

# L' INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA E CLINICA DELLE UNITA' DI NEFROLOGIA E DIALISI NELLA RETE ASSISTENZIALE CALABRESE

## PROPOSTE PER LA RETE REGIONALE DI NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO RENALE.

### PREMESSA

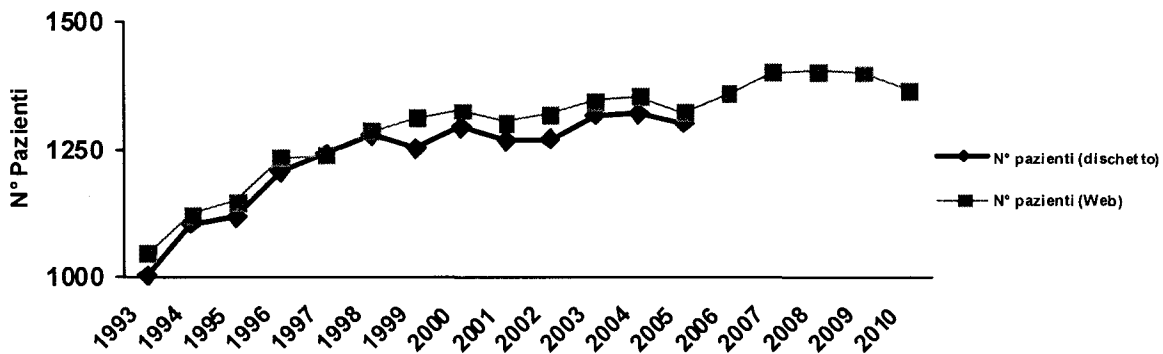
Nella regione Calabria (2.010.709 abitanti) la popolazione di pazienti con malattia renale cronica all'ultimo stadio (Stadio 5) in trattamento dialitico è in continua, lenta ascesa (Fig.1).

Dai dati del Registro calabrese di Dialisi e Trapianto, nel Dicembre 2010 ben 1386 pazienti calabresi erano in trattamento dialitico: 1279 in Emodialisi (92,2%) e 107 in dialisi peritoneale (7,8%).

La prevalenza per milione di abitanti è pari a 713 pazienti in HD nella Regione, con differenze anche marcate nei diversi ambiti provinciali.

Pazienti in dialisi in Calabria

Fig 1



\* Il grafico non tiene conto dei pazienti residenti in Calabria che dializzano in altre Regioni in quanto i loro dati non sono archiviati nel Registro Calabrese.

La geografia della rete nefrologica calabrese e i collegamenti di dipendenza delle strutture sono mostrati nella Fig. 2 che specifica i tipi di attività nefrologica (degenza clinica, attività di biopsia renale, centro ipertensione) e nefrochirurgica (chirurgia accesso vascolare) fondamentali effettuati nei vari centri.

