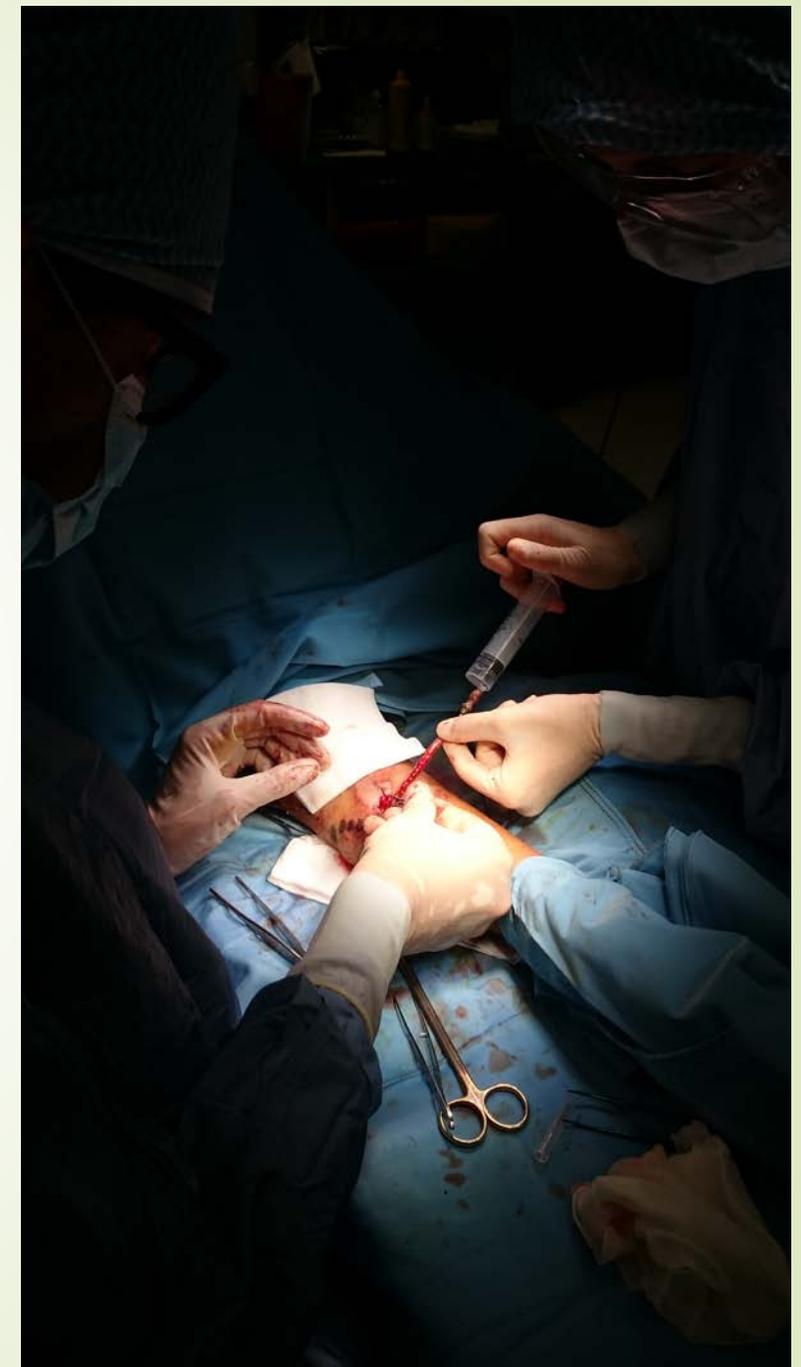




Costruire le reti: i possibili modelli

Decenzio Bonucchi – SSD Nefrologia e Dialisi – Carpi (MO)



Disclosure

- ▶ Il dr. Bonucchi dichiara nessun conflitto d'interesse
- ▶ No royalties sugli articoli pubblicati
- ▶ Il dr. Bonucchi è dipendente dell'AUSL di Modena ed è autorizzato al presente intervento

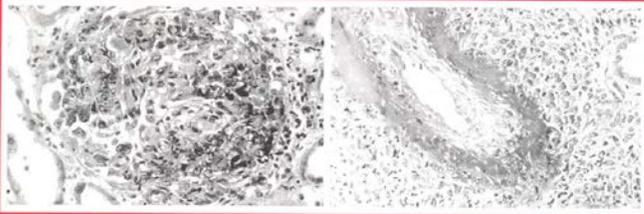


Una lunga storia

**GIORNALE ITALIANO
di
NEFROLOGIA**

SOCIETA' ITALIANA DI NEFROLOGIA

Abstracts on-line
URI: <http://www.sin-italia.org/gin>



2

Recensito in Index Medicus/MEDLINE

Wichtig Editore, Milano - Anno 19 n. 2 2002 Marzo-Aprile

G.I.N. Sped. Abb. Post. - 45% - art. 2 Comma 20/b Legge 662/96-Filiale di Milano Anno 19 n. 2 Bimestrale Marzo-Aprile

straordinaria del Gruppo di Studio, tenutasi in occasione del Corso d'Aggiornamento del S. Carlo del 2001.

È stato individuato un referente per il Censimento in ogni regione ed uno dei componenti il Comitato scientifico sarà il collettore finale dei dati e responsabile della loro elaborazione e pubblicazione sul GIN e sulle pagine del GdS nel Sito-SIN.

È stato elaborato un form per il consenso informato da sottoporre al paziente che deve iniziare terapia sostitutiva della funzione renale.

Tale form, approvato nel corso dell'Assemblea straordinaria del Gruppo di studio (Milano 2001), verrà sottoposto al Consiglio Direttivo della SIN per l'approvazione. È intenzione del Gruppo di Studio di utilizzare il form in via sperimentale in alcune regioni pilota e, in caso di risultati positivi, proporlo per l'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale.

È in preparazione materiale informativo-divulgativo sia per i Medici di Medicina Generale che per i pazienti nefropatici; anche questo materiale sarà sottoposto al Consiglio Direttivo della SIN e, se approvato, proposto in alternativa a quello attualmente circolante per iniziativa di Ditte commerciali del settore.

Il Comitato scientifico ha elaborato un programma d'attività per il 2002, ed ha individuato il relativo fabbisogno finanziario. Sono stati raccolti a questo scopo fondi che la SINERGY provvederà ad amministrare per conto del Gruppo.

I Dottori Gabella e De Vecchi hanno accettato l'incarico di ristrutturazione e manutenzione del sito web del Gruppo.

È stato organizzato dal Gruppo il meeting satellite del Congresso Nazionale della SIN (Trieste Settembre 2001) sulla sclerosi peritoneale.

Rientrano nell'attività scientifica del GdS alcune pubblicazioni tra cui i due Supplementi al GTN&D "Dialisi Peritoneale: dialisi marginale" ed "Ha ancora senso fare emodialisi domiciliare nel 2001", l'elaborazione (tuttora in atto) del questionario sulla DP somministrato sia al Congresso Nazionale di Taormina che con il Supplemento al GTN&D, la partecipazione all'aggiornamento delle Linee-Guida in DP della SIN, lo studio sul metabolismo Calcio-fosforo in DP (anch'esso in atto).

È iniziato un programma atto ad implementare la comunicazione tra Comitato scientifico del GdS ed iscritti, mediante gli organi istituzionali SIN: comunicazioni via mailing-list Socisin, verbali delle riunioni del Comitato scientifico e delle Assemblee al notiziario del GIN (n°4, 5 e 6 del 2001) e prossimamente sulle pagine del sito-web.

In fede
Flavia Caputo
Palermo, 5 Febbraio 2002

Gruppo di Studio sugli Accessi Vascolari

L'organizzazione dipartimentale dei servizi sanitari è un elemento di possibile rinnovamento culturale e razionalizzazione delle risorse. In tal senso il Gruppo di Studio sugli Accessi vascolari della Società Italiana di Nefrologia si è mosso per contribuire al miglioramento della gestione di uno dei problemi più rilevanti per il paziente nefropatico.

La risposta dei Colleghi Radiologi e Chirurghi Vascolari è stata pronta e costruttiva; il documento che segue potrebbe essere la base per future collaborazioni e il punto di riferimento normativo nei confronti dei nostri interlocutori istituzionali.

Il Direttivo del GSAV-SIN

MOGAV - Modello Organizzativo Gestione Accessi vascolari



Consenso intersocietario Modello organizzativo "accessi vascolari per emodialisi" - (Mogav)

La centralità dell'Accesso Vascolare (AV) nella salvaguardia del benessere del paziente nefropatico è ormai dato assodato. Nell'ambito della spesa globale destinata ai dializzati, i costi di gestione relativi agli AV sono rilevanti (20-30 % circa).

In Italia le soluzioni gestionali sono le più diverse e sono nate spontaneamente dalle realtà contingenti. Nel 1997, circa l'80 % dei Centri dialisi organizzava direttamente o in collaborazione col Chirurgo vascolare, l'attività inerente gli AV.

Le tre Società Scientifiche hanno deciso di stendere questo documento per condividere un modello organizzativo multidisciplinare (vedi schema), in grado di dare risposte adeguate e tempestive ad uno dei problemi più pressanti per il paziente dializzato, garantendo allo stesso tempo gli specialisti interessati rispetto a scelte esterne non razionali e non compatibili dal punto di vista clinico-organizzativo.

Il percorso che porta dalla confezione all'utilizzo dell'accesso vascolare, attraverso la prevenzione ed il trattamento delle complicanze (soprattutto infezioni e trombosi), coinvolge diverse figure sanitarie:

- Il nefrologo e l'infermiere di dialisi, per la confezione degli

- accessi di prima scelta e come utilizzatori.
- Il chirurgo vascolare per i casi complessi, l'impianto di protesi e il trattamento delle complicanze.
- Il radiologo interventista per il trattamento delle stenosi e per la diagnostica strumentale pre-operatoria e della complicità.

