

## Dal volume al valore: indicatori clinici, competenza specialistica e governo strategico della nefrologia

### Editoriali

#### Giuseppe Quintaliani

Associate editor GIN

Corrispondenza a:  
E-mail: g.quintaliani@yahoo.it



Giuseppe  
Quintaliani

### Introduzione

Il contesto attuale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è caratterizzato da una crescente pressione verso la sostenibilità economica, con una tendenza consolidata a valutare le strutture sanitarie attraverso metriche di tipo quantitativo piuttosto che qualitativo. In questo scenario, la nefrologia si trova esposta a un rischio crescente di marginalizzazione, conseguente a una riduzione del numero di strutture complesse, alla centralizzazione dei servizi e alla spinta verso modelli organizzativi ispirati all'intensità di cure, spesso guidati più da logiche economiche che cliniche.

In Italia ci sono varie aggregazioni per sapere disciplinare, circa 51; siamo tra i Paesi europei che hanno la distribuzione delle discipline più ampia d'Europa. Significa quindi che diventa complesso distinguere qual è il dominio specifico di ciascuna disciplina ma soprattutto costruire i legami rispetto a un numero sempre crescente di altre componenti disciplinari, con cui è naturale collaborare.

A questo si aggiunge la componente del privato che meriterebbe da sola un'analisi approfondita.

La nefrologia si occupa di una patologia che ha diverse manifestazioni: nefropatia iniziale, su cui si può intervenire per ridurre la progressione, nefropatia avanzata, trattamento dialitico nelle sue varie forme, trapianto e ritorno a stati di nefropatia dopo trapianto.

Ognuno di questi stadi presuppone conoscenze precise e modelli organizzativi diversi, ma solo il trattamento sostitutivo viene visto come attività specifica ed esclusiva del nefrologo, in quanto le fasi iniziali sono spesso condivise con altri specialisti (diabetologici, cardiologi, ipertensivologi) senza tuttavia che ci sia spesso una condivisione di intenti, procedure e modelli organizzativi [1].

Per tale motivo spesso è relativamente facile vedere interesse da parte delle amministrazioni, per colmare e soddisfare le prestazioni di dialisi, mentre risulta estremamente difficile far riconoscere l'enorme lavoro che le nefrologie fanno e dovrebbero fare per intercettare le nefropatie, trattarne le complicanze, rallentarne la progressione e l'ingresso in dialisi.

A questo è stato dedicato l'incontro in Parlamento dove la SIN ha presentato un progetto che coinvolge i medici di base per intercettare precocemente le nefropatie [2–4]. La proposta di uno screening parte dal fatto che molte persone affette da malattia renale cronica (CKD) non sanno di averla. Quindi l'adozione di sistemi atti ad ampliare le diagnosi può essere un fattore critico nell'individuare precocemente i nefropatici ed iniziare tempestivamente terapie, che soprattutto recentemente hanno aperto nuovi scenari e nuove possibilità di terapia. La questione centrale che deve orientare la riflessione della comunità nefrologica riguarda la definizione di strumenti di valutazione dell'attività clinica che siano realmente in grado di

rappresentare la qualità dell'assistenza prestata. È necessario superare la logica della rendicontazione amministrativa e promuovere l'adozione di indicatori clinici specifici, costruiti sulla base dell'expertise specialistica e del valore assistenziale, secondo l'ormai condivisa prospettiva del "from volume to value".

### **Indicatori di performance: criticità dei sistemi attuali**

Le valutazioni di performance ospedaliera basate su dati amministrativi, come le Schede di Dimissione Ospedaliera, presentano gravi limiti. Gli indicatori più frequentemente utilizzati – ad esempio, degenza media preoperatoria, percentuale di interventi entro determinate soglie temporali, DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza – riflettono in larga parte una dimensione organizzativa e gestionale, scarsamente rappresentativa della complessità clinica dei pazienti e della qualità delle cure erogate.

È evidente, ad esempio, che la percentuale di interventi per frattura del femore effettuati entro 48 ore rappresenti un parametro rilevante in termini di efficienza organizzativa. Tuttavia, esso non fornisce alcuna informazione sull'outcome postoperatorio, sulle complicanze, sull'adeguatezza delle trasfusioni o sulla qualità dell'atto chirurgico. Analogamente, il numero di giornate di degenza non consente di valutare se le decisioni cliniche siano state appropriate, né se il paziente sia stato correttamente inquadrato dal punto di vista multidisciplinare.

