

Presidente:

Giorgio Fuiano

Segretario:

Mariadelina Simeoni

Consiglieri:

Vincenzo Bruzzese

Luciano De Paola

Pietro Finocchiaro

Antonio Nicoletti

Massimino Senatore

Presidenza

Prof. Giorgio FUIANO

AUOP 'MaterDomini
di Catanzaro

Università 'Magna
Graecia' di Catanzaro

Tel. 0961 3647160

Fax 0961 3697586

Cell. 335 6821473

e-mail: gfuiano@gmail.com

DOCUMENTO PROSPETTICO SULLA REALIZZAZIONE E GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI IN CALABRIA

La sopravvivenza dei pazienti con insufficienza renale cronica avanzata dipende dalla terapia dialitica che, a sua volta, nei pazienti che sono avviati all'emodialisi, è garantita solo da un **accesso vascolare definitivo e ben funzionante**. Numerosi studi hanno dimostrato che la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti in emodialisi sono correlate al tipo ed al buon funzionamento dell'accesso vascolare.

Rispetto a quanto avviene in altre regioni, in Calabria l'attività chirurgica dell'accesso vascolare non è ad oggi standardizzata né strutturata. Di conseguenza, i singoli centri di emodialisi sono costretti ad organizzarsi quotidianamente in funzione delle capacità dei nefrologi e della disponibilità dei chirurghi presenti nell'ospedale in cui operano o nelle Hub di competenza territoriale. Tutto ciò avviene in assenza di un percorso ben stabilito e con modalità di intervento per lo più fondate sulla disponibilità del personale ed a volte volontaria dei singoli.

Su tale base, nonostante la precarietà in cui operano e pur avvalendosi dell'ausilio di alcuni chirurghi vascolari, le strutture nefrologiche calabresi sono state in grado, fino a qualche anno fa, di garantire gli interventi per l'allestimento degli accessi vascolari per emodialisi e raramente i pazienti calabresi hanno avuto la necessità di recarsi fuori regione.

Recentemente, però, le strutture nefrologiche in grado di confezionare gli accessi vascolari si sono progressivamente ridotte con conseguenti ripercussioni sia sulla qualità del trattamento dialitico, che sulla qualità di vita dei pazienti. Parallelamente, anche la disponibilità ed il supporto tecnico dei chirurghi vascolari sono venuti via via meno. **Allo stato attuale, l'allestimento degli accessi vascolari è limitato solo alle U.O.C. di Nefrologia e Dialisi (Hub) e ad poche U.O. di Nefrologia e Dialisi semplici (Spoke), costituendo un "grave problema attivo" della rete nefrologica e dialitica calabrese.**

Le cause del progressivo declino di questo basilare aspetto della nefrologia calabrese sono molteplici e rispecchiano, forse in maniera ancor più grave, ciò che accade a livello nazionale, come testimoniato da un documento tratto dal sito web (nephromeet) della Società Italiana di Nefrologia in cui si dice (1):

*- Le Aziende ospedaliere, attualmente, non riescono a riservare all'accesso vascolare, parte irrinunciabile della terapia dialitica, l'attenzione che le sarebbe dovuta, forse anche per la mancata comprensione di come una corretta gestione del problema, fondata su percorsi organizzati, migliori la qualità di vita del paziente e contenga sensibilmente il costo assistenziale della dialisi. **La gestione complessiva dell'accesso vascolare dialitico non può più fondarsi 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 favoriscano anzitutto l’ottenimento del risultato e, a seguire, che premino il lavoro di tutta la squadra che l’ha generato è la prima condizione per creare un modello organizzativo integrato, come di seguito proposto dalla Sezione Calabrese della Società Italiana di Nefrologia.

Esistono diverse tipologie organizzative per l’allestimento degli accessi vascolari, ma il **modello più moderno** ed universalmente ritenuto ideale è infatti quello **strutturale integrato**.

Tale modello prevede la costituzione di **specifici team (VAT: Vascular Access Team)** in cui il **chirurgo dedicato all’accesso vascolare dialitico ed il radiologo interventista interagiscano strettamente con il nefrologo al quale spetta il ruolo di coordinatore** dell’intero processo di confezionamento e gestione dell’accesso vascolare. **Perché il modello possa funzionare in maniera ottimale, è necessaria, infatti, anche la figura di un coordinatore sanitario, oltre che e la consulenza esterna di un infettivologo.**

