

PROFESSIONE NEFROLOGO

Modelli organizzativi della rete nefrologica, dialitica e trapiantologica italiana



Carlo Manno e Alessandro Zuccalà

a nome e per conto dei componenti del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Nefrologia (Simeone Andrulli, Yuri Battaglia, Domenico Di Landro, Fulvio Fiorini, Martino Marangella, Antonello Pani, Claudio Pozzi, Giancarlo Marinangeli, Giovambattista Capasso)

Abstract

In questo articolo la Società Italiana di Nefrologia esamina alcuni recenti provvedimenti assunti dal Governo Italiano e dal Ministro della Salute Balduzzi in materia sanitaria (Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") e suggerisce un modello organizzativo della Rete Nefrologica, Dialitica e Trapiantologica Italiana, in base all'analisi dei fabbisogni nefrologici e alle caratteristiche dei cittadini-utenti (nefropatici, dializzati, trapiantati). La Rete Specialistica Nefrologica deve comprendere la Nefrologia con Trapianto e la Nefrologia e Dialisi con posti letto autonomi, la Nefrologia Pediatrica, la Nefrologia-Emodialisi con posti tecnici e posti letto dipartimentali e i Centri Dialisi senza posti letto (pubblici e privati accreditati). Inoltre si propone l'integrazione della funzione nefrologica nella rete Emergenza-Urgenza degli Ospedali dotati di Terapie Intensive e Sub-Intensive, con la gestione di tutte le tecniche depurative extracorporee continue o intermittenti. Infine si raccomanda l'integrazione con il territorio e la Medicina Generale al fine di una efficace prevenzione delle malattie renali e delle loro complicanze, soprattutto cardiovascolari, che possa ridurre i costi e migliorare gli esiti a breve e a lungo termine.

Parole chiave: Rete Specialistica Nefrologica, Standard Ospedalieri

Abstract

In this article, the Italian Society of Nephrology discusses the recent statement of the Italian National Government regarding the 'The definition of the structure and technological standards of hospital health care' and suggests a new model of organization of the Italian Nephrology, Dialysis and Transplantation Network. In particular, the Italian Society of Nephrology proposes the presence of a nephrologist as part of the Emergency Hospital Network, to oversee all extracorporeal replacement treatments taking place in Intensive Care Units. Finally, this article recommends the cooperation of the nephrologist with primary health care teams and general practitioners as a move to prevent the complications of chronic kidney disease, thus improving short-term and long-term survival outcomes and reducing the costs to the National Health System.

Premessa

Negli ultimi anni la Società Italiana di Nefrologia ha condiviso con le Istituzioni Nazionali e Regionali una serie di proposte per soddisfare i bisogni della popolazione nefropatica e la necessità di contenere i costi e di ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, allo scopo di dare a tutti ciò che è realmente necessario e di comprovata efficacia. I recenti

provvedimenti assunti dal Governo Italiano e dal Ministro della Salute balduzzi in materia sanitaria (Regolamento recante: “**Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera**”), sembrano ispirati dalla obiettiva necessità, in una difficilissima situazione economica, di introdurre elementi di razionalizzazione nell’uso delle limitate risorse disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale [1].

La Società Italiana di Nefrologia, dopo aver esaminato i punti di forza e i punti di debolezza di tali provvedimenti, suggerisce un piano attuativo a livello nazionale e regionale sui modelli organizzativi della Rete Nefrologica, Dialitica e Trapiantologica Italiana.

Il Sistema Sanitario Nazionale e la politica sanitaria sono chiamati a dare una risposta all’esigenza di servizi accessibili, continui e soddisfacenti attraverso nuovi modelli organizzativi, quali cure integrate, reti sanitarie e percorsi assistenziali definiti e basati sulla collaborazione tra differenti discipline e tra erogatori di cure primarie, secondarie e terziarie, promuovendo la transizione verso una collaborazione inter-professionale e inter-organizzazioni che superi le barriere ideologiche e le resistenze legate alle abitudini consolidate [2], [3] (full text).