**Tipologia delle unità della rete e attività nefrologiche non-dialitiche**

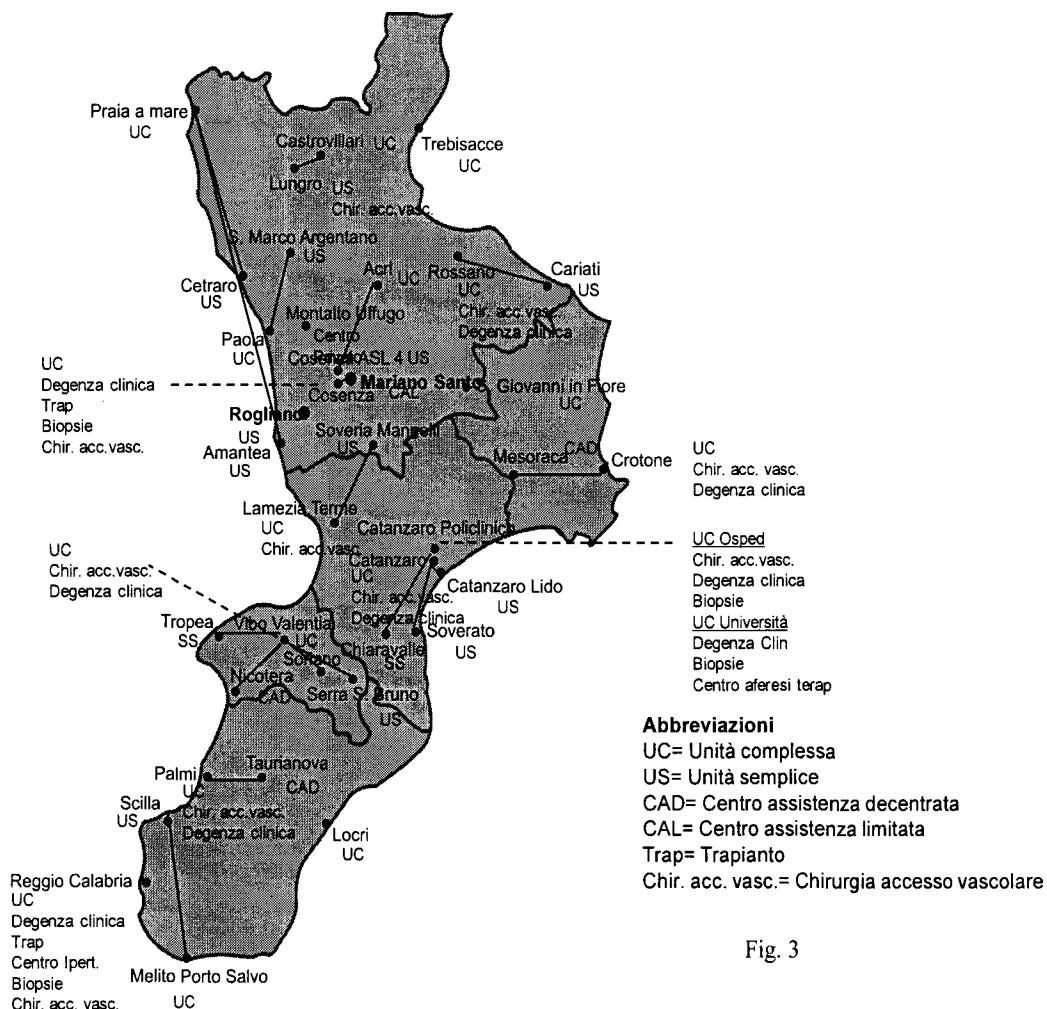


Fig. 3

*[Handwritten signature]*

## ***STATO ATTUALE***

La Regione Calabria nel riordino della rete ospedaliera decretato con DPGR 106 del 20 Ottobre 2011 ha stabilito, per il periodo relativo alla conclusione del piano di rientro, il fabbisogno della degenza nefrologica sulla base del metodo “dell’appropriatezza” dell’attività assistenziale svolta, unico metodo oggi riconosciuto e validato dalla comunità scientifica internazionale relativamente ai processi di riassetto delle reti assistenziali.

Ai fini che qui rilevano occorre evidenziare che dai dati di uno studio italiano effettuato dalla SIN in associazione con i Medici di medicina generale è risultato che solo ad 1 paziente su 8 veniva diagnosticata una insufficienza renale cronica e che su 500.000 pazienti afferenti agli studi dei medici di medicina generale solo il 17% dei pazienti aveva effettuato una creatinina plasmatica, il che sta a significare che la IRC risulta ancora una patologia non diagnosticata e quindi sottostimata in termini di impatto epidemiologico.

Ciò costituisce anche un problema di tipo economico, visto e considerato che l’insufficienza renale nei vari gradi, amplifica il rischio cardio-vascolare per cui il controllo della spesa è strettamente legato non solo al controllo della stessa per la terapia dialitica ma anche all’incidenza di infarti e ictus con i conseguenziali costi di trattamento.

## ***RIPARTIZIONE POSTI LETTO NELL’AREA CENTRO***

Particolare attenzione riveste la problematica relativa al numero dei posti letto di degenza e di dialisi in atto assegnati all’AOU Mater Domini di Catanzaro.

Se, da una parte, essi sono necessari per le peculiari esigenze formative pre e post-laurea, dall’altra è innegabile che determinino uno squilibrio nell’area Centro su cui essi insistono e se a ciò si aggiungono gli altrettanto innegabili problemi di natura finanziaria che gravano sulla sanità regionale, a maggior ragione in vigenza di piano di rientro, sarebbe opportuno riflettere sull’opportunità che la formazione di tipo universitario possa essere svolta, attraverso la stipula di apposite convenzioni, anche in strutture ospedaliere pubbliche (hub) nel rispetto dei relativi ruoli accademico ed ospedaliero.

Tale soluzione garantirebbe non solo un più adeguato uso delle risorse pubbliche ma anche l’attestazione di un ruolo istituzionale più pregnante dell’Università in quanto svolto in un ambito allargato dell’intera Regione di cui essa costituisce patrimonio.



## ***MIGRAZIONE***

Un problema di particolare rilevanza sociale riveste oggi l'insufficienza dei posti tecnici per i trattamenti dialitici che, da una parte, obbliga un numero sempre più crescente di pazienti a disagiati trasferimenti in sedi extraregionali e, dall'altra, costringe la Regione a consistenti esborsi verso altre Regioni per la remunerazione della mobilità passiva.

Tale fenomeno è particolarmente evidente nell'ASP di Reggio Calabria.

Si riportano, in allegato A e B, i dati relativi alla mobilità per trattamenti dialitici, rispettivamente, della Regione e dell'ASP di Reggio Calabria per gli anni 2009 e 2010.

