

EDITORIALI

Nuvole e Virus



G. Brunori¹, G. Quintaliani², B. Di Iorio³

(1) *Divisione di Nefrologia, Santa Chiara di Trento*

(2) *Chairman Governo Clinico SIN*

(3) *Editor in Chief GIN*

Stiamo vivendo dei brutti momenti in cui si addensano nuvole minacciose: situazione economica nazionale impietosa, medici sempre più delusi e stanchi [1], economicamente insoddisfatti per il congelamento degli stipendi senza contare terribili e ancestrali paure legati al virus minaccioso che bussava alle nostre porte proveniente dal centro Africa, paventando le orme della peste così ben descritta dal Manzoni.

A tutto questo si aggiunge il decreto del Ministero della Salute, recentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni [2], relativo agli standard ospedalieri. La lettura del documento non può non allarmare e preoccupare i nefrologi per le prospettive future della nostra specialità.

Avremo sicuramente modo di riparlarne ancora, anzi speriamo in un dibattito aperto sulle pagine del GIN, ma alcuni punti devono essere sottolineati e portati immediatamente alla conoscenza del mondo nefrologico. Non è terrorismo, ma la nefrologia corre il rischio di scomparire dai nostri ospedali almeno come disciplina autonoma.

Nella premessa al documento, ci preme sottolineare un passaggio che fa riferimento al rapporto fra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture: “...modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda di ricovero...” Un passaggio che è preludio del sempre maggior utilizzo delle unità operative per intensità di cure, sotto la regia della Medicina Interna?

In breve, alcuni dei punti che a nostro giudizio meritano attenzione, riflessione e dibattito fra i nefrologi, al fine di approntare comportamenti comuni nelle varie realtà regionali.

1. Nel decreto [3], la nefrologia come disciplina autonoma ha bacini di utenza di 1.200.000 – 600.000 abitanti; la dialisi extracorporea ha bacini di 300.000 – 600.000 abitanti; le nefrologie abilitate al trapianto di rene devono avere un bacino di 2 – 4 milioni di abitanti, mentre le nefrologie pediatriche sono previste ogni 4-6 milioni di abitanti.

Se i numeri sono questi, diventa facile il calcolo:

- nell'ipotesi migliore (per i pazienti prima che per i nefrologi) potremmo avere 100 unità operative autonome di nefrologie, nell'ipotesi peggiore solo 50; da 10 a 15 nefrologie pediatriche; da 30 a 15 nefrologie con centro trapianti; circa tra 100 e 200 dialisi (unità senza posti letto).

- In una nota esplicativa al documento, si ricorda tuttavia che “alcune specialità possono essere gestite con un’unica struttura organizzativa, come ad esempio la nefrologia e dialisi”. Nel qual caso, i numeri di unità dialitiche si riducono ulteriormente.
- Nella classificazione delle strutture ospedaliere, né la nefrologia e neppure la dialisi vengono citate per i presidi di I livello (150K-300K abitanti), né per quelli di II livello (600K-1.200K abitanti), mentre viene riportato un lungo e dettagliato elenco di specialità, fra cui troviamo la chirurgia maxillo-facciale, la chirurgia plastica, l’endoscopia digestiva, e altre ancora. Forse che la nefrologia è meno importante di queste?

Inoltre il decreto suggerisce di: “articolare la rete ospedaliera nelle reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell’Allegato 1; oltre al modello “*hub and spoke*” previsto espressamente per alcune reti nella quali risulta più appropriato adottare altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica”. Non è molto chiaro ma sicuramente si dovrà rivedere l’organizzazione generale delle nefrologie anche perché accenna a delibere regionali per la integrazione [4]

2. Viene richiamato più volte il concetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell’assistenza ospedaliera come anche quello delle soglie di volumi minime e della valutazione degli esiti [5] [6]

- *Allegato 1 Capitolo 4: Volume ed esiti “Il rapporto osservato tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità specifica di strutture per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.”*
- Per ora vengono definiti i livelli minimi di alcune specialità chirurgiche (chirurgia K mammario, esofago, fegato, pancreas, colon, polmone, prostata e apparato urinario; alcune procedure chirurgiche quali colecistectomia, aneurisma AA, by-pass aorto-coronarico, frattura femore etc).
- Ma se venissero definiti i livelli minimi per la nefrologia e per la dialisi, siamo pronti per un serio confronto, basato anche sulla letteratura, con il Ministero e con gli Assessorati Regionali? O dobbiamo attenderci il dato di qualche ragioniere che lo deduce dalla letteratura anglosassone

3. Per quanto riguarda le “Reti ospedaliere”, nella dettagliata descrizione che prevede: infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, oncologica, medicine specialistiche pediatrica, terapia del dolore, malattie rare, è presente anche la rete trapiantologica ma non vi è citazione della rete nefrologica. Proprio quando viene istituito il registro della malattia renale cronica, stadio 3b-5. Mancanza di collegamenti fra i vari uffici ministeriali, o una voluta non adeguata attenzione alla nostra specialità?

