



Team degli accessi: decollo difficile, non impossibile

Caro Direttore,

la tua lettera aperta sul team dell'accesso vascolare, comparsa sull'ultimo numero di *GTND*, merita indubbiamente un riscontro non tanto attraverso risposte precise o ricette *ad hoc* che probabilmente non esistono, quanto attraverso considerazioni finalizzate, spero, a una migliore comprensione della questione. Alcune di queste sono scontate, altre potrebbero essere scomode; l'importante è che contribuiscano a smuovere un problema che, ad oggi, sembra pigramente impantanato nel mondo della teoria.

Inizio allora da lontano ovvero da quando stava per nascere il Gruppo di Studio degli Accessi Vascolari della SIN; i suoi fondatori erano convinti – come lo sarebbero ancora oggi – che solo mettendo in comune problemi e rispettive esperienze, si sarebbero trovate soluzioni ai problemi che l'accesso vascolare presentava, con importanza sempre crescente, già diciassette anni orsono. Non c'è voluto molto per capire che nella gestione dell'accesso vascolare dialitico, l'autarchia, fino ad allora obbligata e necessariamente virtuosa, era alla sua fine e non per cattiva volontà dei nefrologi ma per mancanza di strumenti adeguati a fronteggiare una realtà in continuo cambiamento. Pertanto, per situazioni non più alla nostra portata, avremmo dovuto farci dare una mano da “nuove” competenze; non mi riferisco tanto ai chirurghi vascolari presenti da tempo – seppur in numero limitato – nel mondo degli accessi, quanto ai radiologi interventisti che in quei tempi iniziavano ad affacciarsi a quel mondo con risultati promettenti. Così, quel percorso degli accessi che avevamo immaginato simile a una scala sempre più ripida in cima alla quale avevamo posto quel CVC che ci ostinavamo a chiamare permanente e oltre il quale c'era il baratro, con l'arrivo dei radiologi interventisti ha iniziato fortunatamente a cambiare divenendo un po' meno insidioso; pertanto se non sono diminuite le nostre preoccupazioni sicuramente si è attenuata l'angoscia che ci prendeva quando nella scala degli accessi si intravedeva l'ultimo gradino. È bene rimarcare che quel “farsi dare una mano” non ha mai significato, per il Gruppo di Studio, delegare il problema ad altri ma dividerlo con chi poteva essere d'aiuto.

Il concetto di “team multidisciplinare dell'accesso” parte dunque da lontano ma si rafforza e diviene il motivo dominante, quasi ossessionante, del Gruppo di Studio nelle sue varie iniziative scientifiche e formative. Se il team dell'accesso è dunque la soluzione ottimale per gestire i problemi che il nefrologo non può più risolvere autonomamente, bisogna mettere in conto che tale strategia, ormai globalizzata, non riguarda solo il presente ma condiziona sempre più il futuro dell'accesso vascolare; per questo la formazione e l'aggiornamento di ogni componente del team sono e saranno

momenti importanti e irrinunciabili per garantire al futuro lavoro di squadra un buon funzionamento. Poiché il team è già oggi una necessità, il primo problema, e lo hai ben identificato, è comprendere come metterlo insieme e farlo funzionare. A volte mi viene il dubbio che il Gruppo di Studio abbia commesso l'errore di proporre un “giocattolo” importante e complicato (leggi: il team dell'accesso vascolare) senza fornire le istruzioni per l'assemblaggio e l'uso. Non è andata così; è più probabile che non si sia riusciti a motivare adeguatamente l'elemento che, nel team dell'accesso, costituisce la chiave di volta del suo funzionamento: il nefrologo. Allora, alla domanda “a chi serve e quindi a chi interessa (o dovrebbe interessare) davvero istituire il team dell'accesso vascolare?”, credo non sia difficile rispondere che costui non può essere che il nefrologo perché, in prima istanza, deve delle risposte concrete, sui problemi inerenti l'accesso vascolare, ai pazienti che ha in cura. Non è una tesi difficile da accogliere e non è nemmeno difficile concordare quanto il nefrologo debba essere anzitutto parte attiva, propositore e attore, di un gruppo nel quale il ruolo di regista non gli tocca per legge o per diritto divino ma perché se lo conquista sul campo dimostrando di saper trovare e far funzionare le collaborazioni che gli occorrono; senza questo suo comportamento virtuoso e determinato il team non decollerà mai.

Non sono molti oggi in Italia i team dell'accesso; in quei pochi veramente efficienti che ho avuto la fortuna di incontrare, il nefrologo è veramente la chiave di volta di tutto perché sa sempre coinvolgere e soprattutto trascinare colleghi di altre specialità in sfide che, quando vinte, offrono un sacco di soddisfazioni e di indubbi vantaggi ai pazienti. Ecco perché sono propenso a ritenere che laddove la costituzione di un team stenta ad avviarsi, forse è necessario che il nefrologo rimetta in discussione la sua metodologia di “arruolamento” dei possibili collaboratori e valuti nel contempo l'entità del contributo potenzialmente ricavabile. Ritengo importante rimarcare una tesi mai sufficientemente scontata: il cemento che tiene insieme un gruppo è l'umiltà intesa come disponibilità a mettersi sempre in discussione; l'etichetta che ciascuno porta addosso non esprime obbligatoriamente le capacità professionali quindi al team non serve uno specialista “qualsiasi” ma solo quello esperto in accessi vascolari, che sia nefrologo, chirurgo vascolare o radiologo interventista. L'esperienza è figlia della formazione e del confronto e quando si condividono determinati percorsi, è scontato che se non si instaura stima e fiducia reciproca il lavoro non potrà mai finalizzarsi a fare “ciò che si deve con quello che serve” e non a “fare ciò che si può con ciò che si ha” come avvenuto finora. E ancora: è evidente che in questa operazione di ricerca delle collaborazioni, il ruolo e il supporto delle Istituzioni è importante anche se non determinante. È bene infatti non scordarsi mai l'aforisma che recita “quando cerchi una mano nelle situazioni difficili, la trovi con certezza alla fine del tuo braccio” come a dire: non aspettarti che il team cali dall'alto