Tale fenomeno è destinato ad aggravarsi ove si pensi, da una parte, all'impossibilità di acquisizione di personale comportato dal blocco del turnover derivante dall'attuale regime di commissariamento della sanità regionale e, dall'altra, al numero sempre crescente di pazienti che necessitano di dialisi come dimostra l'indicatore nazionale di evoluzione che si aggira attorno al 3-5% annuo sul numero dei pazienti in trattamento dialitico.

## ***IPOTESI DI SVILUPPO DELLA RETE***

Esaurita la fase contingente comportata dal piano di rientro e concluso il relativo riassetto delle reti di specialità l'assistenza dei pazienti con malattie renali si dovrà basare su una rete di Strutture Complesse di Nefrologia (SCN), capillarmente distribuite sul territorio negli ospedali di maggiori dimensioni con funzioni di centri di riferimento per l'assistenza nefrologica nel territorio di competenza.

La rivisitazione della rete, dovrà consentire, inoltre, un facile trasferimento all'interno dell'organizzazione nefrologica, di tutti i pazienti nefropatici a secondo del livello assistenziale e delle complessità, senza incidere in maniera forte sui costi sociali.

E' pertanto auspicabile che ogni SCN disponga, oltre che di un centro dialisi principale, di uno o più Centri dialisi satelliti, al fine di ampliare sul territorio la rete nefrologica dipendente da un'unica struttura.

Si distinguono tre tipi di strutture nefrologiche:

- 1) Strutture complesse di nefrologia con trapianto (SCNT)
- 2) Strutture complesse di nefrologia (SCN)
- 3) Strutture semplici nefrologiche di dialisi (SSND)



## **1) Strutture complesse di nefrologia con trapianto (SCNT)**

Il Centro Trapianti di rene della Calabria è oggi autorizzato a trapiantare in due poli attivi presso le Aziende Ospedaliere di Reggio Calabria e Cosenza per cui, in generale, i due reni prelevati dal donatore cadavere vengono assegnati dal Centro Regionale Trapianti ai due pazienti più compatibili iscritti nella lista d'attesa unica regionale per trapianto di rene ed inviati per il trapianto uno al polo di Reggio Calabria e l'altro a quello di Cosenza.

Il polo di Reggio Calabria è gestito operativamente in collaborazione tra l'UOC di Urologia per la parte chirurgica e l'UOC di Nefrologia per l'assistenza al paziente pre e post trapianto, mentre quello di Cosenza è gestito operativamente in collaborazione tra l'UOC di Chirurgia epato-bilio-pancreatica per la parte chirurgica e l'UOC di Nefrologia per l'assistenza al paziente pre e post trapianto.

Il numero totale dei trapianti di rene eseguiti in regione negli ultimi tre anni è stato di poco inferiore rispetto alle indicazioni degli standard minimi di attività annuale indicati al punto C dell'accordo della Conferenza Stato Regioni del 14/02/2002.

I numeri non consentono in Calabria la presenza di due centri di trapianto di rene ma è opportuno mantenere i due poli di trapianto attivi nelle Aziende ospedaliere di Reggio Calabria e Cosenza anche per evitare ore di ritardo per il trapianto del secondo rene che si ripercuoterebbe negativamente sulla ripresa funzionale dell'organo trapiantato.

Per quanto riguarda l'attività di trapianto di rene da donatore vivente è, in atto, autorizzato solo il polo di Reggio Calabria a causa del numero di trapianti da vivente troppo basso.

## **2) Strutture complesse di nefrologia (SCN)**

Le strutture Complesse di Nefrologia (SCN) rappresentano l'elemento cardine dell'assistenza nefrologica a livello nazionale e sono composte da un'area di degenza, un'area di dialisi e un'area dedicata agli ambulatori. Ogni SCN può disporre di uno o più Csa (Centri dialisi satelliti) distribuiti sul territorio di competenza ad essa collegati in rete. In base alla situazione attuale e all'occupazione dei posti letto, sembrerebbe opportuna una SCN ogni 200.000-250.000 abitanti (media italiana di 1/218.000 abitanti, ma con ampio range da 1/100.000 a 1/325.000 abitanti).



### **3) Strutture semplici (SSND)**

In linea con il documento SIN non vi possono essere strutture semplici a valenza dipartimentale nelle aziende sanitarie dove sono presenti le degenze nefrologiche; tutte le strutture semplici sono funzionalmente organizzate in rapporto alla nefrologia di riferimento e pertanto verranno considerati centri satellite.

#### **Dialisi peritoneale e deospedalizzazione**

Per favorire la deospedalizzazione è importante incentivare la dialisi domiciliare e in modo particolare la dialisi peritoneale e, pertanto, particolare attenzione dovrà essere posta, nell'ambito della realizzazione di servizi assistenziali alternativi alle attività ospedaliere dismesse, alla strutturazione di aree riservate alla dialisi peritoneale nelle RSA al fine di garantire assistenza ai sempre più numerosi pazienti anziani affetti da IRC.

