

Il team Accessi Vascolari in dialisi: volere è potere, o no?!

Caro Direttore,

quanto mi sia caro il tema degli Accessi Vascolari (AV) – e quanto io, in prima persona, e l'Associazione che rappresento, abbiamo investito sull'argomento – è attestato dal fatto che da più di dieci anni a ogni congresso nazionale vi sia uno o più *workshop* dedicati specificatamente agli AV in emodialisi e alle competenze richieste agli infermieri per attuare le buone pratiche cliniche. Ogni anno i posti disponibili sono tutti occupati. L'argomento è nelle corde degli infermieri: oggi c'è sicuramente più consapevolezza, competenza e accesso a tecnologie biomedicali rispetto anche a pochi anni fa. Quanto tutta questa attività stia incidendo sugli esiti è arduo da definire per mancanza di chiari e codificati ruoli e funzioni e di relativi indicatori di processo e di esito. In realtà finora, nella routine quotidiana dei servizi di dialisi, il nefrologo l'ha fatta da "padrone". Non voglio certo negare a noi infermieri le nostre responsabilità, ma perseguire la qualità vuol dire cambiare modelli organizzativi e investire di più sulle persone, dando a ognuno il proprio ruolo e il relativo rispetto. E qui qualsiasi infermiere che abbia voluto fare qualcosa di migliorativo senza essere passato dalla "benedizione" del primario, non è andato da nessuna parte. Io stessa mi proposi per la posizione di referente/coordinatore degli AV, suggerendo un'attività inizialmente part-time, nei giorni in cui i turni di dialisi erano meno pregnanti. Per tutta risposta mi fu detto che se potevo impegnarmi in altre attività volevo dire che avevo del tempo libero a disposizione e che avrei potuto impiegarlo per fare "più trattamenti" di dialisi.

Qualche anno fa al nostro congresso nazionale abbiamo proposto un *Consensus Document* a sostegno della figura della RAV (Referente Accessi Vascolari, in letteratura citato come *Vascular Access Nurse - VAN*) in ogni Centro dialisi, proposta che abbiamo anche presentato al congresso del gruppo SIN/AV 2014 per conoscenza e sostegno. Nel contributo che ho dato alle linee guida della EVAS ho precisato ragioni, modi e contesti per la creazione e il sostegno di questo ruolo in tutti i Centri dialisi; ho fatto relazioni sulla figura della RAV in congressi nazionali e internazionali. Ho fatto fatica in tutti i contesti ad avere il supporto dei nefrologi, soprattutto dei nefrologi italiani. In uno di questi è emerso che è economicamente più vantaggioso per il *budget* di reparto mettere cateteri e dare antibiotici piuttosto che spendere nel distacco di un infermiere che si occupi di evitare i cateteri e diminuire l'uso di antibiotici. È questa è stata la disarmante risposta di un eminente direttore medico italiano.

Questo vuol dire che tra la declamazione dell'importanza dell'AV e la fattiva organizzazione per una buona pratica clinica c'è ancora molta distanza, *in primis* nella testa di chi dirige. E secondo me, questa è la risposta al tuo primo quesito. Nei servizi – pochi, ma ci sono – dove sono state create figure di riferimento degli AV c'è stato il volere, pro-attivo o permissivo, della direzione medica in prima istanza, correlata a seguire, dalla volontà di realizzazione dei nefrologi e degli infermieri locali, in seconda battuta.

L'altro aspetto è la difficoltà di accettare e riconoscere la progressione di competenza degli infermieri italiani oggi. Se un infermiere di dialisi organizza un protocollo di monitoraggio (per esempio, un QB *stress test* periodico) e i dati raccolti non sono tenuti in considerazione dal nefrologo e si aspetta che l'accesso si esaurisca... che valore ha avuto il lavoro di monitoraggio? Collaborazione vuol dire rispetto e coordinazione: se presenti solo da una parte il tutto finisce in nulla, anzi peggio, in demotivazione. Sarebbe grandioso fare dei corsi insieme tra infermieri e medici, con relatori di entrambe le parti, per le relative competenze. Esiste però un concreto pericolo: quello del "paternalismo" medico e della relativa "figliolanza" infermieristica. Per scardinare comportamenti solidificati ci vuole la volontà di mettersi in discussione/azione, reciprocamente. E questa secondo me è la risposta al secondo quesito della tua lettera.

Per i quesiti tre e quattro le risposte risiedono in protocolli discussi e condivisi, cosa che sarebbe molto facile se si trovasse la giusta soluzione per i primi due punti.

In sintesi credo che chi dirige abbia più responsabilità di chi, per scelta o sorte, esegue. Vogliamo fare altro? ecco le mie proposte:

- istituzione di un gruppo di lavoro misto, nefrologi, infermieri, radiologi, chirurghi (2 nefrologi, 2 infermieri, 1 rappresentante di ogni altra figura);
- censimento dei team AV già esistenti (noi faremo un'indagine al congresso nazionale) e monitoraggio delle loro attività;
- definizione di raccomandazioni per la creazione in ogni UO di un team degli AV, con relative *job description* di massima per i contributi delle varie figure (spazio per adattamenti locali);
- definizione di una lista di indicatori di processo e di esito come riferimento di *benchmarking* per ogni Centro.

Questo il mio pensiero operativo, positivo, certamente migliorabile ma non sminuibile, perché questo è il minimo che si possa fare per perseguire un progetto.

Disclosures

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

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

Marisa Pegoraro

Presidente della Filiale Italiana EDTNA/ERCA

Indirizzo per la corrispondenza:

Marisa Pegoraro
c/o CAL CORSICO
Via Travaglia 5
20094 Corsico (MI)
marisapegoraro.996@gmail.com

Published online: May 17, 2017