Le rispettive competenze possono variare a seconda della storia del singolo centro dialisi e alla disponibilità delle diverse figure elencate; il MOGAV non deve essere inteso quindi come unità rigida, bensì come nucleo operativo e culturale. La partecipazione dell'anestesista, coinvolto in alcuni Centri nella gestione dei Cateteri Venosi Centrali, può essere una variabile in grado di arricchire il sistema.

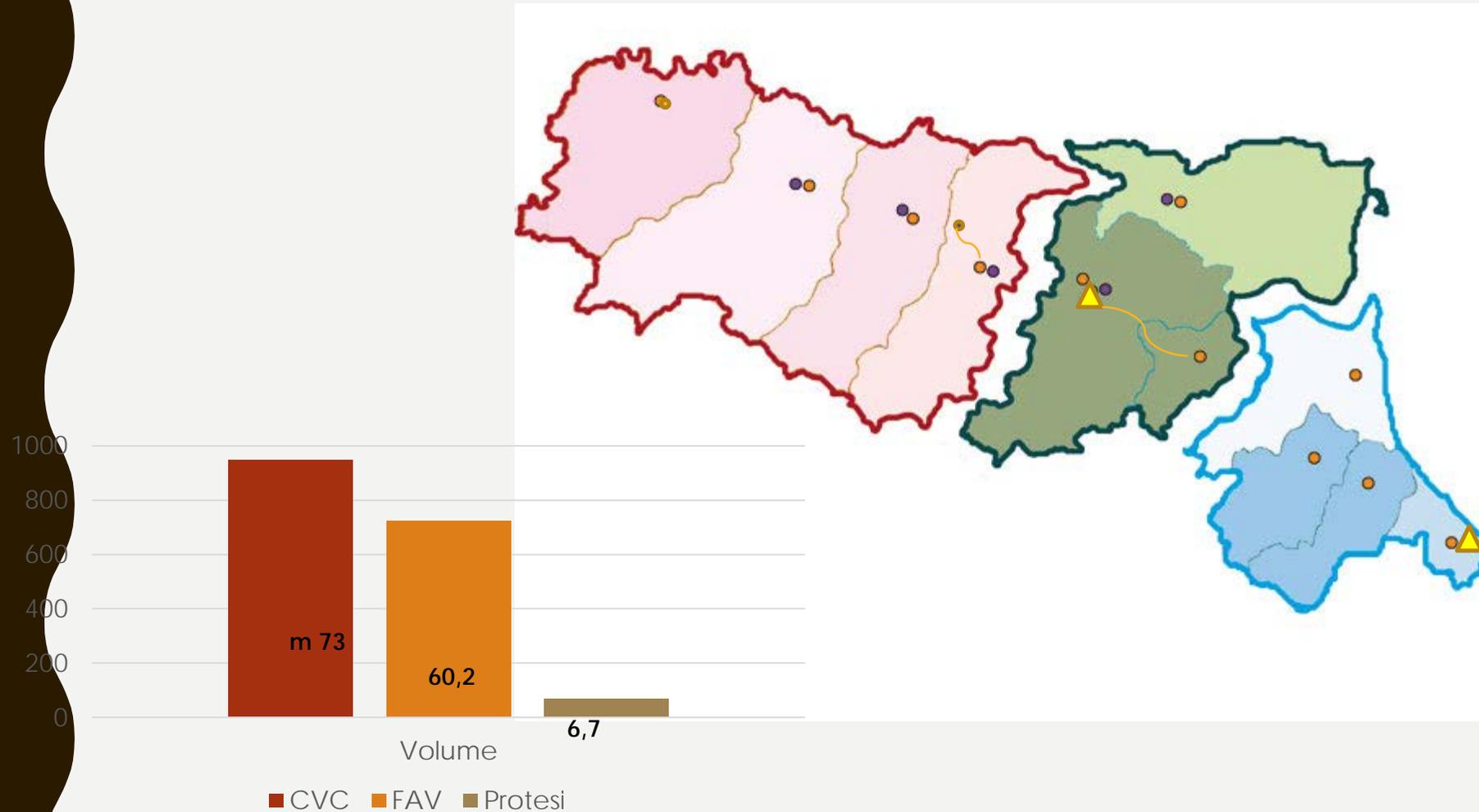
È verosimile che il ruolo di coordinatore spetti al Nefrologo, in quanto garante del follow-up del paziente fin dallo stadio dell'IRC in terapia conservativa (che richiede la scelta della metodica dialitica e la confezione tempestiva dell'accesso più idoneo) e successivamente dell'utilizzo dell'AV. Insieme all'IP di dialisi, il nefrologo ha la possibilità di monitorare i parametri di funzionamento dell'AV, avviando tempestivamente le collaborazioni diagnostiche e terapeutiche.

Come abbiamo
messo a frutto
la nostra
clinical competence ?



L'INVOLUZIONE DEL SISTEMA: GLI OPERATORI DIVENTANO INCONSAPEVOLI

SERIAL NECK-STICKER



QuestAV2103

Lo studio DOPPS è una foto di gruppo

AJKD

Original Investigation

Trends in US Vascular Access Use, Patient Preferences, and Related Practices: An Update From the US DOPPS Practice Monitor With International Comparisons

Ronald L. Pisoni, PhD, MS,¹ Lindsay Zepel, MS,¹ Friedrich K. Port, MD, MS,¹ and Bruce M. Robinson, MD, MS^{1,2}

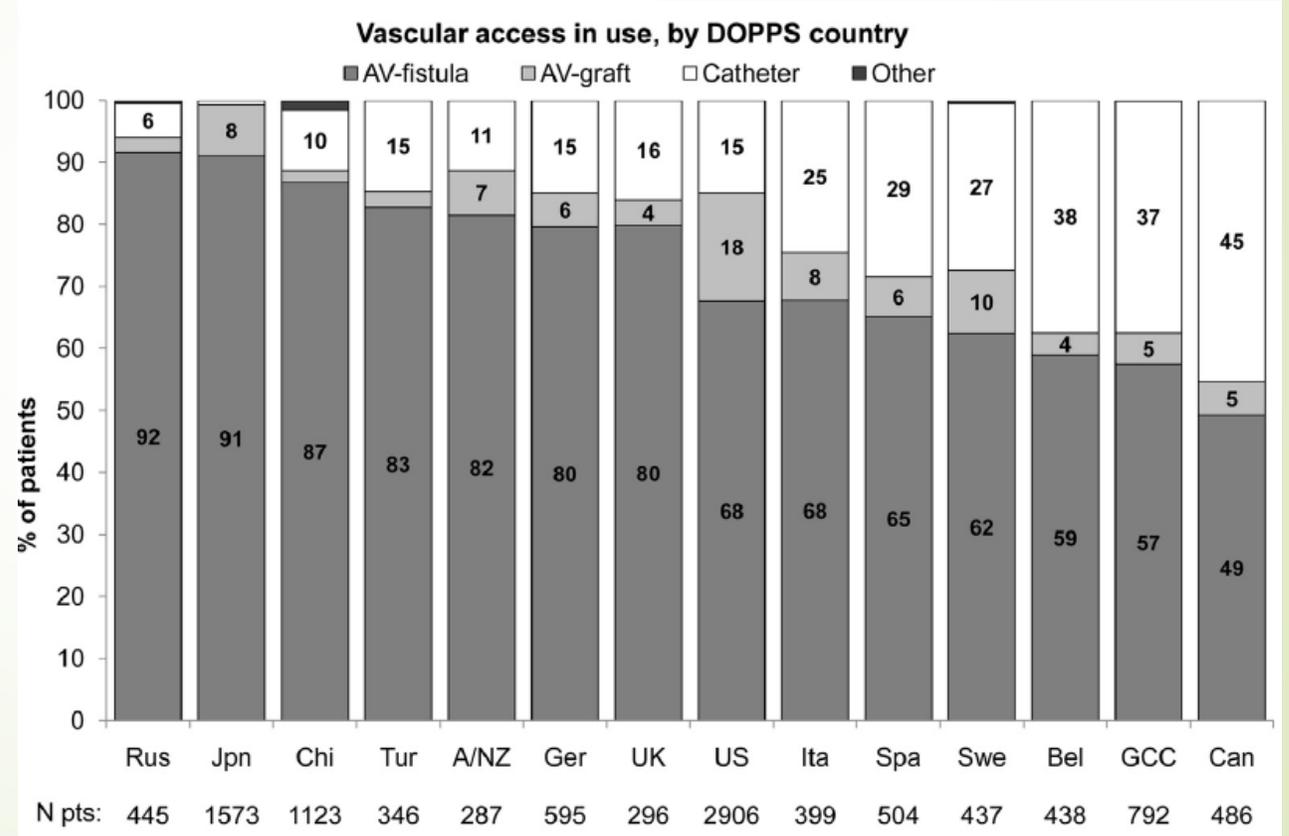
From ¹Arbor Research Collaborative for Health; and ²Department of Internal Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Received August 23, 2014. Accepted in revised form December 11, 2014. Originally published online February 6, 2015.