#### **Trattamento dei pazienti con insufficienza renale acuta**

Tale grave condizione si rileva sia in pazienti che afferiscono dall'esterno (o da altre strutture, quali Case di cura, RSA, ecc.) tramite il Pronto Soccorso, sia in pazienti già degenti nella struttura ospedaliera, prevalentemente a seguito di complicanze operatorie in reparti chirurgici, in rianimazione, in cardiologia o per complicanze di interventi diagnostici radiologici con mezzo di contrasto.

Tale condizione acuta, che comporta tuttora una elevata mortalità, necessita di un intervento terapeutico rapido ed efficace nel tentativo di evitare la morte del paziente o la perdita irreversibile della funzione renale.

L'attività su questi pazienti acuti da parte delle équipes nefrologiche, sia che il trattamento avvenga all'interno delle sezioni di degenza nefrologica sia che esso debba essere attuato nell'ambito delle Unità di terapia intensiva (Rianimazione, UTIC), comporta un impegno di tempo, di risorse tecniche e umane medico-infermieristiche ed elevati standard di qualità. Pertanto, nel caso dei trattamenti eseguiti presso i Centri di rianimazione o terapia intensiva cardiologica, questa attività, possibile solo grazie ad un grave impegno di tempo e risorse, deve trovare rispondenza normativa ed economica nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale con particolare riferimento alla retribuzione di risultato.



## **Rete di assistenza nefrologica finalizzata al trattamento del paziente in dialisi**

Al fine di ottimizzare il trasferimento all'interno della rete nefrologica, a causa di sopravvenute patologie, di pazienti dializzati che necessitano di un livello assistenziale superiore a quello garantito nelle strutture ambulatoriali e periferiche, la struttura di nefrologia di riferimento dell'area dovrà garantire, compatibilmente con il contesto organizzativo del momento, posti di degenza nefrologici e dialitici per tali pazienti.

I criteri per il trasferimento verranno concordati tra i vari attori presenti all'interno della rete e formalizzati con specifici protocolli operativi redatti da parte di Comitati tecnici di area di cui al DPGR 18/2010 (Nord, Centro, Sud) di cui al successivo paragrafo.

I centri di dialisi allocati nelle Case della salute e nei CAPT, ivi compresi quelli eventualmente attivati in regime di partenariato, sono funzionalmente collegati alla Nefrologia di riferimento e condividono con essa i protocolli diagnostici-assistenziali e i sistemi di verifica della qualità assistenziale. A garanzia di ciò la direzione dei Centri dialisi allocati nelle Case della salute e nei CAPT è di competenza del direttore dell'U.O.C. di Nefrologia dell'Azienda di appartenenza della struttura.

### ***COMITATI TECNICI DI AREA***

La constatazione di livelli diversi di organizzazione nelle tre aree assistenziali di cui al DPGR 18/2010 comporta l'esigenza di garantire un'ottica organizzativa comune, in primo luogo, nelle aree di riferimento e, quindi, nell'intero territorio regionale al fine di omogeneizzare l'organizzazione della rete, adeguarla a sopravvenute esigenze nonché programmare le risposte assistenziali in base ai fabbisogni laddove crescenti.

Si ritiene, pertanto, opportuno istituire un Comitato tecnico per ogni area in cui il DPGR 18/2010 ha suddiviso la Regione.

Essi sono composti da:

- I direttori delle strutture complesse di nefrologia e dialisi insistenti nell'area.
- I direttori delle strutture semplici di nefrologia/dialisi insistenti nell'area.
- Il direttore sanitario aziendale o un suo delegato (tre nel caso dell'area Centro)

Il Comitato tecnico sarà insediato, entro dieci giorni dalla pubblicazione del DPGR, dal direttore sanitario aziendale (dal direttore sanitario aziendale dell'ASP di Catanzaro nel caso dell'area Centro) ed emanerà, entro trenta giorni da detta pubblicazione, il regolamento di funzionamento del Comitato stesso.

La presenza nei Comitati non comporta remunerazione aggiuntiva ad alcun titolo per i componenti.



## **REGISTRO REGIONALE DIALISI E TRAPIANTO**

La determinazione del corretto fabbisogno annuale nonché la corretta programmazione e gestione delle risorse non possono prescindere dalla disponibilità di dati aggiornati e attendibili in merito al numero, alla tipologia ed ai risultati dei trattamenti sostitutivi della funzione renale eseguiti; tale esigenza non può che essere soddisfatta da un Registro Regionale dei pazienti in trattamento sostitutivo della funzione renale.

Da 15 anni esiste un Registro Regionale, che raccoglie i dati dei pazienti dializzati e trapiantati seguiti presso tutti i Centri della Regione Calabria, organizzato e gestito dalla u.o.c. di Nefrologia dell'Azienda ospedaliera "B.M.M." di Reggio Calabria con il contributo di tutti i Centri di Nefrologia, dialisi e trapianto della Regione.

