

Commento al nuovo censimento 2018 delle strutture nefrologiche. Luci ed ombre

Editoriale

Giuliano Brunori¹, Filippo Aucella², Giuseppe Quintaliani³

1 Presidente della Società Italiana di Nefrologia

2 Segretario della Società Italiana di Nefrologia

3 Consiglio Direttivo della Società Italiana di Nefrologia, responsabile censimento

Il nuovo Censimento 2018 delle strutture nefrologiche, pubblicato nel Numero Speciale del GIN di pochi giorni fa (<https://giornaleitalianodinefrologia.it/giornale/supplemento-s75/>), segue quelli del 2004, 2008 e 2014 [1] e offre uno spaccato della assistenza nefrologica italiana. Il Censimento riporta dati raccolti a livello regionale, in questo editoriale vogliamo trarre alcune conclusioni e suggerimenti applicabili al panorama italiano nel suo complesso. Proprio per questo, le tabelle riportate di seguito contengono i dati a livello nazionale, mentre per una analisi più capillare vi rimandiamo alla versione integrale del Censimento. Esso presenta aspetti variegati, con luci ed ombre.

Le luci riguardano la capillarità delle strutture nefrologiche italiane sia pubbliche che private, che assicurano il pieno e totale trattamento dialitico a circa 43.500 pazienti in dialisi. È probabilmente un esempio quasi unico nel panorama della sanità italiana, che vi sia il pieno trattamento senza liste di attesa o esclusione dalla terapia (cfr. [3], Tab. 1).

Centri nefro-dialisi	Privato	Pubblico	Totale
Totale	147	290	437
Percentuale raggiunti (%)	52	91	78

Tabella I: Centri nefrologici pubblici e privati in Italia, e percentuale di pazienti raggiunti

I dati sul trattamento dei pazienti in dialisi mostrano una incidenza di circa 153 pazienti pmp, molto vicina alla stima del RIDT 2017 (158 pazienti) [4]. In pratica, 9500 pazienti entrano in dialisi ogni anno. La stima della prevalenza media in Italia si attesta circa su 719 pazienti in dialisi pmp, ossia circa 43.500 pazienti in trattamento (il RIDT del 2017 ne riporta 702) [4–5].

Altri dati positivi riguardano il numero di infermieri che è chiamato a svolgere tale lavoro di assistenza ai pazienti in dialisi. Sono circa 1800 gli infermieri chiamati a tale compito, con un carico medio di circa 5 pazienti in dialisi extracorporea per infermiere.

Un dato molto interessante è il trattamento dei pazienti acuti al letto del malato, sia in terapia intensiva che in altri reparti all'interno delle strutture ospedaliere (cfr. [2], Tab. 18). Infatti, le nefrologie sono chiamate a trattare pazienti acuti, intesi sia come soggetti con malattie intercorrenti e ricoverati presso altri reparti dell'ospedale sia come pazienti nefropatici cronici con IRA non conosciuti in precedenza, non solo all'interno delle proprie strutture nefrologiche e in terapia intensiva, ma anche in molti altri reparti, come trapianto di midollo, malattie infettive, ortopedia, cardiologia etc.

	Nefrologia	Altri reparti	Terapia intensiva	Totale trattamenti	Totale pmp
Totale	55.200	87.968	40.235	183.403	3.039
Percentuale (%)	30,1	48,0	21,9	100	

Tabella II: Trattamenti di pazienti acuti (numero e pmp) per reparto in Italia

Questo è un aspetto fondamentale che deve far riflettere sull'elevato "know-how" accumulato dalle nefrologie. A volte, esse hanno difficoltà a farsi considerare come partner indispensabili per seguire i malati nelle rianimazioni, pur avendo conoscenze, apparecchiature e personale del tutto affidabili, appropriati e formati (cfr. [3], Tab. 8).

Centro non effettua trattamenti in terapia intensiva	Nefrologia	Terapia intensiva con chiamata infermieri nefrologia	Terapia intensiva	Altra modalità organizzativa	Totale
41	99	81	40	29	290

Tabella III: Gestione dell'assistenza infermieristica durante i trattamenti in Terapia Intensiva in Italia (solo centri pubblici)

Se la notevole diffusione delle strutture dialitiche sul territorio italiano comporta, da un lato, che i pazienti trovino assistenza vicino al proprio domicilio, dall'altro comporta una notevole dispersione delle risorse nefrologiche. Infatti, le SC di nefrologia, pur essendo di numerosità elevata e al di sopra di quelle definite dal decreto Balduzzi, presentano spesso delle carenze in termini di organizzazione.

Tale carenza si esplicita essenzialmente nella mancanza di posti letti autonomi: solo il 30% delle strutture pubbliche, infatti, ha letti autonomi, mentre il 19% ha letti dislocati in altre unità, anche se gestiti in autonomia dal nefrologo. Nel 10% delle unità i letti sono in altre unità operative e sono gestiti solo tramite attività di consulenza più o meno assidua, senza specifica dimissione nefrologica (cfr. [3], Tab. 5). In tutto, i letti di degenza ordinaria sono circa 2270 (cfr. [3], Tab. 6) che permettono circa 73.550 ricoveri (cfr. [2], Tab. 2). Un numero piuttosto piccolo, che fa supporre che la maggior parte dei nefropatici sia ricoverata in reparti di medicina.