Address correspondence to Ronald L. Pisoni, PhD, MS, Arbor Research Collaborative for Health, 340 East Huron St, Ste 300, Ann Arbor, MI 48104. E-mail: ronald.pisoni@arborresearch.org

© 2015 by the National Kidney Foundation, Inc.
0272-6386

<http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.12.014>



Il questionario italiano 9813 è una sequenza di diapositive di 2 epoche diverse

JVA
ISSN 1129-7298

J Vasc Access 2016; 17 (5): 401-404
DOI: 10.5301/jva.5000575

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Vascular access scenario in Italy: evolution and comparison by two surveys (1998-2013)

Decenzio Bonucchi^{1,3}, Lucia Palmieri², Silvia Arletti¹, Gianni Cappelli², Carlo Lomonte¹, Massimo Lodi², Mario Meola¹, Monica Spina³, Marcello Napoli³

¹Nefrologia Area Nord, Carpi (MO), AUSL Modena, Modena - Italy
²Nephrology, Dialysis and Renal Transplantation, University Hospital, Modena - Italy
³Vascular Access Study Group, Italian Society of Nephrology, Roma - Italy

Note esperienze e documenti

Vol. 16, N. 4, Ottobre-Dicembre 2015

Politiche sanitarie

Accessi vascolari per emodialisi: ruolo della medicina di organizzazione nello sviluppo di un modello gestionale a livello interaziendale

Decenzio Bonucchi^{1,3}, Massimo Giovannoni², Gianni Cappelli³, Cristian Caporali⁴, Andrea Bandera⁵, Massimo Lodi³, Monica Spina³, Mario Meola³, Carlo Lomonte³

¹SSD Nefrologia e Dialisi, Carpi (Mo), AUSL Modena; ²Chirurgia Vascolare, AUSL Modena; ³Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale, AOU Policlinico di Modena; ⁴Radiologia, AOU Policlinico di Modena; ⁵Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

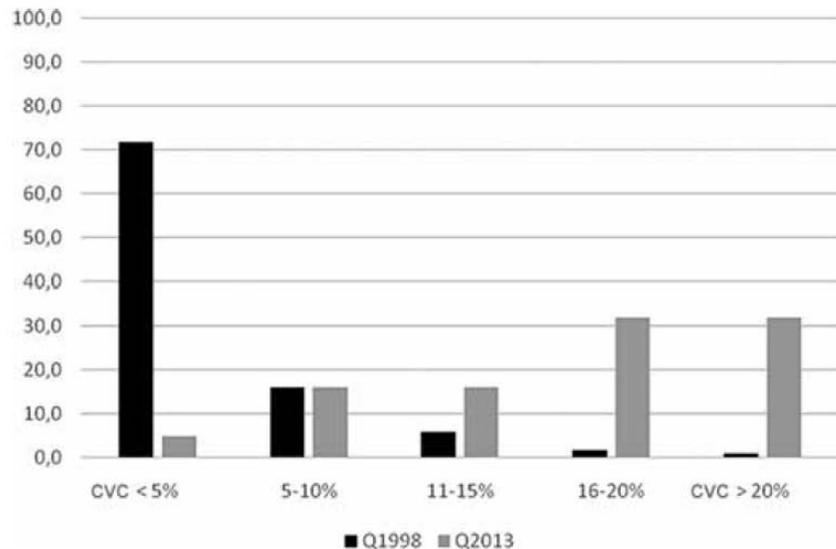


Fig. 2 - Clusters of dialysis centers (% of responses) as for CVC in prevalent patients. Comparison of Questionnaire (Q) results in 1998 (black columns) and in 2013 (grey).

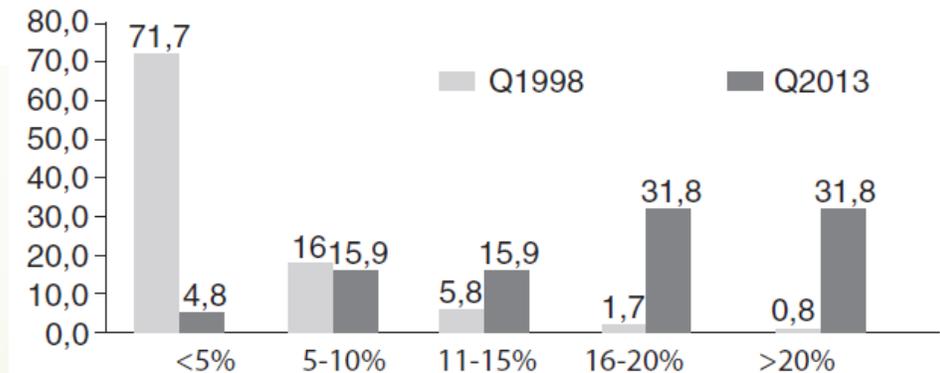


Figura 1 - Classi di prevalenza dei cateteri venosi centrali negli emodializzati prevalenti: confronto 1998-2013. L'utilizzo di Cvc nei pazienti in dialisi cronica supera attualmente il 15% nella metà dei centri dialisi italiani (colonne nere a destra). Quindi, ci anni prima l'utilizzo di Cvc era marginale (<5%) nei 2/3 dei centri (colonne grige a sinistra).

Can Better Understanding and Use of Treatment Center Performance Feedback Improve Hemodialysis Care? A Role for the Medical Director

Peter B. DeOreo,* Raynel Wilson,† and Jay B. Wish‡

*Centers for Dialysis Care, Cleveland, Ohio, †The Renal Network, Inc., ESRD Network 9/10, Indianapolis, Indiana, and ‡Division of Nephrology, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio

In his book, *The Wisdom of Crowds*, James Surowiecki (1) uses Nietzsche's statement (2) that "Madness is rare in individuals—but in groups, parties, nations, and ages it is the rule" as the antithesis to his argument that there is much to be learned in the "conclusions" reached by "crowds." He proposes that to qualify as "wisdom," the conclusions should be the aggregate results of individuals with diverse opinions, working independently in decentralized locations. That is a fairly apt description of nephrology practice. Although our practices are evaluated by comparison to various guidelines and practice standards, there is still substantial observed variation in outcomes. Many of these practice standards (opinion based) themselves are the "wisdom of the crowd."

Table 3. How to use feedback reports for improving quality

-
- Compare facility performance to region, state, Network, and nation
 - Encourage improved patient education and vascular access placement before CKD stage 5
 - Identify and change practice patterns of physicians referring to the facility
 - Trend performance over time
 - Identify root causes
 - Set goals and priorities
 - Gain buy-in from surgeons and referring nephrologists for quality agenda
 - Use for facility staff education
-

also the only such instrument pilot tested in ESRD. Its greatest advantage is that there are already data on results across several geographic regions in the United States. The AHRQ website has a complete toolkit allowing facilities to download and score the instrument.

In summary, there is a great deal of information available to medical directors to guide their facilities' QAPI programs. In addition to informing QAPI programs, facility-specific feedback data, and national benchmark data may be useful for other quality activities at the provider level, as summarized in Table 3. The data in the aggregate, represent the wisdom of the crowd of dedicated professionals using their best judgment on the evidence available, tintured by their experience to care for their patients.

Vascular access scenario in Italy: evolution and comparison by two surveys (1998-2013)

Decenzio Bonucchi¹⁻³, Lucia Palmieri², Silvia Arletti¹, Gianni Cappelli², Carlo Lomonte³, Massimo Lodi³, Mario Meola³, Monica Spina³, Marcello Napoli³

¹ Nefrologia Area Nord, Carpi (MO), AUSL Modena, Modena - Italy

² Nephrology, Dialysis and Renal Transplantation, University Hospital, Modena - Italy

³ Vascular Access Study Group, Italian Society of Nephrology, Roma - Italy



TABLE II - Distribution and volume of vascular access activity (2013 survey only)

Procedure	AVF	Graft	CVC
No./year (mean)	33.9	4.8	41.3
% of total volume	42.4	6	51.6
Range (n)	0-200	0-80	0-370

Q9813 – Sottoanalisi Emilia-Romagna

JVA

ISSN 1129-7298

J Vasc Access 2016; 17 (5): 401-404

DOI: 10.5301/jva.5000575

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Vascular access scenario in Italy: evolution and comparison by two surveys (1998-2013)

Decenzio Bonucchi^{1,3}, Lucia Palmieri², Silvia Arletti¹, Gianni Cappelli², Carlo Lomonte³, Massimo Lodi², Mario Meola³, Monica Spina³, Marcello Napoli³

¹ Nefrologia Area Nord, Carpi (MO), AUSL Modena, Modena - Italy

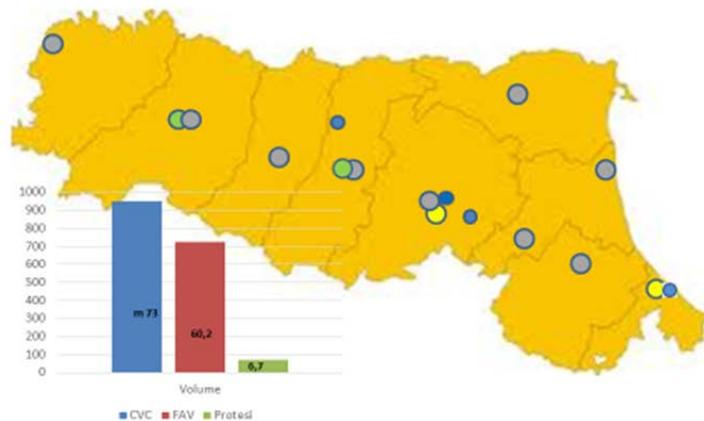
² Nephrology, Dialysis and Renal Transplantation, University Hospital, Modena - Italy

³ Vascular Access Study Group, Italian Society of Nephrology, Roma - Italy



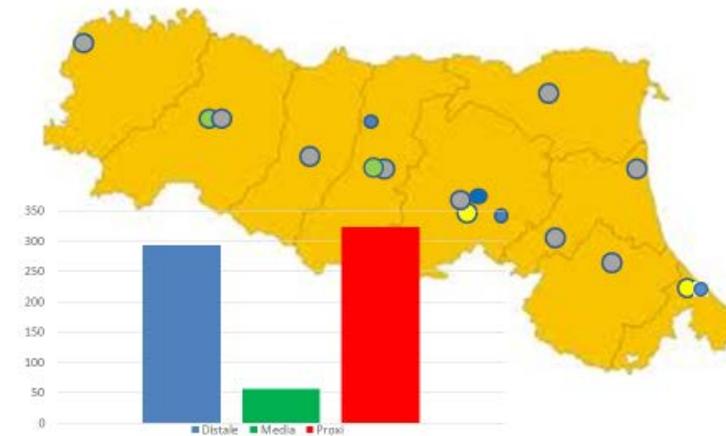
Emilia Romagna Activity volume as for dialysis centre

100% response rate



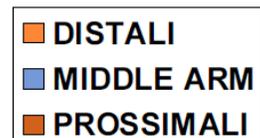
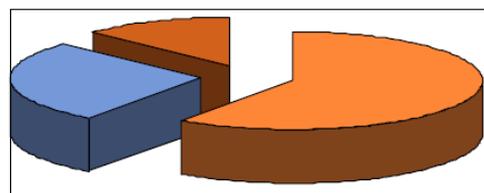
Emilia Romagna Location of AVF according to activity volume

