia.

I dati che tutti conoscono e l'andamento che si vive ogni giorno nelle sale dialisi insieme ai nostri pazienti non sono certo soddisfacenti. I dati possono anche preoccupare se si pensa che il Registro SIN già nel 1998 riportava che il 47% dei dializzati *prevalenti* era ultra-sessantenne e che negli *incidenti* ben il 43 e il 22% presentavano rispettivamente malattia vascolare polidistrettuale o diabete mellito, spesso in associazione (Ruggieri). Oggi, che il tasso dei pazienti *prevalenti* è di circa 700 per milione d'abitanti (pma) e quello degli *incidenti* si aggira intorno ai 130 pma (Tazza) è giustificato ed auspicato, a mio avviso, un cambiamento radicale nella gestione del patrimonio vascolare degli uremici, sin dalla fase predialitica.

Tuttociò dovrebbe esser fatto evitando di trascurare quei punti certi (positivi o negativi che siano), che emergono dalla lettura dei contributi degli autori di questo Supplemento:

1. è sempre più sentita la necessità di un **programma di predialisi** (Bonucchi, Cavatorta, Manca, Ruggieri), che uniformi il trattamento dei pazienti uremici in tutto il territorio nazionale. La Società Italiana di Nefrologia è la candidata più autorevole per la realizzazione di tal programma;
2. ma è anche auspicata la **programmazione della formazione** (universitaria-medico/infermieristica, specialistica, ospedaliera) di **personale ad hoc** per la creazione e gestione degli accessi per dialisi (Cavatorta, Segoloni, Tazza), nonché di un programma di sorveglianza degli accessi, nel quale deve giocare un ruolo importante anche la figura dell'infermiere (Geatti, Manca);
3. il già citato aumento della morbilità vascolare dei pazienti, sta portando e porterà sempre più alla necessità di **studi vascolari preliminari** affinché si possa ottenere il miglior e più esauritivo uso dei vasi nativi (Berardinelli, Lovaria), evitando altre apparentemente più semplici alternative il cui *costo biologico* può rivelarsi assai "caro" per i pazienti;