Altri punti deboli sono:

la bassa esecuzione di biopsie renale per centro (cfr. [2], Tab. 6). I centri che effettuano biopsie sono 162 su 290, ossia il 44,1% dei centri non effettua biopsie. Nel complesso, in Italia si effettuano circa 80 biopsie pmp, con mediana delle biopsie effettuate pari a 20.

una delle criticità più importanti è la modesta disponibilità di infermieri dedicati alla degenza e all'ambulatorio (cfr. [3], Tab. 13).

	Degenza	HD	DP	Ambulatorio	Altro
Infermieri dedicati	1.827	8.130	443	432	240

Tabella IV: Utilizzo degli infermieri nei centri pubblici in Italia

la tendenza ad affidare la creazione dell'accesso dialitico ad altri specialisti (cfr. [2], Tabb. 21 e 22).

	Totale FAV	Nefrologo centro (%)	Altro nefrologo (%)	Chirurgo vascolare (%)
Chi effettua accessi vascolari	9.622	61,8	7,0	31,2

Tabella V: Interventi per FAV totali eseguiti in Italia (numero) per tipologia di operatore (%)

	Totale cateteri peritoneali	Nefrologo centro (%)	Altro nefrologo (%)	Chirurgo (%)
Chi effettua accessi peritoneali	1.795	35,4	6,9	57,7

Tabella VI: Cateteri peritoneali inseriti (numero) per tipologia di operatore (%)

Gli ambulatori nefrologici sono abbastanza diffusi e offrono tutti il controllo e la presa in carico nefrologico. Tuttavia, pochissimi dispongono di infermieri dedicati e il numero di viste nefrologiche soffre in maniera importante in quanto le liste di attesa risultano elevate (dato non pubblicato). Tale dato si rispecchia nel numero di visite che, pur essendo alto in assoluto (925.000 totali), risulta insufficiente in relazione alle necessità della popolazione, specie in considerazione del fatto che la prevalenza di IRC nella popolazione è stimata a circa 2 milioni di soggetti.

Ciò si rispecchia anche nel numero di medici pmp che varia, e di molto, tra regione e regione, facendo presupporre modelli organizzativi diversi e variegati. Infatti, molti medici, soprattutto nei centri piccoli e/o privati, sono destinati in primis al trattamento dialitico e, solo nel tempo rimasto, possono assicurare altri tipi di intervento (cfr. [3], Tab. 12).

	Strutturati		Non strutturati		Totale	
	numero	pmp	numero	pmp	numero	pmp
Numero medici	2.490	41,3	784	13,0	3.274	54,2

Tabella VII: Medici dipendenti nei centri italiani, per tipologia di rapporto di lavoro

A questo proposito, c'è da sottolineare il discreto contributo che offrono i medici specializzandi, che però si spalma solamente nei centri sedi di specializzazione. Inoltre, figure sanitarie come il dietista e lo psicologo sono ancora carenti (cfr. [3], Tab. 15).

	Dietista	Psicologo	Nessuno dei due
Numero personale sanitario	228	209	140

Tabella VIII: Presenza di dietista e psicologo nei centri italiani, pubblici e privati

Il dietista, per esempio, è quasi sempre appartenente al servizio dietetico piuttosto che essere assegnato alla nefrologia. Ciò pone un grande problema, ossia la competenza specifica di questa figura professionale, che risulta essenziale nell'assistenza al nefropatico in tutta la sua storia clinica.

Un'altra criticità piuttosto importante riguarda la guardia H24 delle nefrologie (cfr. [2], Tab. 1). I dati mostrano come solo 38 nefrologie (13%) hanno un servizio di guardia attiva H24, mentre il 65% ha un servizio di reperibilità. È soprattutto il centro Italia che ha una mancanza di copertura nefrologica nelle ore notturne e nei festivi: ben 16 strutture complesse nefrologiche non hanno né guardia H24 né reperibilità, mentre 47 hanno "differenti" forme di copertura della attività. In diverse regioni e centri, dove insiste un centro trapianti di rene, non è presente guardia H24.

Il censimento, quindi, sottolinea la assoluta necessità di nuovi modelli di aggregazione, come il coinvolgimento all'interno di reti nefrologiche che devono diffondersi fin nel territorio. È fondamentale quindi offrire, quanto più è possibile, la presa in carico nefrologica che appare quanto mai necessaria e non più procrastinabile. È necessario ampliare la disponibilità di ricoveri nelle nefrologie e le visite ambulatoriali, se si vuole dare una dignità alla assistenza nefrologica e alla competenza del nefrologo. Dovremo arrivare certamente a modificare organizzazione e interconnessioni nefrologiche, non riducendo le nefrologie ma inglobando competenze e attività.