I dati di tale Registro sono ritenuti di buon livello qualitativo, tanto da essere stati accettati come parte integrante del Registro Italiano di Dialisi e Trapianto Renale e dal corrispondente Registro Europeo (ERA-EDTA Registry).

Data la ormai consolidata capacità del Registro a produrre report annuali (disponibili sul sito WEB) esso rappresenta una base dati utile per la specifica programmazione nonché per la gestione delle risorse nell'ambito del settore Dialisi e Trapianto renale.

Il Centro Regionale Trapianti, con sede operativa nell'Azienda ospedaliera di Reggio Calabria, ha, fra i suoi compiti, quello di raccogliere i dati dei pazienti in dialisi in lista di attesa trapianto e monitorare i risultati dei trapianti attraverso l'esame dei dati di sopravvivenza e, pertanto, trova nel Registro di dialisi la fonte primaria di informazioni da cui origina la suddetta lista di attesa.

I due sistemi di raccolta dati (il Registro di dialisi e il Registro del Centro trapianti) hanno una identica struttura WEB-based ed il rapporto fra i due data-base è ben congegnato ed ormai collaudato da oltre 6 anni di attività integrata per cui il Centro Regionale Trapianti non potrà che trarre vantaggio da una collaborazione organica e formalizzata con il Registro di dialisi.

Molte Regioni italiane hanno riconosciuto i loro Registri Regionali di dialisi con atti ufficiali anche al fine di consentire loro di alimentare il sistema previsto dal Centro Nazionale Trapianti.

Si ritiene, pertanto, che il riconoscimento ufficiale del Registro Dialisi e la successiva integrazione fra i due Registri (Registro di Dialisi e Registro del Centro Nazionale Trapianti) sia fondamentale per garantire a tutti i pazienti in dialisi in Calabria l'accesso alle procedure di trapianto di rene e per perseguire il raggiungimento di elevati standard di qualità assistenziale consentendo, altresì, una corretta programmazione ed un adeguato utilizzo delle risorse in un settore che riveste, anche, una particolare valenza sociale.





## ***CONTRASTO ALLA MIGRAZIONE***

La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale sta divenendo sempre più precaria ove si consideri che il progresso medico-scientifico e tecnologico coniugato all'allungamento dell'età media della vita richiedono un costante incremento del Fondo Sanitario Nazionale per mantenere adeguati livelli di assistenza.

D'altro canto è fuor di dubbio la contingenza economica che sta attraversando il nostro Paese ed, in particolare, la nostra Regione.

Pertanto, prendendo spunto da esperienze realizzate in altre Regioni e con il fine prioritario di porre contrasto alla migrazione sanitaria - obbligata dalla carente offerta - di numerosi pazienti in trattamento dialitico, le Aziende dovranno realizzare programmi di partenariato/outsourcing con soggetti privati che possano, da una parte, garantire i trattamenti ai cittadini calabresi nella loro Regione e, dall'altra, ridurre una pesante voce di spesa imputata alla mobilità passiva.

Tali programmi non dovranno comportare oneri aggiuntivi per le Aziende bensì una migliore erogazione di trattamenti dialitici sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo.

Il controllo del livello assistenziale dell'attività in partenariato/outsourcing avverrà con gli stessi criteri ed indicatori di qualità utilizzati per le omologhe unità operative regionali.

L'attuazione del DPGR 18/2010, che prevede la riconversione di numerosi presidi ospedalieri in Centri di Assistenza Primaria Territoriale/Case della Salute costituisce una grande opportunità per la realizzazione di attività in outsourcing finalizzati alla implementazione di posti tecnici già esistenti e/o alla realizzazione di nuovi.



## ***LINEE GUIDA SPECIFICHE***

Il presente documento, oltre le indicazioni contenute, intende dare anche indirizzi relativamente ai seguenti temi:

- 1) Indicatori di attività/qualità per le unità operative calabresi di Nefrologia e dialisi e per i Centri dialisi
- 2) Linee guida per il follow up dei pazienti nefropatici
- 3) Interventi per arginare l'epidemia di malattia renale cronica
- 4) Indicatori nefrologici di qualità della medicina generale

Essi sono, rispettivamente, riportati negli allegati da 1 a 4 che costituiscono parte integrante del presente documento.

Infine, si ritiene opportuno evidenziare alcune proposte di prospettiva per il miglioramento complessivo della rete nefrodialitica contenute negli allegati 5 e 6.