Questa impostazione, se applicata acriticamente alla nefrologia, rischia di ridurre la valutazione dell'attività al solo ambito dialitico, unico segmento dell'assistenza nefrologica facilmente quantificabile, trascurando l'ampio spettro di interventi clinici specialistici che caratterizzano la presa in carico del paziente nefropatico.

In effetti, nell'ultima versione del Piano Nazionale Esiti è stato introdotto un nuovo ambito clinico relativo alla nefrologia, che ha portato a 8 le aree attualmente sottoposte a valutazione: cardio-circolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare, nefrologia.

Nell'ambito di questo indicatore ci si limita a valutare "*Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero*". Un parametro che risulta penalizzante per le nefrologie visto che la maggior parte dei ricoveri con diagnosi nefrologica viene trattato nelle medicine e potrebbe addirittura essere fuorviante in quanto sancisce che un paziente ha buoni outcome anche se NON ricoverato in nefrologia.

Numerose evidenze suggeriscono che il setting assistenziale incide significativamente sugli esiti dei pazienti con patologia nefrologica. Il ricovero in reparti di medicina interna, sebbene spesso inevitabile per motivi organizzativi, è associato a un minor grado di appropriatezza, a una ridotta capacità di gestione delle complicanze specifiche e a un più elevato tasso di riammissione.

Questo riapre un annoso dibattito oggetto di una controversia [5] che ancora non viene sanata ma anzi incrementata viepiù proprio in funzione del basso numero di nefrologie che hanno degenza propria [6] (solo 132 su 437, ~30%).

Recentemente la SIN ha visto riconosciuto lo sforzo di definire modelli di prevenzione, diagnosi ed assistenza al nefropatico. In data 5/3/25 è stato raggiunto l'accordo, in Conferenza Stato Regioni, sul "*Documento di indirizzo per il percorso preventivo diagnostico terapeutico assistenziale (PPDTA) della malattia renale cronica (MRC)*" [7].

Il provvedimento punta ad ottimizzare la prevenzione e l'assistenza nefrologica per il paziente con CKD per una presa in carico multidisciplinare condivisa e omogenea a livello nazionale migliorando la qualità delle cure.

Si tratta di un grande successo che la SIN ha ottenuto, per vari motivi:

- aggiorna il “Documento di indirizzo per la malattia renale cronica” del 2014 [8];
- si parla, per la prima volta in un documento ufficiale, di prevenzione in ambito nefrologico;
- può fungere tranquillamente come linea guida per il trattamento della CKD;
- offre alla nefrologia una base legislativa importante per il riconoscimento della attività nefrologica.

Spetterà ora ai colleghi nefrologi delle varie regioni, alle sezioni regionali ed interregionali farsi parte attiva per il riconoscimento e firma a livello regionale.

### **Clinical competence e continuità assistenziale**

La cura del paziente con CKD richiede una competenza specifica e multidimensionale. Il nefrologo rappresenta il professionista di riferimento non solo per il trattamento della CKD in fase avanzata, ma anche per la gestione delle complicanze comorbide, per l'impostazione delle terapie conservative e per la pianificazione della terapia sostitutiva e soprattutto per la gestione della CKD [9].

È stato dimostrato che l'assistenza nefrologica precoce e continuativa è associata a un ritardo dell'ingresso in dialisi, a una riduzione del tasso di ospedalizzazione, a migliori esiti clinici e a una minore mortalità [10, 11]. Inoltre, la clinical competence del nefrologo si basa su un volume minimo di attività che deve essere garantito per assicurare l'adeguata maturazione dell'esperienza clinica. Studi internazionali hanno sottolineato che un elevato volume di casi trattati è associato a migliori esiti nei pazienti con CKD, in particolare per quanto riguarda la gestione dell'accesso vascolare, dell'anemia, dell'ipertensione e delle alterazioni elettrolitiche.

Il concetto di clinical competence non può essere disgiunto da quello di governo clinico. È solo attraverso un controllo diretto dei percorsi assistenziali che si può assicurare al paziente l'appropriatezza delle cure, l'aderenza alle linee guida e l'integrazione delle informazioni cliniche. L'adozione di indicatori di qualità fondati sulla competenza specialistica e sugli outcome clinici è quindi un elemento imprescindibile per la salvaguardia della disciplina.