È probabile che molta della assistenza sia ancora dedicata, come giusto che sia, alla dialisi, che assorbe risorse ingenti. Ma è necessario sottolineare che si deve incrementare con decisione la assistenza nefrologica e la presa in carico della nefropatia ben prima che essa comporti il trattamento dialitico. È necessario prendere atto che si deve attuare una rivoluzione copernicana nella assistenza nefrologica ai nefropatici, in modo da ridurre le complicità legate alle nefropatie e gli ingressi in dialisi.

Si dovrà anche ripensare il ruolo del privato, che in alcune regioni italiane assiste ben oltre il 50% del trattamento dialitico. Come coinvolgere e/o integrare il privato in queste reti assistenziali è un compito arduo, soprattutto perché la galassia del privato è molto variegata. Infatti, vi sono i grandi centri privati di altissimo livello, comparabili in tutto e per tutto al tipo di organizzazione, strutture e sezioni presenti nel pubblico, altri centri privati che fanno rete interna, mettendo a disposizione una serie di facilitazioni e attività in convenzione, ed infine altri centri che effettuano solo il trattamento extracorporeo. Una forte criticità è che attualmente non esistono standard nefrologici nazionali che, purtroppo, esitano ad essere licenziati. È necessario quindi rivedere tutto il problema,

con la consapevolezza che, prima di tutto, non si possa più prescindere dalla stesura di standard di valutazione della assistenza nefrologica. Essi non possono essere solo numerici, ma devono coinvolgere soprattutto l'organizzazione e la validazione dei processi e/o dei risultati.

È necessario quindi prendere atto che la competenza nefrologica è la chiave di volta della assistenza e che bisogna sicuramente andare verso nuovi modelli assistenziali e organizzativi che assicurino la completa e totale presa in carico della nefropatia in tutti i suoi stadi [6].

Infine prendiamo atto che il censimento non ha preso in considerazione i percorsi e l'organizzazione dei centri di dialisi. Tuttavia, i dati provenienti dalla epidemia Covid-19 [7–10] hanno fatto emergere la necessità di percorsi articolati, puliti e sporchi, sale di triage, sale di aspetto strutturate, dislocazione delle varie stanze di dialisi secondo criteri nuovi e di reingegnerizzazione dei percorsi e metri quadri reali da riservare ai posti dialisi. Abbiamo capito che questi non sono più degli optional, ma sono elementi essenziali e non eludibili della organizzazione nefrologica, se vogliamo salvaguardare la salute e la integrità dei nostri pazienti. È molto probabile che saranno oggetto di accurata analisi nel prossimo censimento, o addirittura meritevoli di indagine ad hoc.

BIBLIOGRAFIA

1. Archivio di tutti i censimenti SIN
2. Quintaliani G, Di Napoli A, Reboldi P, Postorino M, Messa P, Aucella F, Brunori G. Censimento della Società Italiana di Nefrologia delle strutture nefrologiche e della loro attività in Italia nel 2018: il lavoro del nefrologo. *G Ital Nefrol* 2020; 37(S75).
3. Quintaliani G, Di Napoli A, Reboldi P, Postorino M, Messa P, Aucella F, Brunori G. Censimento a cura della Società Italiana di Nefrologia delle strutture nefrologiche e delle loro attività in Italia nel 2018: l'organizzazione. *G Ital Nefrol* 2020; 37(S75).
4. Società Italiana di Nefrologia. Registro Italiano dialisi e trapianto.
5. Nordio M, Limido A, Postorino M. Present and future of kidney replacement therapy in Italy: the perspective from Italian Dialysis and Transplantation Registry (IDTR Italian Dialysis and Transplantation Registry). *J Nephrol* 2020 May 2. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00750-z>
6. Del Vecchio M, Coppo R, Tozzi VD, et al. Lezioni apprese dalla ricerca "forme istituzionali e modelli organizzativi per la filiera dei servizi nefrologici". *G Ital Nefrol* 2012; 29(6):746-57.
7. Quintaliani G, Reboldi GP, Di Napoli A, et al. Exposure to novel coronavirus in patients on renal replacement therapy during the exponential phase of COVID-19 pandemic: survey of the Italian Society of Nephrology. *J Nephrol* 2020; 33(4):725-36. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00794-1>
8. Rombolà G, Brunini F. COVID-19 and dialysis: why we should be worried. *J Nephrol* 2020; 33(3):401-03. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00737-w>
9. Malberti F, Pecchini P, Marchi G, Foramitti M. When a nephrology ward becomes a COVID-19 ward: the Cremona experience. *J Nephrol* 2020; 33: 625-28. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00743-y>
10. Alberici F, Delbarba E, Manenti, et al. on behalf of the Brescia Renal COVID Task Force. Management of patients on dialysis and with kidney transplant during SARS-COV-2 (COVID-19) pandemic in Brescia, Italy. *Kidney Int Rep* 2020; 5(5):580-85. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.04.001>