- 5) Proposte ANED per il ridisegno della rete nefrodialitica
- 6) Interventi necessari per sostenere e migliorare la rete nefrologica calabrese

*Documento a cura della TASK Force istituita dalla Regione Calabria con DPGR n. 8 del 10 Febbraio 2012 per l'individuazione di linee guida inerenti il riassetto della rete nefrodialitica regionale.*



## ALLEGATO 1

### INDICATORI DI ATTIVITA'/QUALITA' PER LE UNITA' OPERATIVE DI NEFROLOGIA E DIALISI E PER I CENTRI DIALISI

Attività di Trapianto Renale: Adeguatezza stabilita in rapporto all'audit annuale del Centro Nazionale Trapianto.

#### A) Attività di diagnosi e cura in Regime di Degenza

- Numero dei ricoveri / anno, turnover
- Complessità dei casi trattati (DRG)
- Appropriatelyzza e numero delle biopsie renali effettuate
- Numero dei pazienti con insufficienza renale acuta trattati e proporzione dei casi trattati con dialisi ed esiti clinici (sopravvivenza, recupero della funzione renale)
- Monitoraggio della soddisfazione dei pazienti circa la qualità assistenziale e risultati connessi

#### B) Attività di diagnosi e cura in Regime Ambulatoriale e centri dialisi

- Completezza dei dati forniti al Registro di MRC di fase 4 (in via elettronica)
- Completezza e tempestività dei dati forniti al registro di dialisi e trapianto (in via elettronica)
- Completezza dei dati forniti al centro regionale trapianto per l'inserimento e il mantenimento dei pazienti in lista di attesa (in via elettronica)
- Proporzione dei pazienti con MRC allo stadio 4 nei target di Pressione Arteriosa raccomandati dalle Linee Guida
- Proporzione dei pazienti con MRC allo stadio 4 nei target di Metabolismo Calcio Fosforo raccomandati dalle Linee Guida
- Proporzione dei pazienti con MRC allo stadio 4 nei target di Emoglobina raccomandati dalle Linee Guida
- Proporzione dei pazienti in dialisi nei target di kt/V raccomandati dalle Linee Guida
- Proporzione dei pazienti in emodialisi con fistola artero-venosa funzionante
- Proporzione dei pazienti in dialisi nei target di Pressione Arteriosa raccomandati dalle Linee Guida
- Proporzione dei pazienti in dialisi nei target di Metabolismo Calcio Fosforo raccomandati dalle Linee Guida
- Proporzione dei pazienti in dialisi nei target di Emoglobina raccomandati dalle Linee Guida



- Frequenza delle peritoniti nei pazienti in dialisi peritoneale. Sopravvivenza libera da peritoniti.
- Monitoraggio della soddisfazione dei pazienti circa la qualità assistenziale e risultati connessi

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'G' followed by a vertical line and a horizontal stroke at the bottom.

LE LINEE GUIDA PER IL FOLLOW UP DEI PAZIENTI NEFROPATICI

La Società Italiana di Nefrologia ha prodotto e/o adattato Linee Guida specifiche per il follow up, la diagnosi e la cura delle malattie renali, dalla fase pre-dialitica a quella dialitica.

Si propone di adottare queste Linee Guida in ambito regionale e di utilizzare indicatori derivati da queste linee guida come base valutativa dell'efficacia operativa delle unità di Cura finalizzate alle malattie renali.

- **Cura dell'Ipertensione nella malattie renali:**  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_05.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_05.pdf)
- **Statine nelle Malattie Renali Croniche**  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_06.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_06.pdf)
- **Utilizzo di eritropietina e progressione del danno renale**  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_07.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_07.pdf)
- **Target di Hb e uso di eritropietina nell'insufficienza renale cronica**  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_08.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_08.pdf)
- **Utilizzo di vitamina D, chelanti del fosforo e calciomimetici nell'insufficienza renale cronica**  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_09.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_09.pdf)
- **Linee Guida Dialisi Peritoneale**  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_10.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_10.pdf)  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_11.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_11.pdf)  
[http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/SIN\\_lg07\\_12.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/SIN_lg07_12.pdf)



### *ALLEGATO 3*

#### INTERVENTI PER ARGINARE L'EPIDEMIA DI MALATTIA RENALE CRONICA.

Interventi di Formazione (coordinati dagli Ordini dei Medici e dalla sezione Calabrese della SIN).

Creazione di un portafoglio Formativo di almeno 12 ore annuali in incontri gestiti a livello provinciale attraverso l'ordine dei medici.

Creazione di un programma WEB-Based equivalente che possa distribuire 12-20 crediti formativi

Obbligatorietà del calcolo del Filtrato Glomerulare con la formula CKD-Epi da parte dei laboratori di Patologia Clinica ogni qual volta venga misurata la creatininemia

INDICATORE: Documentazione da parte dei laboratori del programma di calcolo automatico.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long tail, located in the lower right quadrant of the page.

## INDICATORI NEFROLOGICI DI QUALITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

Partecipazione a corsi di formazione sulla Malattia Renale Cronica.