4. appare un luogo piuttosto comune (e un fatto sicuramente positivo) quel che vede il nefrologo in prima linea “chirurgica” o con la funzione di **coordinare** la miglior strategia dello sfruttamento dei vasi dei pazienti uremici (Aloisi, Bonucchi, Carbonari, Segoloni); ma l’applicazione della multidisciplinarietà tra nefrologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti, infermieri, altri studiosi della materia e pazienti, pare ancor lungi dal venire (Bonucchi, Carbonari, Manca);
5. un’opzione da prendere in considerazione potrebbe esser quella della creazione di **Centri di Riferimento** per gli accessi vascolari, specializzati soprattutto nel recupero urgente degli accessi trombizzati (Cavatorta, Manca);
6. molte **novità** stanno emergendo, devono esser valutate e vagliate con serietà e autorevolezza per propugnarne rapidamente la diffusione capillare o viceversa la proscrizione se del caso: nuovi mezzi di contrasto non iodati per angiografia (diossido di carbonio); nuovi cateteri a palloncino utili anche in caso d’occlusione completa; nuovi materiali per lo stenting e per la trombolisi (covered stent, pulse-spray con tromboaspirazione combinata, trombolisi meccanica con sistemi rotazionali o idrodinamici ecc.); nuove protesi vascolari con miglior compliance-mismatch tra graft e vaso nativo; cateteri venosi centrali meno trombogenici e più resistenti alle infezioni (Cifarelli e Altamura). Altre novità tutt’altro che trascurabili sono date dalla possibilità di eseguire manovre d’angioplastica percutanea ecoguidata, magari in occasione di controlli routinari di protocolli di sorveglianza degli accessi vascolari (Bacchini); dall’uso di nuovi port in alternativa ai vari tipi di catetere tunnellizzato; nuovi agenti batteriostatici e/o anticoagulanti per il block dei cateteri (Quarello). Ma si sente anche il bisogno d’idee radicalmente nuove che portino alla collaborazione multidisciplinare di figure non solo dell’area sanitaria (Talluri), idee che potrebbero produrre varie applicazioni; a esempio nella prevenzione o nel ritardo della comparsa d’iperplasia fibromiointimale dell’anastomosi protesi-vaso nativo o delle endoprotesi su stenosi, che è risaputo, nel campo degli accessi vascolari per dialisi, esser attribuibile anche all’iperafflusso tipico della FAV (Lovaria);
7. non risulta certo una novità il fatto che l’uso indiscriminato o perlomeno non attentamente ponderato dei **cateteri venosi centrali** accentuerà il rischio di perdere il patrimonio vascolare nativo dei nostri pazienti (Berardinelli, Tesio) e che viceversa dovrebbe esser un dovere in ambito nefrologico la *...conservazione maniacale del patrimonio vascolare superficiale del paziente uremico...* (Berardinelli);
8. neppure dev’esser tralasciato il fatto che all’indirizzo “*problema accessi vascolari per emodialisi*” venga impiegata una parte non trascurabile delle risorse spettanti al trattamento sostitutivo la funzione renale, con **costi** che si preannunciano vieppiù allarmanti
...L’accesso dialitico è l’elemento centrale della terapia sostitutiva dell’uremia cronica, in quanto condiziona la possibilità di trattamento e la sua efficienza, l’equilibrio clinico e la riabilitazione del paziente. L’allocazione di risorse verso questo settore è prioritaria rispetto a quelle destinate agli elementi tecnologici della dialisi. Investire sugli AV significa porre le basi per un risparmio di gestione che si estrinseca sul consumo di farmaci e presidi, sulle giornate d’ospedalizzazione e sul grado di riabilitazione del paziente... (Bonucchi, Ferramosca e Ganci).
 Gli stessi autori nel loro contributo suggeriscono nuovi e interessanti indicatori di processo per il controllo dei risultati (vedi).

Molti gli autori, che auspicano la realizzazione in tempi brevi di un **Registro nazionale degli accessi vascolari per emodialisi** e sempre molti quelli che vedono nell’omonimo Gruppo di

Studio la testa d'ariete necessaria a iniziare tal opera. Tra questi in austero ordine alfabetico, Decenzio Bonucchi, Fosco Cavatorta, Emiliana Ferramosca, Franco Galli, Silvia Ganci, Francesco Quarello, Giancarlo Ruggieri, Luigi Tazza, il sottoscritto e chissà quanti altri che non hanno avuto l'opportunità d'esprimersi in queste pagine.

La raccolta e la pubblicazione di pareri personali in questo Supplemento al GTN&D è stata pensata (e sperata) dal suo curatore, per favorire in qualsiasi pur piccolo modo il progresso di questa difficile materia; sia attraverso l'incoraggiamento a mo' di richiesta di un Registro nazionale, sia con l'intento di "fomentare" il dibattito sulla problematica.

Un invito a tutti i lettori ad esprimersi e farsi sentire (sulla mailing list Socisin a esempio), con l'augurio, che dallo scambio d'idee possa correr più veloce qualsiasi progressivo miglioramento.

... È necessario un cambiamento di mentalità in molti colleghi, che ritengono ancora oggi l'accesso vascolare un problema di scarso interesse nefrologico e quindi da demandare "a chi si occupa di fistole". Si deve smettere di accettare passivamente come un evento ineluttabile la trombosi di una fistola e la perdita del patrimonio vascolare dei pazienti. Speriamo inoltre che questa disciplina, considerata da molti Nefrologi come di "serie B", possa acquisire maggior rilievo anche nell'interesse di chi a livello nazionale promuove e organizza convegni e corsi di aggiornamento... (Manca e Murgia)