100% response rate



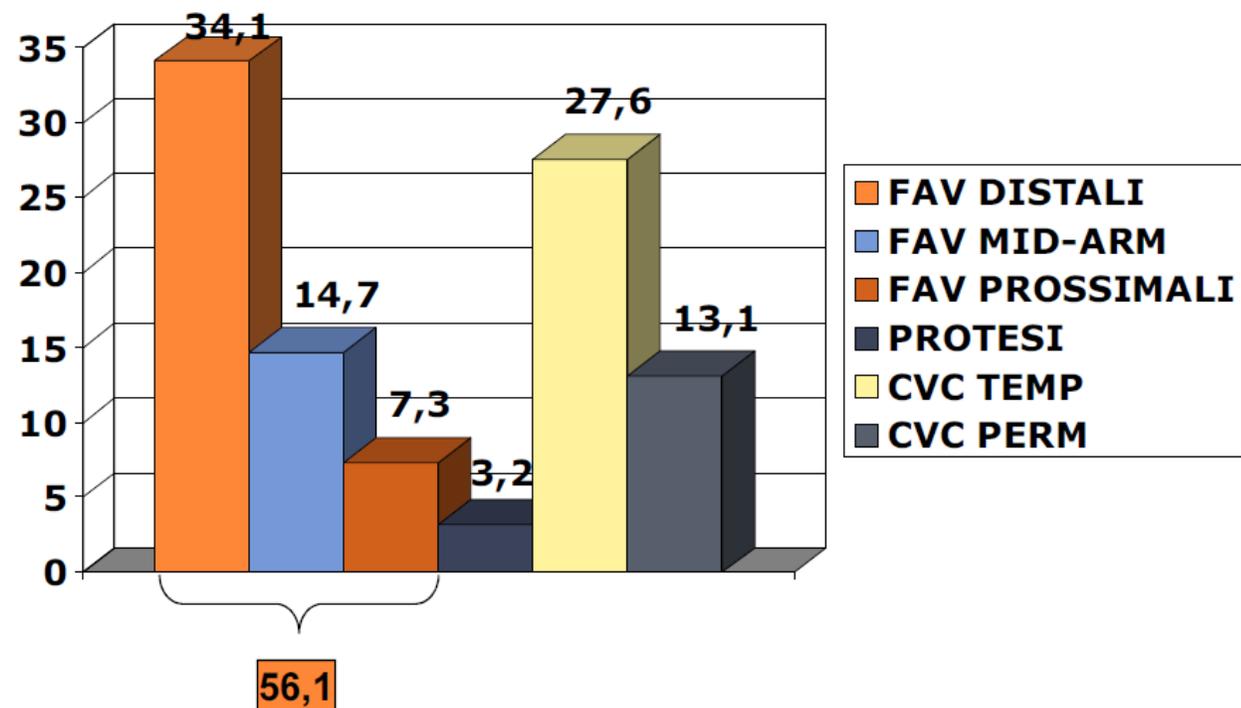
Piemonte Orientale 2105 – P. David, ANTE 2015

TIPOLOGIA FAV NATIVE



DISTALI: 60 %
MIDDLE ARM: 27,3 %
PROSSIMALI: 12,7 %

PAZIENTI INCIDENTI TIPO DI ACCESSO VASCOLARE ALLA PRIMA DIALISI



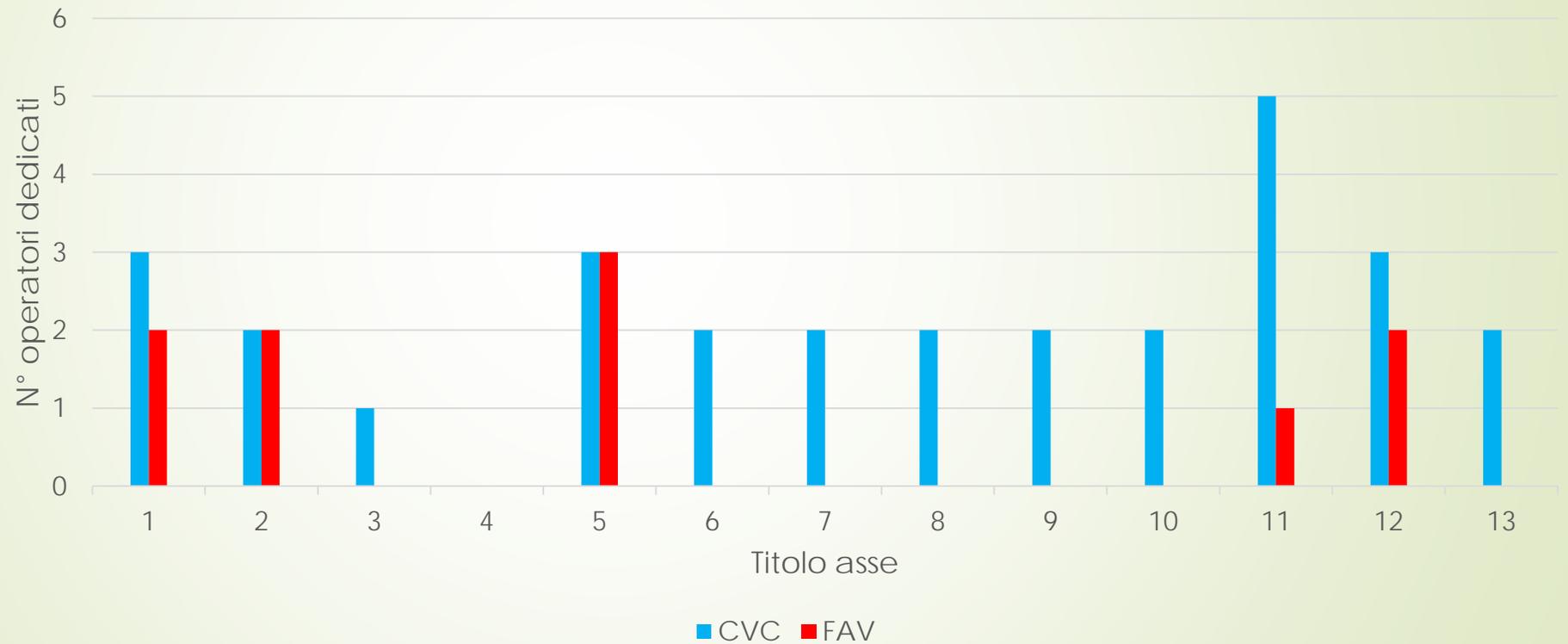
2013

**Su 48 operatori coinvolti nell'accesso vascolare,
31 avevano nel 2014 oltre 50 anni ,
e la maggior parte dei più giovani si occupava di CVC.
In 6/13 centri non c'erano nefrologi in grado di confezionare FAV**