Si propone di costruire un semplice strumento per rilevare la qualità dell'impegno dei MMG sulla MRC basato su 4 criteri:

- Creazione e mantenimento di un registro di tutti i pazienti con MRC dallo stadio 3 in poi quale strumento essenziale per una corretta programmazione di politica sanitaria.
- Proporzione dei pazienti nello stesso registro che hanno almeno una misura della pressione arteriosa negli ultimi 15 mesi.
- Proporzione dei pazienti nello stesso registro che hanno in media una pressione arteriosa  $<140/<85$  negli ultimi 15 mesi.
- Proporzione dei pazienti con ipertensione e proteinuria ( $>1\text{g}/24$  ore) nello stesso registro che sono in trattamento con ACE inibitori.



## ALLEGATO 5

Le proposte dell' ANED per il ridisegno di una rete nefrologico-dialitica che risponda alle esigenze dei malati consistono:

1. Riequilibrio del rapporto paziente/infermiere che, da linee guida nei centri dialisi deve essere di 1 a 3. In Calabria, secondo la stima dell'ANED, mancano circa 110 infermieri professionali nei reparti di dialisi.
2. Richiesta di un'omogenea distribuzione sul territorio delle Unità di Nefrologia e Dialisi e con degenze nefrologiche in grado di affrontare tutta la complessità e le prestazioni per seguire la evoluzione della malattia renale cronica e la complessità dei pazienti dializzati e trapiantati.
3. Integrazione e stretta collaborazione dei Centri Dialisi con le UOC di Nefrologia di riferimento territoriale.
4. Omogenea e più capillare distribuzione dei Centri Dialisi, che consideri, oltre ad un numero-soglia di posti dialisi, la facilità di raggiungimento dei centri dialisi. In altre parole un paziente non deve avere difficoltà a raggiungere il proprio centro dialisi e deve impiegare un tempo ragionevole per raggiungerlo. Qui giocherà un ruolo importante anche l'assistenza di trasporto per la dialisi.
5. Centri dialisi con adeguate norme igienico-sanitarie e strutturali
6. Possibilità di eseguire accertamenti indispensabili al controllo della terapia dialitica in tutti i Centri Dialisi e sufficienza di personale medico ed infermieristico.
7. Possibilità per il paziente di scegliere il metodo dialitico (compresa dialisi peritoneale, con opportune assistenze ed integrazioni economiche per la dialisi domiciliare).
8. Presenza territoriale dei medici nefrologi, presso il distretto sanitario o l' ASP, per campagne di prevenzione e consulenze nefrologiche.





INTERVENTI NECESSARI PER SOSTENERE E MIGLIORARE LA RETE  
NEFROLOGICA CALABRESE

1. Risolvere le situazioni di inadeguatezza strutturale dei centri dialisi per i quali sono state rilevate criticità, tenendo conto delle proposte ANED.
2. Potenziare il monitoraggio della MRC in fase pre-dialitica (stadio 4) attraverso la creazione di un registro specifico. Potenziare e riconoscere il Registro di Dialisi e Trapianto Renale ponendolo tra le attività cardine del Centro Regionale trapianti.
3. Creare un collegamento funzionale tra i registri di malattia (MRC fase 4 e Registro di Dialisi e Trapianto) e il flusso delle ospedalizzazioni e produrre rapporti annuali sul peso sanitario delle malattie renali in termini di spesa ospedaliera. Sulla base di questi dati Produrre programmi che riducano l'ospedalizzazione.
4. Potenziare i centri dialisi delle unità nelle quali c'è una documentata carenza, cioè verificabile in base a lista di attesa di pazienti delle corrispondenti aree di riferimento.
5. Potenziare il programma di Trapianto Renale promuovendo la donazione da vivente
6. Potenziare la dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) mettendo in campo incentivazioni specifiche per le Unità Operative che li offrono all'utenza e per le famiglie che collaborano con le unità operative nella gestione dei pazienti non-autosufficienti. I trattamenti domiciliari coniugano l'efficacia delle cure con il vantaggio economico come dimostrano 2 importanti esperienze in Piemonte e in Sicilia.
7. Incentivare programmi di dialisi notturna
8. Programmare interventi futuri in base ai dati epidemiologici del registro MRC di fase 4 e ai dati del registro calibrando le risorse umane e la formazione in rapporto alla domanda prevedibile.
9. Avviare concrete collaborazioni con la Patologia Clinica per la standardizzazione della creatinina.
10. Concertare con i Medici di Medicina Generale formazione specifica e interventi di prevenzione primaria e secondaria per controllare l'epidemia di Malattia Renale Cronica (Fasi 1-3).
11. Produrre un programma di formazione/aggiornamento continuo del personale medico e infermieristico centrato sul miglioramento continuo della qualità e alimentato da Audit periodici.