È necessario quindi che si prenda coscienza molto velocemente dei problemi connessi alle nuove norme legislative a cui tutti saremo chiamati a prendere atto. La SIN ha cercato di porre argine ad alcune incongruenze: ultimamente è uscito il documento programmatico sulla malattia renale cronica, si è cercato di fare lobbismo all’interno del mondo politico per salvaguardare la nefrologia come branca specialistica. Tuttavia probabilmente questo non è sufficiente. È necessario che tutti i nefrologi si rendano conto che è necessario far emergere il lavoro nascosto che viene fatto ogni giorno a favore dei nostri pazienti.

I cardiologi, i diabetologi, i neurologi ci sono riusciti; ci sono adatti capitoli che prendono in considerazione queste specializzazioni all’interno dei percorsi di sistemi preparati per le necessità di queste specialità. È quindi necessario approntare velocemente una serie di indicatori che misurino, fotografino e facciano emergere il lavoro spesso oscuro ma fondamentale dei nefrologi che non può e non deve essere relegato alla sola dialisi ambulatoriale

la cui entità, almeno, è ben conosciuta a livello amministrativo grazie alla “fatturazione” a parte di tale attività.

Alcuni di questi concetti erano già emersi dal confronto tra la SIN e Cergas-Bocconi ed ancora ripresi nel patto della salute 2014-2016.

Come dice Cartabellotta in articolo su “Il sole 24 ore Sanità” online [7] il Patto “«conviene sull'adozione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi», in attuazione del decreto Balduzzi. Senza entrare nel merito degli aspetti relativi alla riorganizzazione dei posti letto, è indubbiamente degno di nota che la *clinical governance*, sopravvissuta ai ripetuti tentativi di mandarla in soffitta, torna a essere a pieno titolo lo strumento di riferimento per garantire qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria, almeno in ambito ospedaliero.

Nell'incipit dell'allegato 1 si legge infatti che «i significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria e in particolare di quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del SSN, partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione della *Clinical governance* [...]», che «è necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di *Clinical governance*, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), centrato sui bisogni della persona» e che «le strutture ospedaliere declinano le dimensioni della *clinical governance*, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi». In particolare, gli standard organizzativi per tutti i presidi ospedalieri (di base, di I e II livello) sono costituiti dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: Gestione del rischio clinico, Evidence-based medicine, Health technology assessment, Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche, Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente: dall'integrazione dei sistemi, Formazione continua del personale.”

Nel numero di Luglio-Agosto 2013 [8] un editoriale sul GIN metteva in guardia la nefrologia cercando di far capire quanto fosse importante la ricerca di indicatori di attività e di qualità anche in riferimento ai vari lavori Cergas Bocconi [9] [10], i cui risultati sono stati spesso mal interpretati a favore dell'outsourcing e che invece erano rivolti alle nuove sfide che la nefrologia avrebbe dovuto affrontare“. Citiamo solo alcuni brani:

“Indipendentemente dalla desiderabilità o convenienza delle specifiche soluzioni, il cambiamento insito nel nuovo scenario è la percezione sempre più diffusa che per tutti i processi produttivi, o per parti significative di essi, sia possibile ipotizzare diverse formule gestionali e che la scelta tra queste deve essere il frutto di valutazioni attente su vantaggi e svantaggi e non più il risultato di inerzie organizzative od i giudizi aprioristici [9]

“Elementi che dovrebbero essere in ogni caso considerati requisiti imprescindibili per qualunque valutazione di assetto diversa da quella attuale, sono relativi alla capacità del settore pubblico di definire gli standard qualitativi ed i volumi di prestazioni [9]

*Il presidio del sapere disciplinare passa per il governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e per l'adozione di strumenti di governo clinico per l'appropriatezza della cura “omissis “Questo rende opportuno ragionare sulle forme di controllo che il nefrologo può agire per mantenere adeguati **standard assistenziali**, omissis. Questioni centrali nell'esercizio del controllo è la capacità dell'attore pubblico nel fare committenza non solo su volumi minimi di attività per soddisfare i bisogni attesi, ma anche sugli standard qualitativi di funzionamento dei servizi [10].*

Quindi la *clinical governance* è viva e viene mantenuta in vita da un sistema di monitoraggio delle attività, dallo stabilire standard di qualità, dalla *clinical competence*. In altre parole un

sistema organizzato che definisca e monitorizzi non solo l'efficienza dei vari sistemi (quanta attività ho svolto) ma anche **come** questa sia stata svolta. Questa è l'unica strada da perseguire se, alla luce dei recenti sviluppi legislativi, la nefrologia voglia ancora sopravvivere come disciplina autonoma.