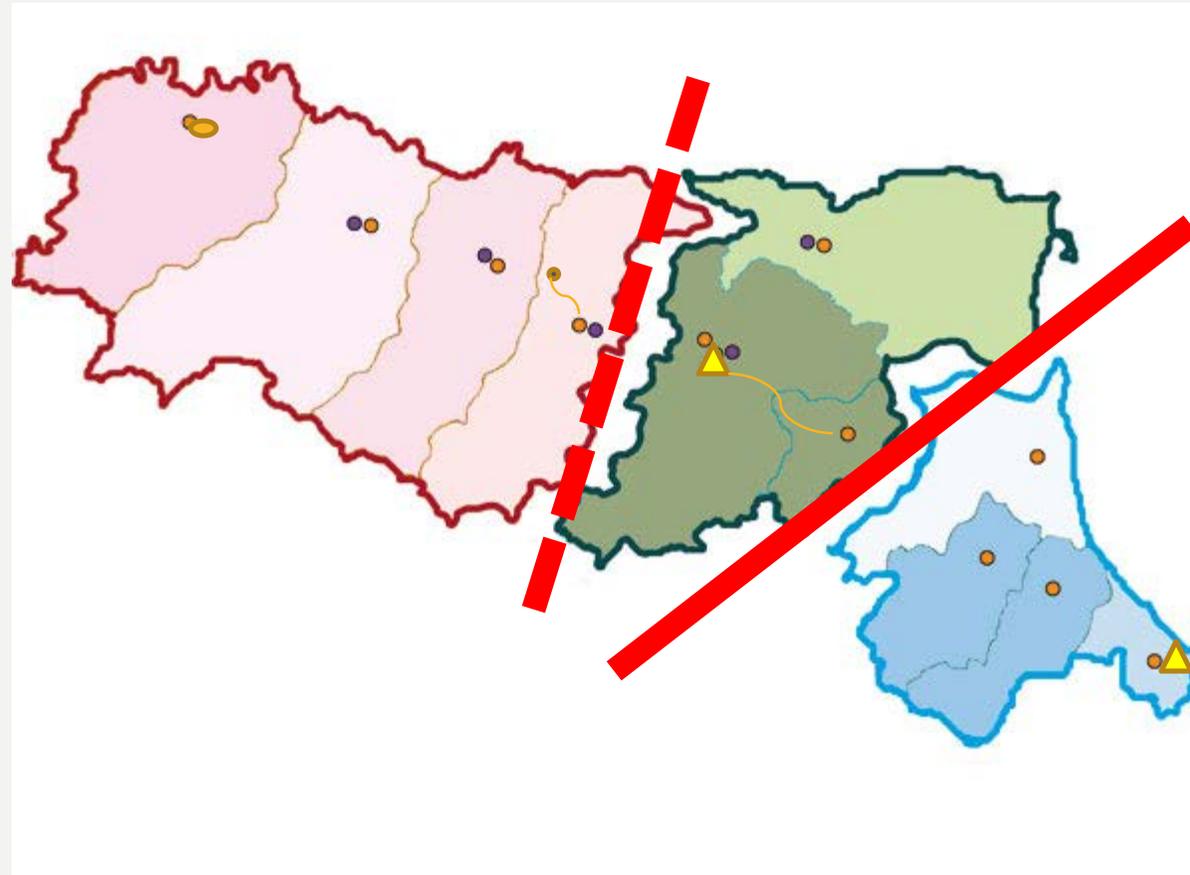
Emilia -Romagna 2018

Chi fa (ancora) cosa



EMILIA ROMAGNA QUESTIONARIO

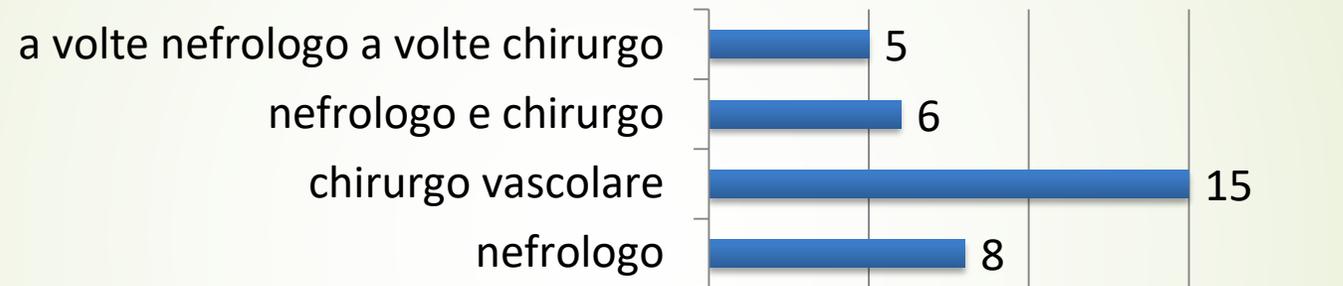
AVERQUEST2018



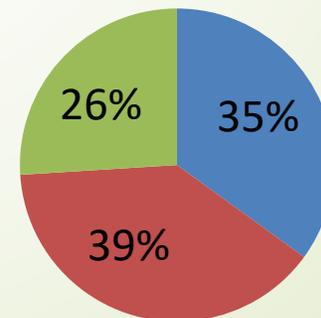
4,5 milioni di abitanti; prevalenza circa 700 ppm, incidenza 145.

Chi fa cosa in Veneto

Survey Triveneto Accessi vascolari 2017 Patrizia Veniero - Trento



Prevalenza FAV
In funzione
degli operatori



■ nefrologo
■ chirurgo
■ nefro/chir

Dialisi peritoneale in ER



centro	%DP	Area vasta	Nefro FAV
1	16.0	en	+
2	14.2	en	+
3	10.6	c	
4	13.5	c	
5	12.0	en	+
6	6.8	r	
7	7.8	r	
8	3.7	r	
9	13.7	c	
10	8.5	r	
11	10.0	en	+
12	16.7	en	+
13	10.0	c	

Clinical Competence Gestionale

Vol. 16, N. 4, Ottobre-Dicembre 2015

Note, esperienze e documenti

Politiche sanitarie

Accessi vascolari per emodialisi: ruolo della medicina di organizzazione nello sviluppo di un modello gestionale a livello interaziendale

Decenzio Bonucchi^{1,5}, Massimo Giovannoni², Gianni Cappelli³, Cristian Caporali⁴, Andrea Bandera⁵, Massimo Lodi⁵, Monica Spina⁵, Mario Meola⁵, Carlo Lomonte⁵

¹SSD Nefrologia e Dialisi, Carpi (Mo), Ausl Modena; ²Chirurgia Vascolare, Ausl Modena;

³Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale, AOU Policlinico di Modena; ⁴Radiologia, AOU Policlinico di Modena;

⁵Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

Non basta saper fare (la FAV)

Tabella 1 - *Caratteristiche cliniche e organizzative degli accessi vascolari per emodialisi*

	Fav	Graft	Cvc
Prevalenza in Italia	70%	5%	25%
Costi complessivi (allestimento e manutenzione)	+	+++	++
Rischio trombotico	+	++	++
Rischio infettivo	-	+	++
Rischio di eventi avversi gravi	-	+	+++
Punti deboli	Mancata maturazione	Stenosi dello scarico venoso	Incidenti al momento dell'impianto, stenosi vene centrali
Tempo di maturazione	+++	++	+
Skill infermieristico per la gestione	+	+++	+++
Gradimento per il paziente	+	+	++



Contestualizzare: la FAV è UNO dei tools per l'emodialisi, ma l'emodialisi non è l'unico presidio per l'IRC terminale.

Il nostro gruppo deve prendere posizione riguardo la selezione dei pazienti in funzione della scelta ottimale della modalità di trattamento (più DP, più trapianti, più palliative significa meno CVC e meno FAV problematiche)

Organizzare: l'expertise degli accessi è sempre più raro, i casi difficili non vengono tracciati e non c'è garanzia che ottengano il trattamento migliore.

La qualità del percorso (e non solo l'outcome) deve essere tracciabile e valutabile.

How arteriovenous grafts could help to optimize vascular access management

Anatole Besarab¹ | Lalathaksha Kumbar²

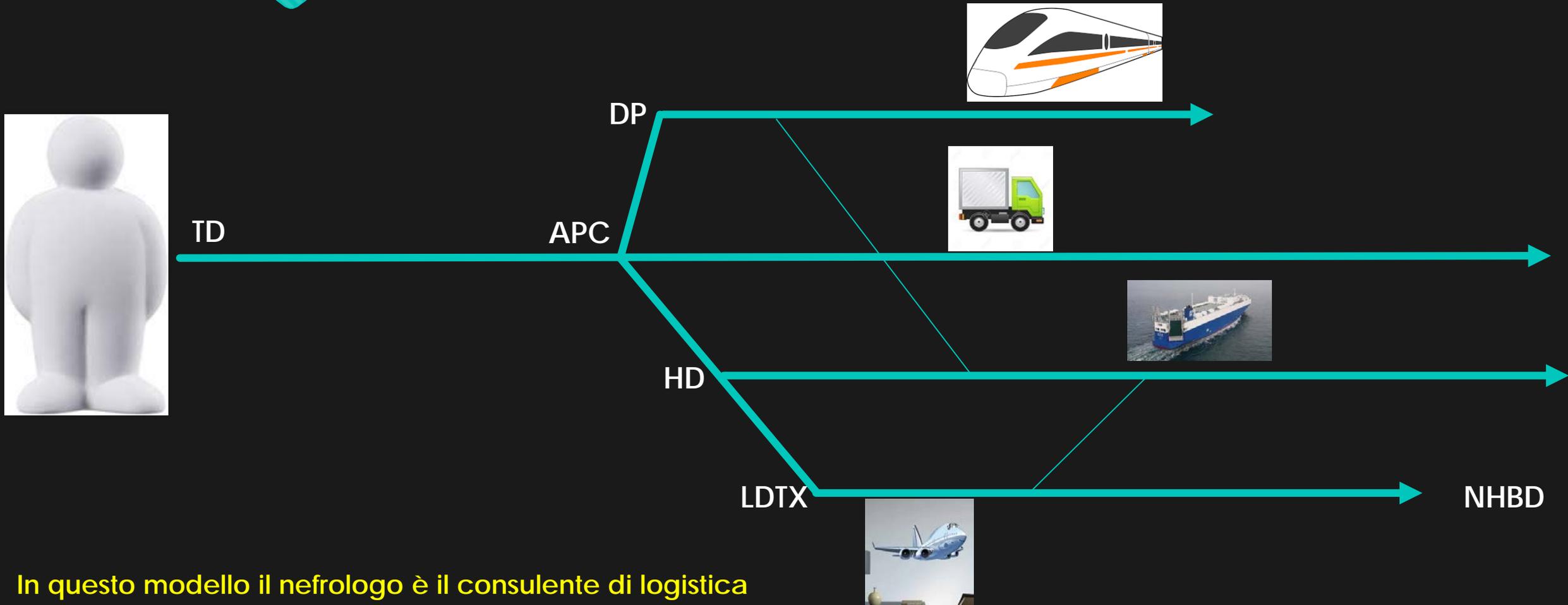
- **Le protesi sono la soluzione ?**
- Rapporto con i Chirurghi Vascolari
- Presenza medica in periferia
- Skill infermieristico
- Disponibilità diffusa dell'ecografo
- Tempestività di interventi correttivi
- Scelta dei materiali

3 | DECIDING ON THE ACCESS TYPE

Deciding with the patient the type of vascular access to be created requires a careful history, physical examination, and imaging.^{5,19} Creation of vascular access also requires a series of multiple steps.

About 10 AVF options are possible on every upper extremity.^{20,21} However, vascular variations of both arteries and veins in the hand, forearm and upper arm may reduce the number of options in a particular patient.^{22,23} Fewer AVG options are available, with priority given to forearm grafts.²⁴ Understanding failure of current access options to meet the expectations of reliable dialysis access provides the avenue to recognize the role of AVG in the access creation paradigm.