Queste giuste esigenze si scontrano però con un basso appeal della branca nefrologica. Infatti la scelta della nefrologia da parte dei giovani medici non supera il 40% delle borse ministeriali messe a disposizione. Le cause sono molteplici, a partire dal duro lavoro del nefrologo che si esplica 365 giorni all'anno, con turni notturni e festivi, la scarsa considerazione e conoscenza della disciplina, e spesso l'assegnazione dei giovani specialisti alla dialisi come attività principale. Come abbiamo ricordato in precedenza sono poche le nefrologie che hanno degenza propria, percorsi strutturati ambulatoriali e strutture che colmino i vari settori della nefrologia.

Sarebbe necessario che ci si attivasse per “vendere” la nefrologia con adatte campagne di spiegazione del lavoro del nefrologo e delle sue numerose attività ulteriori rispetto alla dialisi, oltre a spostare l'esame di nefrologia – di solito posto ai primi anni di corso – all'ultimo anno, in modo da affascinare i giovani medici ad una specialità che richiede molta dedizione, molte conoscenze e particolarmente diversificate.

Alcuni tentativi sono stati fatti cercando di usare i social per coinvolgere i giovani medici e spiegare loro i vari aspetti della nefrologia [12, 13] con discreti risultati in termini di visualizzazioni, sperando che si traducano presto in scelte numerose della specialità.

La carenza di specialisti si ripercuote in maniera importante sulla copertura dell'assistenza nefrologica. I dati ISTAT hanno di nuovo sottolineato come l'Italia sia un Paese a forte prevalenza

di popolazione anziana [14] con tendenza all'invecchiamento ancor più pronunciata nei prossimi anni. E nella popolazione anziana sappiamo che la nefropatia è molto frequente portando la prevalenza di malattia renale attuale al 10% della popolazione generale, con una prevalenza dell'85% tra gli anziani sopra i 65 anni.

Siamo quindi di fronte a due problemi difficilmente conciliabili: riduzione del numero di nefrologi, aumento della popolazione di nefropatici. Cosa e come fare diventa un problema di organizzazione e di finanziamento.

Abbiamo visto che, nonostante il finanziamento, il numero di nefrologi rimane scarso e lo rimarrà nel prossimo futuro.

Ci troviamo quindi obbligati a rivedere i modelli organizzativi. I sistemi a rete delle nefrologie potrebbero essere la scelta, ma sicuramente va definita la copertura del sapere nefrologico, il suo interconnettersi con altri saperi come quello diabetologico e cardiologico e chirurgia vascolare.

### **Governo strategico della filiera nefrologica**

Il concetto di "governo strategico della filiera" rappresenta un punto centrale nel modello di riorganizzazione proposto da Cergas-Bocconi [9] in collaborazione con SIN. La visione di una nefrologia protagonista nella definizione dei percorsi assistenziali si traduce nella necessità di sviluppare modelli organizzativi integrati, in grado di garantire la presa in carico continuativa del paziente nefropatico e di valorizzare le competenze specialistiche.

In un momento in cui l'assistenza nefrologica è ridotta, e probabilmente lo sarà ancora per un periodo in futuro, la scelta di privilegiare alcune attività rispetto ad altre diventa obbligata e strategica.

Tale impostazione richiede l'organizzazione di reti cliniche in grado di assicurare l'accesso equo e appropriato alle cure, con standard condivisi, indicatori di processo e di esito, e strumenti di audit continuo, accompagnati da una precisa indicazione di multidisciplinarietà e dalla consapevole definizione di quali saperi disciplinari mettere in comune. Il rischio, altrimenti, è quello di una progressiva esternalizzazione della competenza, con decisioni organizzative affidate esclusivamente a logiche amministrative, non sempre in sintonia con le necessità cliniche. I dati dei censimenti, seppur non aggiornati, ma ripetuti nel tempo, fotografano bene le situazioni dove la commistione tra professionalità e saperi è più frequente e possibile.

Il modello "hub and spoke" applicato alla nefrologia deve essere declinato in modo da riconoscere la centralità dei reparti specialistici nei nodi della rete, valorizzando le collaborazioni interdisciplinari senza compromettere la specificità del sapere nefrologico. La dialisi, pur rappresentando un segmento fondamentale dell'attività nefrologica, non può essere considerata l'unico indicatore della presenza e della necessità della disciplina all'interno degli ospedali.

