



Lettera aperta ai componenti di un *team* che non ce la fa a decollare: quello per gli accessi vascolari (A-V)

Il *team* per gli accessi vascolari, possibilmente multidisciplinare, è una realtà la cui presenza sul nostro territorio nazionale non è neppure definibile a macchia di leopardo: magari! Eppure tutti abbiamo ormai passato decenni a dibattere che il nefrologo deve essere l'operatore sanitario "regista" di questo *team* e, quindi, colui che ne organizza l'esistenza. Viceversa sono ormai svariati anni che il *team* per gli A-V per emodialisi sembra aver lo stesso destino di quello di una "ragazza dalle belle ciglia: tutti la vogliono ma nessuno la piglia" e l'A-V per emodialisi continua a essere "il tallone d'Achille dell'emodialisi".

La frequenza di alcuni convegni sull'argomento (il Corso Educazionale della SIN, un *Advanced Workshop* tenutosi il 28 Ottobre in quel di Pistoia, il Congresso Nazionale del GdS degli A-V a Lucca, ecc.) mi ha ridato la voglia e la forza di esplicitare e chiedere a chi ha più *know-how* di me in merito ad alcuni punti che seguono. Possibile non si riesca a venire a capo?

- 1) All'interno di quel che esiste e possa comunque essere definito come *team* per gli A-V, il *design* dell'accesso vascolare dovrebbe essere sempre fatto in presenza di un nefrologo, ovvero di colui che assieme agli infermieri di dialisi avrà la facoltà/responsabilità di usare e mantenere questo prezioso bene del paziente. Mi sembra pertanto ovvio che il nefrologo dovrebbe essere sempre presente assieme al chirurgo vascolare, piuttosto che all'ecografista/radiologo, nella fase in cui viene eseguito il *mapping* pre-FAV. In tal modo a quello che potrebbe essere definito come tavolo di contrattazione per la creazione di un A-V non deve/può mancare l'esperienza essenziale della sala dialisi. Questo per cercare di ottenere -almeno sulla carta- il migliore progetto dell'A-V nell'ottica dell'uso che ne dovrà esser fatto in sala dialisi.
 - 2) La manutenzione della FAV dovrebbe essere il 1° comandamento per la durata degli accessi vascolari. Qui le figure pivotali si invertono ma è come in una moltiplicazione, vale la proprietà *commutativa*, ovvero cambiando l'ordine dei fattori il prodotto non cambia né cambia il risultato. L'infermiere di dialisi è senza dubbio, seguito a ruota dal nefrologo in dialisi, la figura che ha la maggiore responsabilità (onori e oneri) nella durata dell'accesso. Pertanto dovrebbero essere creati dei corsi obbligatori (dalla SIN) per queste figure (nefrologo e infermiere in dialisi); pensando all'attuale *rebound* della formazione permanente degli operatori sanitari non posso non chiedermi se gli ECM maturati da infermieri e nefrologi in dialisi non dovrebbero prevedere un'elevata percentuale di crediti ottenuti a corsi che trattino questo argomento (nota polemica: sicuramente più di quelli ottenuti da corsi su anti-incendio e anti-corrruzione o per la gestione/
- sistemazione dei farmaci negli armadi, ecc.).
- 3) Non è pensabile oggi che in un *team* per gli A-V possa mancare un radiologo interventista e, laddove manchi un nefrologo capace di creare A-V, un chirurgo vascolare. Non basta. Queste figure, chirurgo vascolare e radiologo interventista, non possono non avere un'infarinatura di ciò che serve in sala dialisi: ancora corsi *ad hoc* e ancora SIN per promuovere tra tutte queste figure un'osmosi tale da permettere una crescita contemporanea con maggiore, ma che dico MIGLIORE, collaborazione. Un esempio. In un'epoca di *High Technology Assessment* e di angioplastiche percutanee (PTA), com'è possibile che quando mandiamo un paziente a correggere/trattare una stenosi dell'A-V con una PTA il risultato sia espresso ancora mediante parole e aggettivi? Perché, viceversa, non mediante anche numeri (sicuramente più confrontabili!). I numeri, per esempio, potrebbero essere quelli espressi dalle misurazioni delle pressioni trans-stenotiche "prima" della PTA e "dopo". Ciò, oltre a darci modo di oggettivare il risultato delle importanti manovre di chi è addetto ad eseguire la PTA del vaso stenotico, potrebbe dare, a lungo andare, anche uno strumento in grado di controllare l'operato, ovviamente in senso buono e costruttivo, ma soprattutto utile nel monitorare/interpretare meglio nel tempo il *recoil* o la recidiva di tali stenosi.
 - 4) Si stanno muovendo i primi passi (anche nella mia Regione) affinché le manovre di *mapping* nella creazione o nella correzione vascolare siano sempre meno pericolose per i pazienti e per i loro reni (penso ai pazienti in pre-dialisi in odore di una prima FAV). In questo un'angiografia alla CO2 invece che al m.d.c. potrebbe/potrà essere una valida alternativa? Siamo molto lontani da questa realtà? Quali i principali ostacoli a ciò?
- Visti questi miei interrogativi, c'è qualcuno che, tastiera alla mano, se la sente di spiegarmi meglio e/o fare un punto della situazione? Ma, soprattutto, c'è qualcuno in grado di indicare/prognosticare quale sia la via più breve per raggiungere tutto quanto di meglio per gli A-V dei nostri pazienti in emodialisi?

Disclosures

Financial support: No financial support was received for this submission.

Conflict of interest: The author has no conflict of interest.

Marco Lombardi

Editor in Chief

Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche

Published online: February 2, 2017