Tenuto conto del recente DCA 30/2016, in base al quale si pianifica che la grande maggioranza delle Strutture Nefro-Dialitiche calabresi non verrà ricompresa nella Rete Ospedaliera, un modello organizzativo strutturale integrato, che centralizzi gli interventi per gli accessi vascolari per emodialisi in poche U.O.C. (Hub), appare l’unico percorribile, sia in termini di efficienza, che di qualità, che di costi. L’efficienza e la qualità delle prestazioni sanitarie dedicate agli accessi vascolari deriverebbero dall’elevato numero di interventi per anno che i singoli operatori delle Hub, esperti in confezionamento e gestione degli accessi vascolari, porterebbero a termine in strutture tecnicamente equipaggiate per lo scopo. In caso contrario, la distribuzione di un numero annuale minimo di interventi per i singoli centri (Spoke) delle aziende del territorio non porterebbe ad avere operatori sufficientemente esperti, né sale operatorie idonee per gli interventi più complessi e per la gestione delle emergenze, riflettendosi, da una parte, in un grave disservizio per i pazienti con aumento del rischio di mortalità, e dall’altra in un aumento dei costi per gestione di co-morbidità ed ospedalizzazioni (2).

Il modello strutturale integrato applicato alla Calabria e proposto in questo documento (**fig.1**), tiene in considerazione:

A) il numero delle U.O.C. secondo il DCA 30/2016 e la loro distribuzione sul territorio;

B) il numero di abitanti per provincia;

C) il numero di pazienti incidenti che effettivamente necessitano dell'allestimento dell'accesso vascolare secondo i dati del registro regionale aggiornati al 2014 e stabili rispetto al biennio precedente (**fig.2**).

Nel caso specifico sarebbe **“necessario” e “sufficiente” costituire da 3 a 4 team integrati per la gestione degli accessi vascolari in tutta la regione**. Il Numero di interventi sarebbe approssimativamente distribuito in maniera equa e proporzionato all'utenza: in media circa **50-70 interventi/pazienti incidenti/anno per team**. Un numero relativamente minore di manovre chirurgiche e di interventi spesso in urgenza riguarderebbe invece i pazienti prevalenti in dialisi cronica. In definitiva ogni team avrebbe **un carico complessivo di 100-140 interventi/anno**. Nel caso della provincia di **Catanzaro**, l'unica con due U.O.C. sarebbe sufficiente **un solo team** mentre nel caso della provincia di **Cosenza**, dato il maggior numero di abitanti e l'estensione territoriale, **i team potrebbero essere 2** e coordinati sia dalla U.O.C. dell'Ospedale Annunziata di Cosenza che dalla U.O.C. dell'Ospedale di Rossano. Nella provincia di **Reggio Calabria** un team andrebbe coordinato dall'U.O.C. dell'Ospedale 'Bianchi Melacrino Morelli'.

Il modello proposto garantirebbe anche la gestione delle emergenze, come la trombosi degli accessi vascolari, che potrebbero essere distribuite a livello regionale e non solo provinciale. Nei casi in cui uno di 4 team non avesse la disponibilità immediata del chirurgo dedicato agli accessi vascolari, il paziente potrebbe essere indirizzato in una altra struttura nefrologica-Hub dotata di team polispecialistico pur se non di competenza territoriale.

Questo documento raccoglie le **considerazioni tecniche** di nefrologi in costante contatto con i problemi dei pazienti nefropatici calabresi, ovvero di chi è in grado di percepire le difficoltà quotidiane sul campo e di evidenziarle tra le criticità dell'attuale sistema organizzativo nefrologico.

La rete nefro-dialitica calabrese non può più fare a meno di un programma regionale finalizzato alla gestione dell'accesso vascolare dei pazienti in dialisi senza andare incontro a carenze assistenziali.

Secondo l'opinione condivisa del Presidente e del Consiglio Direttivo della Sezione Calabrese della Società Italiana di Nefrologia, **il modello organizzativo integrato che viene qui proposto è l'unica soluzione che, risolvendo le criticità locali, potrà ridurre anche i costi legati al confezionamento ed alla gestione degli accessi vascolari per emodialisi in Calabria.**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Tazza L. Team dell'accesso vascolare: Modelli organizzativi. NephroMEET; 2012.
2. Lomonte C, Basile C. The role of the nephrologist in the management of vascular access. Nephrol Dial Transplant 2011; 26: 1461–1463.