Purtroppo molti messaggi, lanciati ripetutamente sia al congresso di Firenze dal prof Ricciardi [11] e in diverse occasioni dalle pagine del GIN, non hanno avuto la risonanza che forse avrebbero meritato e che avrebbero potuto farci guadagnare tempo e ci avrebbero permesso di presentarci all'appuntamento con numeri, dati, fatti e idee chiare. Colpisce anche la lezione inascoltata del Prof Del Vecchio in un recente congresso di management in nefrologia dove vengono analizzati i punti di vista delle direzioni e le sfide a cui saremo (e forse eravamo) chiamati ad affrontare [12].

Ma la SIN non è comunque stata con le mani in mano; è andata avanti e molte e importanti cose sono state fatte come dimostra il documento [13] sulla malattia renale cronica, che finalmente fa recepire alla parte politica ciò che i nefrologi dicono da tempo, e pone le basi per il registro della malattia renale cronica che darà sicuramente risultati importanti in futuro. Anche molte regioni come Piemonte, Lombardia nonché singole Asl e singole realtà hanno ottenuto dalla parte politica il riconoscimento di standard operativi e della qualità del lavoro svolto in un fermento di nuove idee ed esperienze atte alla salvaguardia del paziente nefropatico in tutte le fasi della malattia.

Sarà necessario però che tutti procedano velocemente verso un lavoro che si prospetta sicuramente duro ma che può essere agevolato dalla condivisione di esperienze e percorsi già sperimentati da altri. La nostra piattaforma Nephromeet potrebbe sicuramente rappresentare un'ottima base per la condivisione di idee, esperienze risultati ed anche perché no delusioni.

Ma il lavoro deve essere fatto, fatto bene e presto, pena la scomparsa della nefrologia.

Se non ora quando?

Bibliografia

[1] Indagine Anaa Assomed-SWG. Medici in corsia. Stressati, delusi e economicamente insoddisfatti. L'Sos dei camici bianchi

[2] Sole 24 ore Sanita' 1 agosto 2014 Ecco il regolamento sugli standard ospedalieri

[3] Standard Ospedalieri - Allegato 1 Parag 3: Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

[4] Standard Ospedalieri - Allegato 1 : "Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra è il seguente: nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi la regione provvederà ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline" (full text alla Bibliografia n. 3)

[5] Standard Ospedalieri - Art 1 3 D: "Perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline" (full text alla Bibliografia n. 3)

[6] Standard Ospedalieri - Allegato 1 Parag 3,2 : " I parametri sopra indicati tengono conto della necessità, per l'alta specialità, di offrire una buona qualità di prestazioni, attraverso una concentrazione in

un numero limitato di presidi con un ampio bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa" .. "Individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni" (full text alla Bibliografia n. 3)

[7] Nino Cartabellotta (Presidente Fondazione Gimbe): Con il nuovo Patto per la salute rinasce la Clinical governance? "Il sole 24 ore sanita' online"

[8] Quintaliani G, Di Iorio B, Non importa di che colore sia il gatto, l'importante è che prenda i topi, GIN 31 agosto 2013

[9] M Del Vecchio Le formule gestionali della nefrologia G Ital Nefrol 2012; 29 (6): 721-727

[10] M Del Vecchio, R Coppo, V D. Tozzi, F Pizzarelli, G Quintaliani, G Meneghel, U Teatini, G G. Battaglia, M Formica, G Enia, A Santoro, S Feriozzi: Lezioni apprese dalla ricerca "Forme istituzionali e modelli organizzativi per la filiera dei servizi nefrologici G Ital Nefrol 2012; 29 (6): 746-757

[11] Medico Manager: sostenibilità del SSN

[12] Lezione Prof Del Vecchio Cergas – Bocconi

[13] Il provvedimento ministeriale per l'indirizzo della malattia renale cronica. MALATTIA RENALE CRONICA – Ministero salute