per imposizione istituzionale; laddove si è tentato di farlo non si è cavato un ragno dal buco e in molti casi il team si è ridotto a un elenco di nomi su di un documento che non serve a niente e a nessuno mentre il paziente finisce per essere l'ultimo dei problemi.

Fra le Istituzioni che dovrebbero aiutare il nefrologo, colloco ovviamente e prioritariamente la nostra Società Scientifica che però sull'argomento non ha mai, inspiegabilmente, preso posizione dimostrando distacco in alcune occasioni e disinteresse in altre. Situazione davvero curiosa se paragonata a quella delle altre Società Scientifiche coinvolte nel problema che hanno finora dimostrato maggiore attenzione dando vita a momenti di incontro finalizzati all'individuazione e alla condivisione di possibili percorsi formativi e organizzativi, momenti dai quali la nostra Società, seppur ufficialmente invitata, era assente.

L'altro aspetto che riguarda il team dell'accesso ovvero la multidisciplinarietà induce considerazioni che sono meno ovvie di quanto ci si potrebbe attendere. Lo abbiamo già accennato: ci occorrono risorse soprattutto tecniche, presenti nelle altre specialità, che non possiamo avere ma soprattutto utilizzare in maniera del tutto autonoma, risorse, quasi inutile ripetercelo, che divengono a noi utili solo se maneggiate da chi ha competenza specifica e titolo per farlo.

Il termine "risorsa" si accompagna spesso nel linguaggio quotidiano a quello di "ottimizzazione"; se ci si riferisce all'accesso vascolare, ottimizzare le risorse significa, alla fine, beneficiare due soggetti: il paziente, in prima battuta, e il sistema del quale facciamo parte, in seconda. Ecco, allora, che sorge un'altra questione, relativa al team e di non poco conto perché se i benefici al paziente li tocchiamo con mano, i benefici al sistema possiamo solo immaginarli ma non dimostrarli, soprattutto in fase progettuale, perché ad oggi ci mancano gli strumenti per farlo. E qui l'asino non solo ci casca ma si spiaccia violentemente al suolo: mancano i numeri ovvero i dati nazionali aggiornati sugli accessi e conseguentemente mancano gli indicatori del nostro comportamento di gestori di un problema. Quando non ci sono dati, possiamo inventare e dire tutto e il contrario di tutto; possiamo collocarci fra i gestori di accessi più virtuosi in Europa, possiamo quasi affermare che nei Centri dialisi ad alta, altissima presenza di CVC forse vengono trattati i pazienti più sfortunati del Paese e magari anche ci gongoliamo nell'autoreferenzialità. Siamo nel 2017 e per avere un'idea (perché solo quella è!) della situazione accessi in Italia, dobbiamo chiederlo agli americani attraverso i dati DOPPS! Forse il dubbio che i dati di prevalenza dei vari tipi di accesso riportati da quello studio – che ha indubbi meriti – non rispecchino la realtà italiana è più che

mai legittimo. La situazione è a dir poco assurda: da un lato siamo convinti, in buona fede e forse a giusta ragione, che il team ottimizzi le risorse generando risparmi, dall'altro non abbiamo prove sufficienti per dimostrarlo a chi, sul versante istituzionale, potrebbe darci una mano. Siamo però a un punto di non ritorno e chi si ostina a sostenere che il nefrologo debba tornare all'autonomia totale nella gestione dell'accesso vascolare, non solo è fuori tempo ma dimostra di non avere a cuore l'interesse dei pazienti.

Una ideale organizzazione della gestione dell'accesso sul territorio nazionale, dovrebbe prevedere la costituzione – con conseguente riconoscimento – di un numero di team multidisciplinari sufficienti a soddisfare tutto il fabbisogno, sempre che lo si possa quantificare. Ciascun team dovrebbe disporre in egual misura delle risorse tecnologiche utili ad affrontare quasi tutti i problemi e, aspetto di non poco conto, avere un corretto riconoscimento per le prestazioni erogate; in tal modo i pazienti cosiddetti complessi smetterebbero di essere spediti in giro per il Paese e lasciati alle decisioni altrui.

Cosa presuppone infine un'organizzazione ottimale? L'analisi continua di quei dati che indicano i fabbisogni, le soluzioni adottate, gli outcome, i costi e i benefici e, in ultima analisi, i Centri decisamente virtuosi e quelli meno, necessari quindi di qualche ulteriore supporto.

Ritengo utile concludere con una raccomandazione: le difficoltà nel "mettere insieme" il team degli accessi sono ad oggi evidenti e non poche; l'importante però è non scoraggiarsi e soprattutto non smettere di provarci senza aspettarsi importanti sostegni da "quelli che contano", che si chiamino Assessorati alla Sanità o Società Scientifiche.

Disclosures

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

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

Franco Galli

Nefrologo, Pavia

Indirizzo per la corrispondenza:

Dr. Franco Galli
C.so Garibaldi 20m
27100 Pavia
frabiagio@gmail.com

Published online: May 3, 2017