Figura 1 – Schema del modello integrato proposto da S.I.N. Calabria

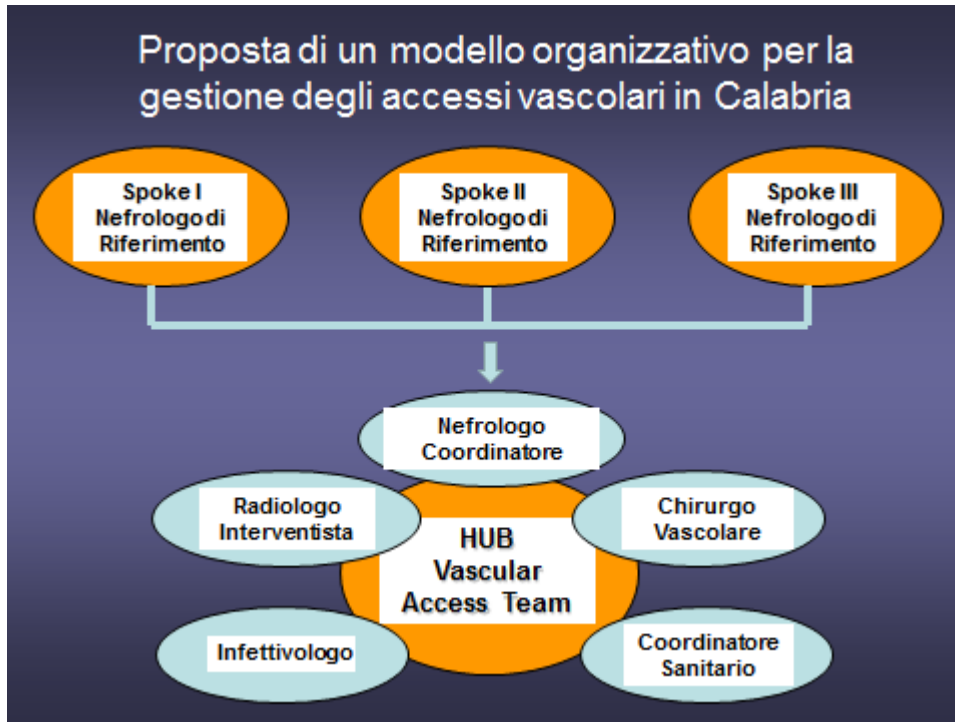
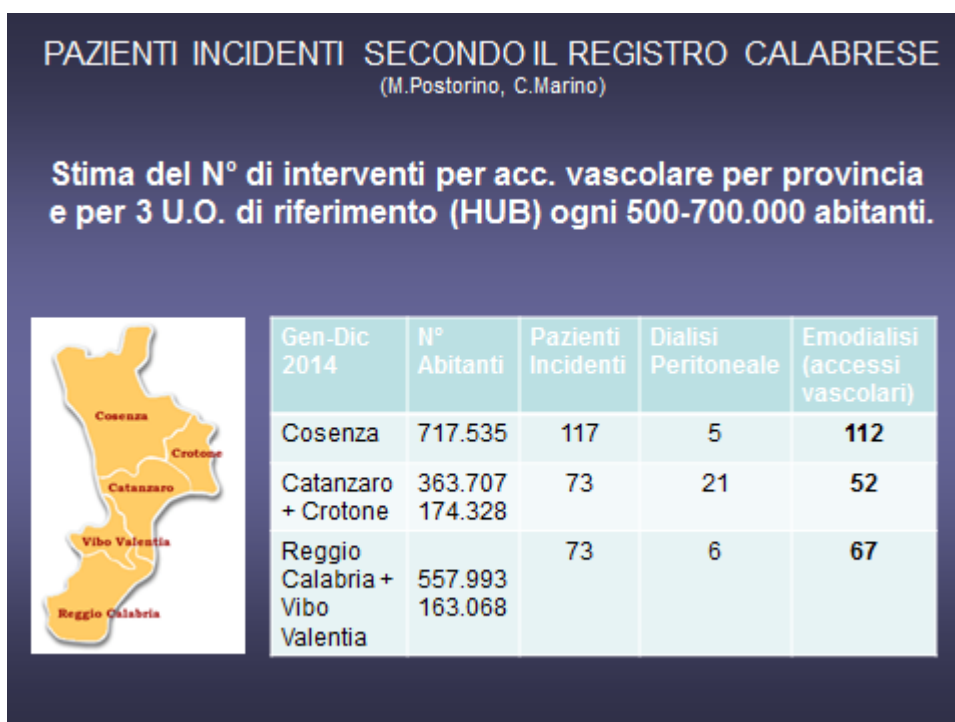


Figura 2 – Incidenza annua della malattia renale cronica terminale in Calabria (RIDT 2014)





Catanzaro, 24 aprile 2016

Il Segretario

Mariadelina Simeoni

Il Presidente

Giorgio Fuiano

I Consiglieri

Vincenzo Bruzzese

Luciano De Paola

Pietro Finocchiaro

Antonio Nicoletti

Massimo Senatore