ALLEGATO A1

**Prestazioni di Dialisi effettuate da pazienti ASP 205 nella regione 190 - Sicilia  
Anno 2009**

Codice prestazione	ASL di appartenenza	Dati	Provincia addebitante		Totale
			Messina	Palermo	
39.95.4	Locri	Prestazioni		1	1
		Importi		396,00	396,00
	Reggio Calabria	Prestazioni	734		734
		Importi	854.676,24		854.676,24
Importi			734	1	735
			854.676,24	396,00	855.072,24
39.95.5	Reggio Calabria	Prestazioni	122		122
		Importi	135.630,00		135.630,00
Importo			122		122
			135.630,00		135.630,00
Totale			856	1	857
			990.306,24	396,00	990.702,24

**Prestazioni di Dialisi effettuate da pazienti ASP 205 nella regione 190 - Sicilia**

**Anno 2010**

Codice prestazione	ASL di appartenenza	Dati	Provincia addebitante		Totale
			Agrigento	Messina	
39.95.4	Locri	Prestazioni	2		2
		Importi	504,24		504,24
	Reggio Calabria	Prestazioni		772	772
		Importi		803.422,40	803.422,40
Importi			2	772	774
			504,24	803.422,40	803.926,64
39.95.5	Reggio Calabria	Prestazioni		161	161
		Importi		230.687,36	230.687,36
Importi				161	161
				230.687,36	230.687,36
Totale			2	933	935
			504,24	1.034.109,76	1.034.614,00

**Prestazioni di Dialisi effettuate da pazienti calabresi fuori Regione  
Anno 2009**

COD.	Descrizione	Dati	Regione addebitante													Totale											
			Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Veneto	Friuli	Emilia	Toscana	Umbria	Lazio	Puglia	Basilicata	Sicilia	Sardegna												
38.95	CATERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE	N.Prest. Importi			1										2		1						4			1.144,16	
39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	N.Prest. Importi		6	29		10	17							1		2						6			71	
39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	N.Prest. Importi		1.022,40	5.051,22		2.670,00	2.771,00							157,92		309,88						1.188,00				13.170,42
39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	N.Prest. Importi																									16.984,30
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	N.Prest. Importi	103		181	17	9	77		108,00	0,00				226	103	492						4.567	3		6.157	
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	N.Prest. Importi	19.580,30		33.627,99	3.099,10	2.520,00	13.398,00		17.022,81	47.008,00				84.427,20	1.487,43	61.149,90					856.992,40	495,81			1.140.808,94	
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	N.Prest. Importi																									175.200,39
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	N.Prest. Importi	5		6																					1.859,22	
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	N.Prest. Importi	1.485,00		1.741,80					15	146				4.139,20	1.032,92	16.784,95									66.098,87	
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	N.Prest. Importi																									2.077,93
	<b>Totale</b>		21.065,30	1.022,40	78.368,71	3.526,45	5.190,00	25.710,00		132	376				113.217,13	2.520,35	90.588,22					993.810,40	495,81			1.436.550,58	

## Prestazioni di Dialisi effettuate da pazienti calabresi fuori Regione

Anno 2010

CD.	Descrizione	Dati	Regione addebitante													Totale									
			Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Bolzano	Veneto	Liguria	Emilia	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Campania	Puglia		Basilicata	Sicilia							
95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE	N.Prest.	1							3	1														
		Importi	297,00							774,75	258,25							774,69							
95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	N.Prest.		11	4					11															2
		Importi		1.874,40	732,72					1.793,00															315,14
95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	N.Prest.			64						4														
		Importi			9.775,60						620,00														
95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	N.Prest.									8														
		Importi									750,00														
95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	N.Prest.	81		436	2	128			50	301	105	78	2	322	2	13	283							4.851
		Importi	15.398,10		84.928,44	431,00	23.334,40		8.263,50	52.374,00	21.382,40	330,60	55.255,20	353,96	2.148,51	46.771,41	815.356,08	1.139.218,6	1.126						
95.5	EMODIAFILTRAZIONE	N.Prest.			1						3														
		Importi			270,27						7.320,00	765,00													
95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	N.Prest.			8						3														
		Importi			1929,92						651,00														
95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	N.Prest.	83		44					1	27	28			42	1		38							26
		Importi	24.651,00		13.169,20					258,23	7.317,00	7.700,00			8.692,32	176,98		9.812,74							
95.9	EMODIALIASI - EMOFILTRAZIONE	N.Prest.								1															
		Importi								206,58															
98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	N.Prest.	1																						
		Importi	63,00																						
98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	N.Prest.			151																				20
		Importi			8.608,51																				2.556,40
<b>Totale</b>			166	11	708	2	128		52	375	149	78	2	499	6	68	443								8.51
<b>Totale</b>		40.409,10	1.874,40	119.414,66	431,00	23.334,40	8.728,31	70.229,75	31.475,65	12.891,06	330,60	92.093,67	1.061,88	4.704,91	85.015,63	1.046.358,58	1.538.353,6								