Molta attenzione va poi riservata all'applicazione del DM 77 finanziato con fondi PNRR. La creazione di Case della Salute con modelli interdisciplinari coordinati dal medico di medicina generale può aprire numerose possibilità sia alla intercettazione precoce della nefropatia che al trattamento di tali forme morbose [15, 16]. L'ausilio di sistemi come la telemedicina, la consulenza, la presenza, seppur saltuaria, del nefrologo nelle Case della Salute può essere la svolta reale che può avvantaggiare la nefrologia e i nefrologi nella presa in carico del paziente nefropatico.

## La necessità di indicatori clinici specifici

Per passare realmente da una medicina del volume a una medicina del valore è imprescindibile definire un set di indicatori clinici condivisi, validati, sensibili e specifici per la disciplina nefrologica. Indicatori che dovrebbero essere derivati da database amministrativi in modo da renderli asettici e valutabili in tutte le regioni [17, 18].

Alcuni esempi includono:

- tasso di riammissione entro 30 giorni per pazienti CKD;
- tempo medio di follow-up nefrologico pre-dialisi tra pazienti presi in carico dal nefrologo e non al momento dell'ingresso in dialisi;
- andamento degli ingressi in dialisi per patologia e sede;
- sopravvivenza a 12 mesi post inizio dialisi;
- percentuale di pazienti che iniziano dialisi con accesso vascolare definitivo;
- incidenza di ospedalizzazioni dei pazienti in dialisi.

Questi parametri dovrebbero essere integrati nei sistemi informativi aziendali e regionali, con possibilità di benchmarking tra centri, regioni e a livello nazionale. Solo attraverso un sistema di monitoraggio clinico avanzato è possibile ottenere una fotografia realistica della qualità dell'assistenza, individuare aree critiche e promuovere miglioramenti strutturali.

Teniamo anche presente che il nuovo FSE dovrebbe migliorare la sua capacità di incorporare la storia clinica dei vari pazienti e che alcuni fascicoli sanitari elettronici delle regioni permettono di raccogliere anche quello che è erogato non solo dal pubblico ma anche del privato accreditato e non accreditato. Avremo sempre più regioni che potranno alimentare set di dati complessi da utilizzare per analisi di benchmarking e di valutazione della qualità.

## Conclusioni

Siamo chiamati a scelte difficili che impatteranno sul nostro futuro. La domanda posta dal Prof. Spandonaro a numerosi ex assessori alla Sanità in occasione della presentazione del rapporto CREA 2025 [19, 20] ci riguarda tutti: MANUTENZIONE O TRASFORMAZIONE?

La sopravvivenza della nefrologia come disciplina autonoma all'interno del SSN dipende in modo cruciale dalla capacità della comunità scientifica e professionale di ridefinire i parametri su cui si fonda la valutazione delle performance sanitarie. L'adozione di indicatori clinici specifici, l'investimento sulla clinical competence e la costruzione di modelli organizzativi fondati sul governo strategico della filiera nefrologica sono le direttrici imprescindibili per riaffermare il valore della disciplina nel panorama ospedaliero moderno.