Trattamento multimodale della MRC: il paziente da merce trasportata a driver consapevole



In questo modello il nefrologo è il consulente di logistica

Gerarchie organizzative nel sistema AV

ME, 16, N. 4, Ottobre Dicembre 2015
 Note, esperienze e documenti Politiche sanitarie

Accessi vascolari per emodialisi: ruolo della medicina di organizzazione nello sviluppo di un modello gestionale a livello interaziendale

Decenzio Bonucchi^{1,5}, Massimo Giovannoni², Gianni Cappelli³, Cristian Caporali⁴, Andrea Bandera⁵, Massimo Lodi⁵, Monica Spina⁵, Mario Meola⁵, Carlo Lomonte⁵

¹SSD Nefrologia e Dialisi, Corpi (Mo), Asst Modena; ²Chirurgia Vascolare, Asst Modena; ³Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale, AOU Policlinico di Modena; ⁴Radiologia, AOU Policlinico di Modena; ⁵Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

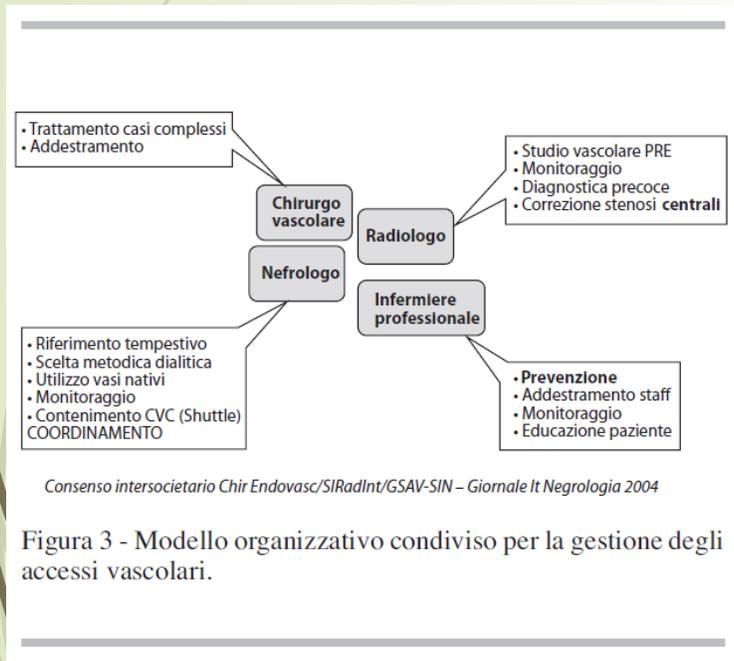
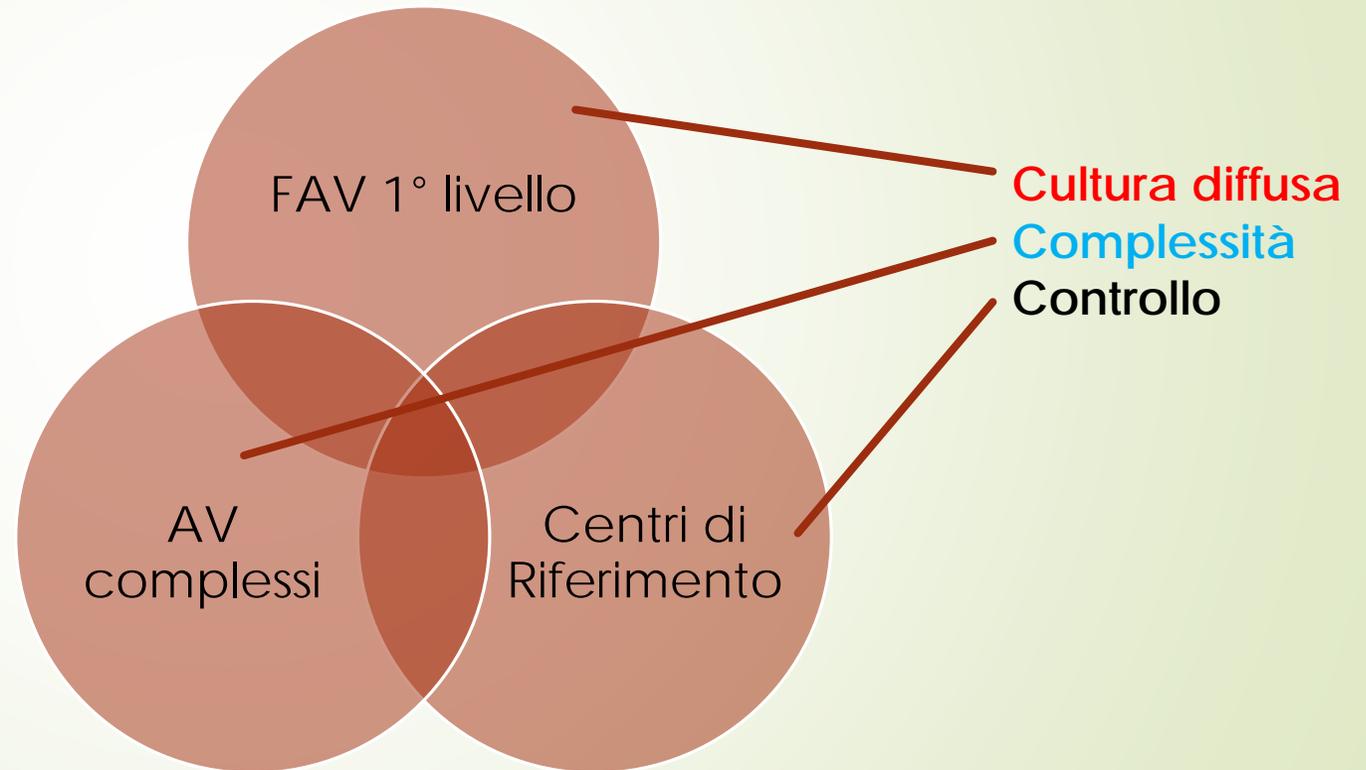


Figura 3 - Modello organizzativo condiviso per la gestione degli accessi vascolari.



Piattaforma logistica

Note, esperienze e documenti

Vol. 16, N. 4, Ottobre-Dicembre 2015

Politiche sanitarie

Accessi vascolari per emodialisi: ruolo della medicina di organizzazione nello sviluppo di un modello gestionale a livello interaziendale

Decenzio Bonucchi^{1,5}, Massimo Giovannoni², Gianni Cappelli³, Cristian Caporali⁴, Andrea Bandera⁵, Massimo Lodi⁵, Monica Spina⁵, Mario Meola⁵, Carlo Lomonte⁵

¹SSD Nefrologia e Dialisi, Carpi (Mo), Ausl Modena; ²Chirurgia Vascolare, Ausl Modena; ³Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale, AOU Policlinico di Modena; ⁴Radiologia, AOU Policlinico di Modena; ⁵Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

Dal punto di vista logistico, il modello proposto si realizza secondo una logica trasversale che riconduce i professionisti coinvolti alla sede di attività (il centro dialisi, la sala operatoria ibrida, l'ambulatorio dedicato, il magazzino materiali) e non alla struttura di appartenenza, nella direzione di una collaborazione dipartimentale. Prevale quindi il concetto di piattaforma operativa su cui convergono i gruppi di professionisti.



La sala ibrida come punto di incontro dei professionisti

Per fare rete ci vogliono i giocatori

Note, esperienze e documenti

Vol. 16, N. 4, Ottobre-Dicembre 2015

Politiche sanitarie

Accessi vascolari per emodialisi: ruolo della medicina di organizzazione nello sviluppo di un modello gestionale a livello interaziendale

Decenzio Bonucchi^{1,5}, Massimo Giovannoni², Gianni Cappelli³, Cristian Caporali⁴,
Andrea Bandera⁵, Massimo Lodi⁵, Monica Spina⁵, Mario Meola⁵, Carlo Lomonte⁵

¹SSD Nefrologia e Dialisi, Carpi (Mo), Ausl Modena; ²Chirurgia Vascolare, Ausl Modena;
³Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale, AOU Policlinico di Modena; ⁴Radiologia, AOU Policlinico di Modena;
⁵Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

Esistono però alcune barriere a una piena collaborazione multiprofessionale:

- spesso il chirurgo vascolare considera di basso profilo l'attività sulle Fav e da questo conseguono lunghe liste d'attesa;
- le manovre interventistiche sono a volte terreno di conflitto fra diverse specialità;
- raramente il rianimatore adatta le proprie tecniche e abitudini alle esigenze del paziente dializzato e l'impianto dei Cvc ricade completamente sul nefrologo;
- non sempre il nefrologo svolge a pieno il proprio ruolo di coordinatore;
- infine, l'infermiere di dialisi non trova un'adeguata motivazione alla gestione attiva degli Av.

Dialysis Vascular Access Management by Interventional Nephrology Programs at University Medical Centers in the United States

Tushar J. Vachharajani,* Shahriar Moossavi,* Loay Salman,† Steven Wu,‡ Amy C. Dwyer,§ Jamie Ross,¶ Ramanath Dukkipati,** Ivan D. Maya,†† Alexander S. Yevzlin,‡‡ Anil Agarwal,§§ Kenneth D. Abreo,¶¶ Jack Work,*** and Arif Asif†

*Dialysis Access Group of Wake Forest University School of Medicine, Department of Internal Medicine/Nephrology, Winston-Salem, North Carolina, †Interventional Nephrology, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, Florida, ‡Interventional Nephrology, Massachusetts General Hospital-Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, §Interventional Nephrology, University of Louisville, Kentucky, ¶Vascular Access Unit, University of California, Davis School of Medicine, Sacramento, California, **Division of Nephrology, Harbor-UCLA Medical Center, Torrance, California, ††Interventional Nephrology, University of Alabama, Birmingham, Alabama, ‡‡Interventional Nephrology, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin, §§Interventional Nephrology, Ohio State University, Columbus, Ohio, ¶¶Interventional Nephrology, Louisiana State University Health Sciences Center, Shreveport, Louisiana, and ***Interventional Nephrology, Emory University, Atlanta, Georgia

Seminars in Dialysis—Vol 24, No 5 (September–October) 2011 pp. 564–569

TABLE 1. Models of interventional nephrology programs at University Medical Centers

Models	Date established
Hospital-based program	
Louisiana State University Health Sciences Center	1995
University of Louisville (initially)	2004
University of California, Davis School of Medicine	2007
Freestanding access center	
University of Miami	2001
Emory University	2003
Dialysis Access Group-Wake Forest University School of Medicine	2007
University of Louisville (currently)	2008
Harbor, University of California Los Angeles	2008
Collaboration with Interventional Radiology	
University of Alabama	2004
Ohio State University	2004
Massachusetts General Hospital-Harvard Medical School	2004
Collaboration with Interventional Cardiology	
Overton Brooks VAMC-Shreveport	2002
University of Wisconsin	2005