Il rischio di una riduzione della visibilità e della centralità della nefrologia deve rappresentare un campanello d'allarme. Non è più tempo di attese passive: occorre agire con coerenza, rigore scientifico e capacità di advocacy, per garantire che la qualità delle cure ai pazienti nefropatici non venga compromessa da logiche che, nella loro apparente razionalità, rischiano di disconoscere il valore della specializzazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Postorino M, Quintaliani G. Chi cura il paziente diabetico con insufficienza renale? [Who cures the diabetic patient with kidney failure?]. *G Ital Nefrol.* 2012 May-Jun;29(3):353-7. Italian. PMID: 22718460.
2. Intelligenza artificiale e Public Health in nefrologia. Una rivoluzione per ridurre perdite umane, sociali ed economiche. 18/02/2025 [urly.it/3197v1](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127789).  
[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=127789](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127789).
3. [https://youtu.be/cAxZPt7anU4?si=U8o2W3Hp\\_NU2tuvs](https://youtu.be/cAxZPt7anU4?si=U8o2W3Hp_NU2tuvs).
4. Luca De Nicola: malattia renale piano nazionale screening e cure:  
<https://www.ilsole24ore.com/art/malattia-renale-prima-le-cronicita-piano-nazionale-screening-e-cure-AGHkSIVD>.
5. Quintaliani G, Gambirasio C, Strippoli G. Ci sono differenze nel trattamento del nefropatico se il paziente è ricoverato in medicina o in nefrologia? Sì le differenze sono notevoli [Are there differences in the treatment of kidney patients if they are admitted to general medicine vs nephrology units? Yes, and they are significant]. *G Ital Nefrol.* 2010.
6. 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 [Italian Society of Nephrology's 2018 census of renal and dialysis units: their structure and organization]. *G Ital Nefrol.* 2020 Aug 3;37(Suppl 75):2020-S75. Italian. PMID: 32749082.
7. Documento di indirizzo per il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) della Malattia Renale Cronica (MRC)  
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1744967444.pdf>.
8. DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA MALATTIA RENALE CRONICA  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2244\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2244_allegato.pdf).
9. Del Vecchio M, Coppo R, Tozzi VD, Pizzarelli F, Quintaliani G, Meneghel G, Teatini U, Battaglia GG, Formica M, Enia G, Santoro A, Feriozzi S. Lezioni apprese dalla ricerca "Forme istituzionali e modelli organizzativi per la filiera dei servizi nefrologici" [Lessons learned from the research project "Institutional formats and organizational models for the range of services in nephrology"]. *G Ital Nefrol.* 2012 Nov-Dec;29(6):746-57. Italian. Erratum in: *G Ital Nefrol.* 2013 Jan-Feb;30(1):pii/gin/30.1.22. PMID: 23229673.
10. Haarhaus M, Bratescu LO, Pana N, Gemene EM, Silva EM, Santos Araujo CAR, Macario F. Early referral to nephrological care improves long-term survival and hospitalization after dialysis initiation, independent of optimal dialysis start – a call for harmonization of reimbursement policies. *Ren Fail.* 2024 Dec;46(1):2313170.  
<https://doi.org/10.1080/0886022X.2024.2313170>. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38357766; PMCID: PMC10877651.
11. Haarhaus M, Bratescu LO, Pana N, Gemene EM, Silva EM, Santos Araujo CAR, Macario F. Early referral to nephrological care improves long-term survival and hospitalization after dialysis initiation, independent of optimal dialysis start – a call for harmonization of reimbursement policies. *Ren Fail.* 2024 Dec;46(1):2313170.  
<https://doi.org/10.1080/0886022X.2024.2313170>. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38357766; PMCID: PMC10877651.
12. <https://www.instagram.com/sinefrologia/>
13. <https://www.instagram.com/nefrologia.unimi/>
14. Istat: l'Italia è un paese di vecchi, 187 anziani per 100 giovani. [urly.it/3197v2](https://www.quotidianosanita.it/3197v2).
15. Tozzi – La trasformazione dei servizi e della disciplina nefrologica. Youtube:  
[https://www.youtube.com/watch?v=-huCZ\\_5eRTk](https://www.youtube.com/watch?v=-huCZ_5eRTk).
16. Santoro A, Gibertoni D, Rucci P, Mancini E, Bonucchi D, Buscaroli A, Campagna A, Cappelli G, David S, Gregorini MC, La Manna G, Mosconi G, Rigotti A, Scarpioni R, Storari A, Mandreoli M. The PIRP project (Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva): how to integrate hospital and community maintenance treatment for chronic kidney disease. *J Nephrol.* 2019 Jun;32(3):417-427.  
<https://doi.org/10.1007/s40620-018-00570-2>.
17. Gibertoni D, Voci C, Iommi M, D'Ercole B, Mandreoli M, Santoro A, Mancini E. Developing and validating an algorithm to identify incident chronic dialysis patients using administrative data. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020 Aug 11;20(1):185. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01206-x>.
18. Gibertoni D, Mandreoli M, De Amicis S, Cantarelli C, Corradini M, Caruso F, Testa F, Gasperoni L, Orrico C, Brancaleoni F, Martelli D, Angelini ML, Ferri B, Flachi M, Iommi M, Santoro A. [The accuracy of hospital discharge records and their use in identifying and staging chronic kidney disease]. *G Ital Nefrol.* 2019 Sep 24;36(5):2019-vol5.
19. <https://www.creasanita.it/attivitascientifiche/rapporto-sanita-2024-edizione-xx/?portfolioCats=38>.
20. <https://www.youtube.com/watch?v=cTiBGYvhQ4k&t=1s>.