Quali reti

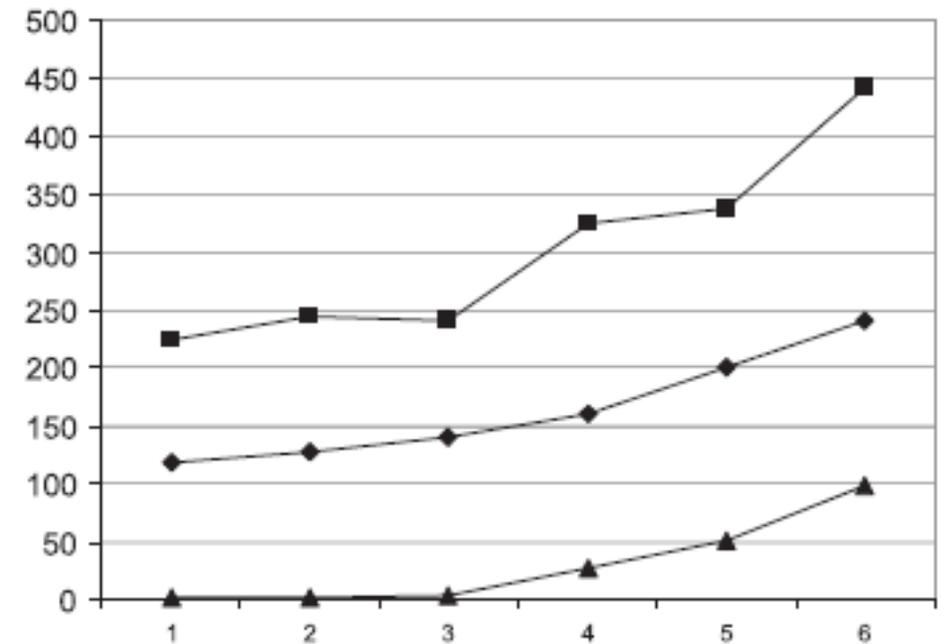


FIG. 2. Growth trends of hemodialysis arteriovenous access-related procedures and patients from 2003 to 2008 at Massachusetts General Hospital-Harvard Medical School. Squares represent the number of venous outflow angiogram procedures; diamonds represents the number of patients referred for access-related endovascular procedures; and triangles represent the number of arterial inflow procedures.

A Vascular Access Coordinator Improves the Prevalent Fistula Rate

Amy Dwyer, Paula Shelton, Michael Brier and George Aronoff

University of Louisville, Louisville, Kentucky

Seminars in Dialysis—Vol 25, No 2 (March–April) 2012
pp. 239–243

University of Louisville Catheters

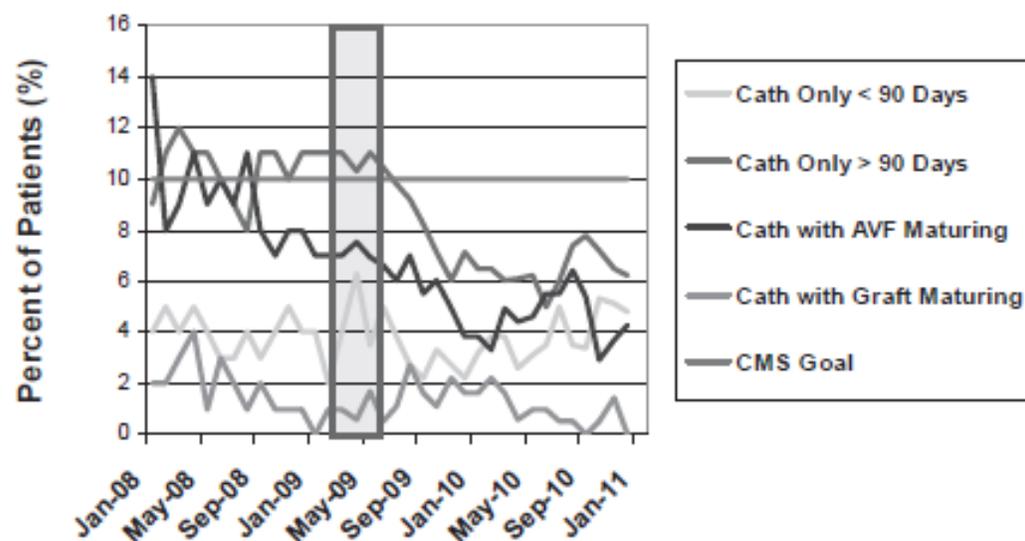


FIG. 5. Hemodialysis Catheters in University patients from January 2008 to December 2010. The blue rectangle represents the time from hiring the vascular access coordinator to time of implementation of the vascular access protocols. Data during this time period was excluded from the statistical analysis.

University of Louisville Vascular Access

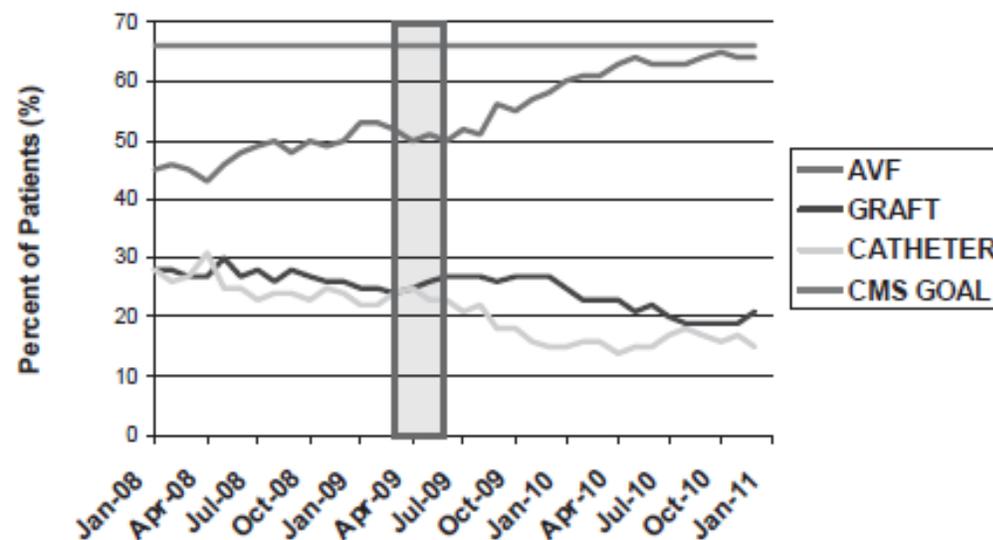


FIG. 4. Access type from January 2008 to December 2010. The blue rectangle represents the time from hiring the vascular access coordinator to time of implementation of the vascular access protocols. Data during this time period was excluded from the statistical analysis.



Per una gestione *Lean* degli Accessi Vascolari

**Decenzio Bonucchi^{1,2}, Francesca Facchini¹, Gianni Cappelli¹, Monica Spina^{2,3},
Antonio Granata^{2,4}, Andrea Bandera^{2,5}, Marcello Napoli^{2,6}**

DIALYSIS VASCULAR ACCESS AND LEAN MANAGEMENT

Abstract. Vascular access (VA) is the key point to obtain an efficient dialysis, since VA dysfunction can hinder efficacy by increasing costs and hospitalization time, and by worsening quality of life. Costs of VA are increasing, due to the development of new grafts, catheters, and stents, and the increasing number of old patients.

A global strategy to contain costs in this field requires a solid and consistent strategy of process management. The Toyota Production System could offer a method to analyze VA from a patient-oriented point of view, by means of identifying wastes and value stream during the process.

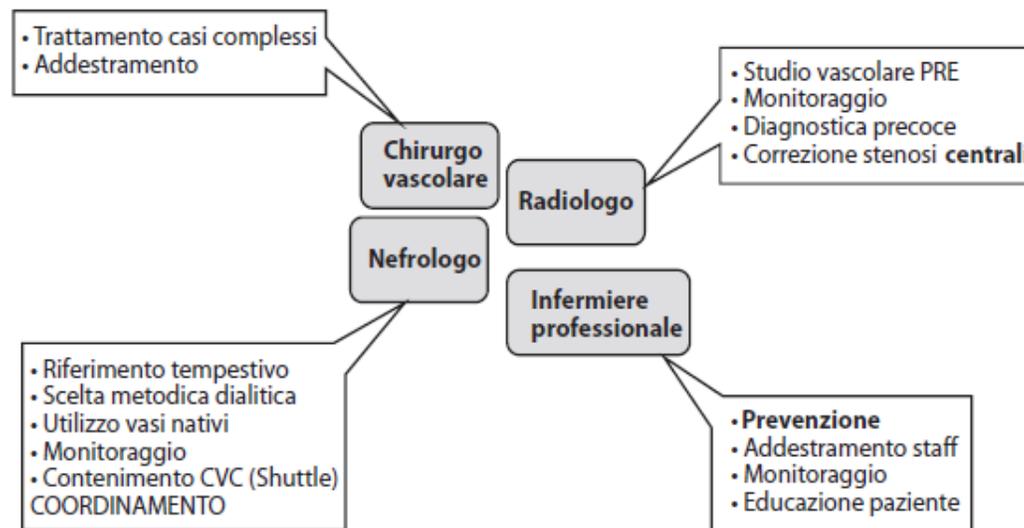
Vascular burden of at-risk patients (chronic disease, frequent hospital stay) must be protected by skilled nurses. Late referral must be constrained to low figures by controlling the territory and allowing the planning of internal native VA. Residual CVC must be evaluated for AVF conversion, and a hierarchy among AVF, AVG and CVC must be established and respected. Finally, angioplasty and stents must be used in selected cases.

CVC appear to be the main waste, while AV fistula is the access with maximum added value.

Such a complex activity, involving many professionals, fits very well with a low volume/high quality industry model, and is based on the empowerment of each professional along the production chain.

The multi-professional model requires a coordinator able to guide the patient along a pathway composed by the classical steps of planning, monitoring, clinical discussion, and corrective measures. It is our opinion that a senior nurse could be the right professional to do this job, as suggested by the model implemented in organ transplantation.

Il Network ITALYAV2020 (Centro di Riferimento Nazionale AV)



Consenso intersocietario Chir Endovasc/SIRadInt/GSAV-SIN – Giornale It Nefrologia 2004

Figura 3 - Modello organizzativo condiviso per la gestione degli accessi vascolari.

Accessi vascolari e trapianti: 2 mondi lontani ?



Tabella 3 - Accessi vascolari per emodialisi e trapianti a confronto

	Accessi vascolari	Trapianti
Volume di attività (Av)	+++	+
Consumo di risorse	+++	+++
Percezione stakeholder	+/-	+++
Rapporto Av/QoL	Inverso	Diretto

L'elevato grado di sensibilizzazione degli stakeholder nei confronti dei trapianti d'organo ha portato allo sviluppo di un sistema organizzativo centralizzato che ha conseguito risultati di eccellenza.

Av: accessi vascolari; QoL: qualità della vita.

Esula da questa proposta l'analisi dei sistemi di remunerazione-finanziamento dell'attività connessa agli Av; è comunque evidente che il rimborso legato al Drg innesca un meccanismo inadeguato e controproducente. Il sistema *pay-for-performance* sembrerebbe più adeguato alla filosofia sottesa al modello proposto. In termini comparativi, la recente caduta dei prezzi della seduta dialitica fornita in service (approssimabili a meno di 25 euro/seduta, corrispondenti a meno di 4000 euro/anno, esclusi i costi del personale e alcuni dei costi indiretti) ha rivalutato il peso dei costi connessi agli Av. In confronto, una procedura di revisione di una Fav (angioplastica con posizionamento di stent) in radiologia interventistica può comportare costi molto più elevati (alcune migliaia di euro).



I professionisti dovrebbero accettare il **controllo esterno** come requisito indispensabile della crescita clinica e gestionale

- Implementare programmi di **training interventistico per nefrologi**
- Garantire **reti di collaborazione** tra **centri nefrologici di primo livello** con autonomia per procedure di base e **centri di secondo livello o di "riferimento"** per numero e complessità di procedure eseguite, organizzazione e outcomes.
- Istituire un **referente per gli accessi vascolari per ogni centro** di dialisi/nefrologia con funzione di coordinamento tra i vari operatori (chirurgo vascolare -radiologo-anestesista)
- fare cultura

Coinvolgere stakeholders inconsapevoli

Vol. 16, N. 4, Ottobre-Dicembre 2015

Note, esperienze e documenti

Politiche sanitarie

Accessi vascolari per emodialisi: ruolo della medicina di organizzazione nello sviluppo di un modello gestionale a livello interaziendale

Decenzio Bonucchi^{1,5}, Massimo Giovannoni², Gianni Cappelli³, Cristian Caporali⁴,
Andrea Bandera⁵, Massimo Lodi⁵, Monica Spina⁵, Mario Meola⁵, Carlo Lomonte⁵

¹SSD Nefrologia e Dialisi, Carpi (Mo), Ausl Modena; ²Chirurgia Vascolare, Ausl Modena;

³Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale, AOU Policlinico di Modena; ⁴Radiologia, AOU Policlinico di Modena;

⁵Gruppo di Studio Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

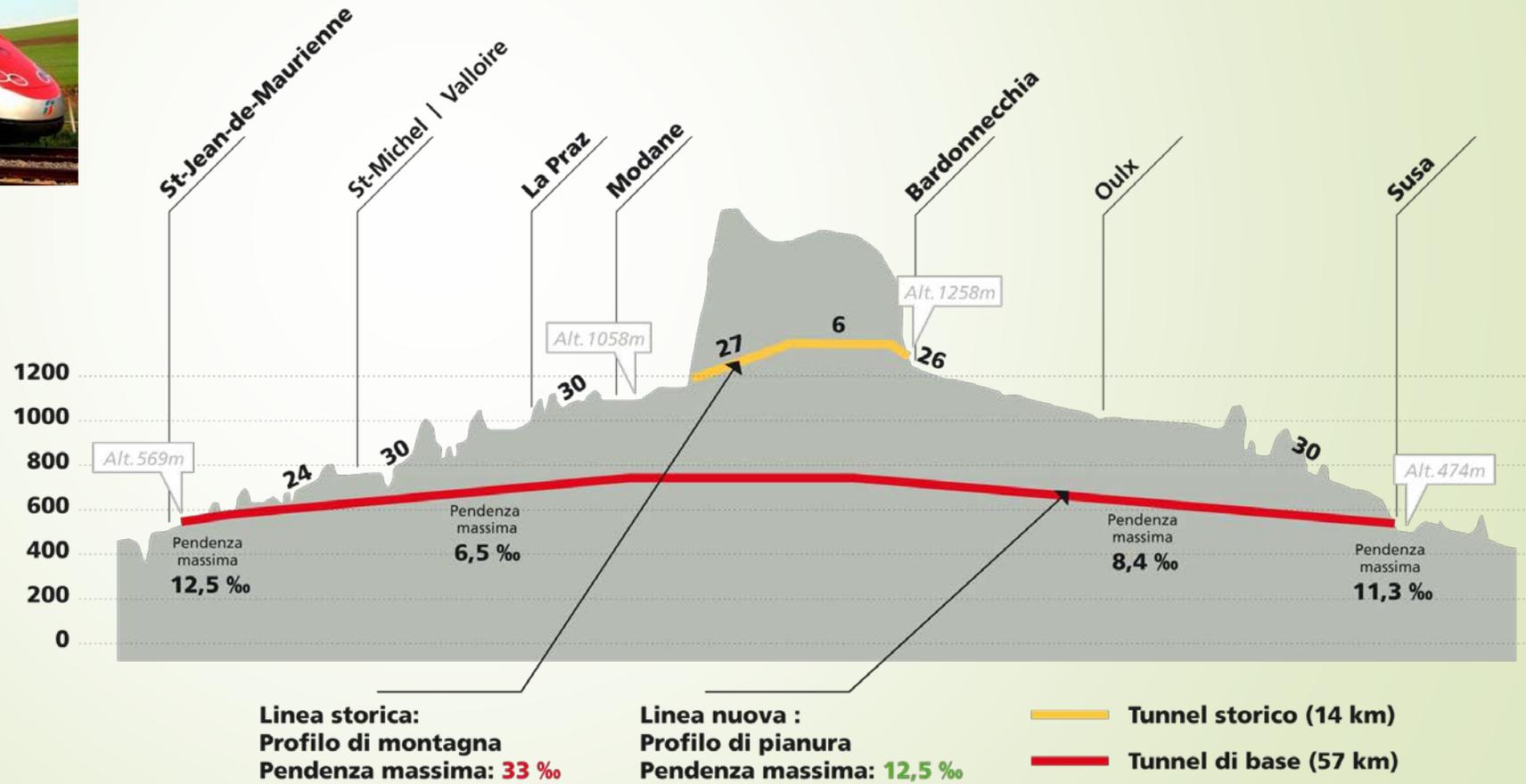
Tabella 3 - *Accessi vascolari per emodialisi e trapianti a confronto*

	Accessi vascolari	Trapianti
Volume di attività (Av)	+++	+
Consumo di risorse	+++	+++
Percezione stakeholder	+/-	+++
Rapporto Av/QoL	Inverso	Diretto

L'elevato grado di sensibilizzazione degli stakeholder nei confronti dei trapianti d'organo ha portato allo sviluppo di un sistema organizzativo centralizzato che ha conseguito risultati di eccellenza.

Av: accessi vascolari; QoL: qualità della vita.

TAV: transizione accessi vascolari

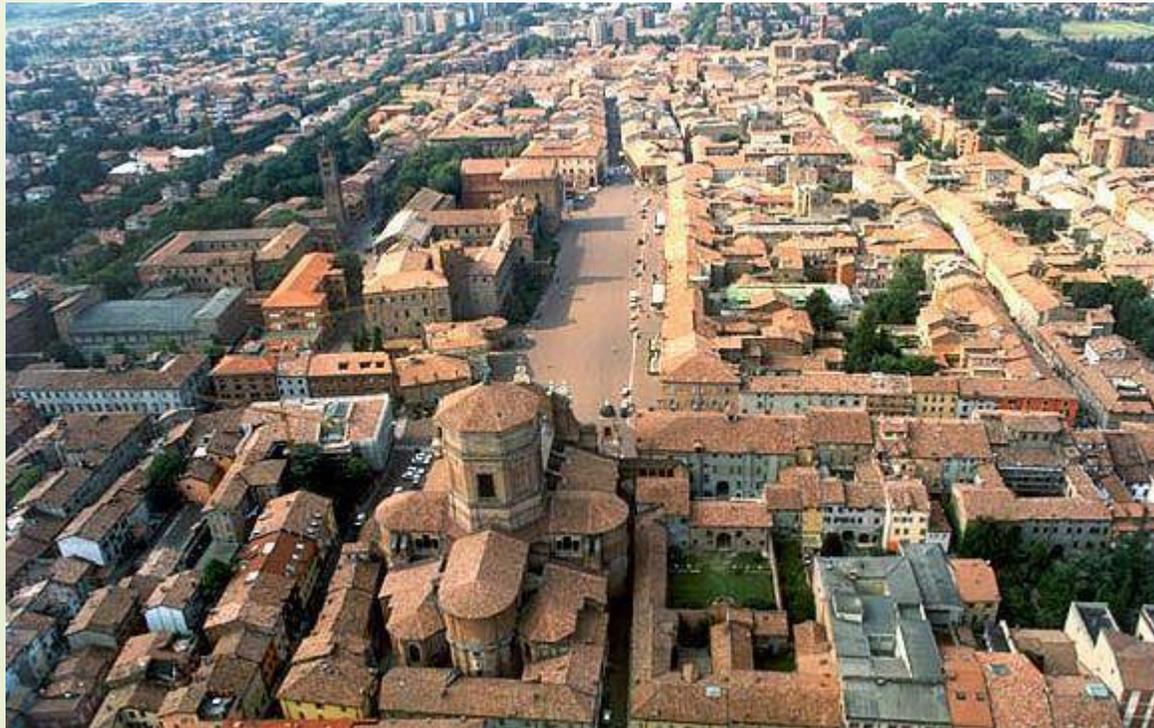


Grazie

d.bonucchi@ausl.mo.it



Dr. Riccardo Antoniotti



Carpi (MO)



Dr.ssa Silvia Arletti