Rete Ospedaliera e Rete Territoriale

La necessità di una maggiore integrazione tra la Rete dei Servizi Ospedalieri e la Rete dei Servizi Territoriali deriva da numerosi fattori correlati sia alla domanda di salute che all’offerta di prestazioni sanitarie [4], [5]. I nuovi bisogni di salute indotti dalle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) sono l’invecchiamento della popolazione e l’aumento di malattie croniche, quali diabete, patologie cardiovascolari, renali e neoplastiche, che costituiscono la maggiore causa di morte e di morbilità e determinano negli ospedali per acuti un sovraccarico lavorativo che potrebbe essere invece evitato mediante un diverso “*setting*” assistenziale. I progressi culturali e socio-economici dei cittadini-pazienti hanno aumentato le aspettative della popolazione e la speranza di sopravvivere alla malattia senza rinunciare a una buona qualità di vita. Dal lato dell’offerta, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie e dei sistemi informatici permette di trattare i pazienti sia in strutture collegate all’Ospedale per acuti sia al domicilio dei pazienti, ma richiede una organizzazione complessa che deve avvalersi dell’integrazione tra professionisti.

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve prevedere un potenziamento delle strutture territoriali. Una possibile riduzione dei posti ospedalieri deve essere bilanciata da un aumento dei servizi attorno all’ospedale: Servizi Diurni, Ambulatori Territoriali, Centri Riabilitativi, Residenze Sanitarie Assistenziali, Organizzazioni di Medici Generalisti. L’integrazione funzionale tra strutture ospedaliere e territoriali deve servire a regolamentare i flussi in entrata e in uscita dall’ospedale, allo scopo di ridurre l’inappropriatezza dei ricoveri e garantire la continuità assistenziale. In una visione integrata gli Ospedali per acuti devono garantire la gestione delle problematiche ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale e delle attività programmabili che richiedono un “*setting*” tecnologicamente ed organizzativamente complesso, mentre i Reparti post-acuti devono affrontare le peculiari esigenze riabilitative [6]. In ogni caso deve essere assicurata la gestione del **percorso diagnostico – terapeutico** sia all’interno della rete ospedaliera che della rete territoriale, attraverso l’adozione di **Linee Guida** per le patologie complesse e a lungo termine e di **Protocolli di Dimissione Protetta** per le patologie che richiedono continuità di cure post-acuzie [7].

In definitiva l’integrazione deve prevedere un modello dipartimentale tra le varie discipline e un modello per intensità di cure nei vari “*setting*” assistenziali, al fine di assicurare una maggiore flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto con specifici criteri per l’ammissione ai ricoveri ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

La rete ospedaliera deve essere integrata con la rete territoriale in termini di ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e gestione di percorsi in cui ogni settore e ruolo rivesta pari dignità. I programmi di “telemedicina” e di trattamenti domiciliari possono favorire tale integrazione e consentire una notevole riduzione dei costi soprattutto nel campo delle patologie croniche e invalidanti quali le malattie renali croniche in trattamento dialitico. Inoltre la rete ospedaliera delle singole discipline deve essere articolata secondo un modello “Hub and Spokes”, laddove appropriato, o secondo altri modelli di coordinamento professionale su base non gerarchica.

Criteri e standard dell'Accreditamento

Il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale e dei livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale per adeguatezza delle strutture, risorse umane e tecnologiche non può prescindere dai criteri e standard di Accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Nell'ambito di un programma di Accreditamento, sia Istituzionale che d'Eccellenza (volontario), gli organi preposti alle politiche sanitarie non possono trascurare la salvaguardia della “Clinical Competence” o **Competenza Professionale** (in questo caso dello specialista nefrologo) [8], [9].

La Competenza Professionale consiste nel patrimonio di conoscenze, abilità e comportamenti acquisiti durante il periodo di formazione accademica e integrati dalla esperienza lavorativa e dalla formazione continua [10]. Il recente riordino delle Scuole di Specialità ha definito le caratteristiche professionali del nefrologo, individuando gli obiettivi formativi e le attività professionalizzanti (obbligatorie ed elettive) necessari per l'accREDITAMENTO delle strutture universitarie [11].

L'attività specialistica nefrologica è inserita in una rete di prestazioni, dove il singolo specialista difficilmente agisce in completa autonomia, ma abitualmente collabora all'interno di un sistema integrato. La sommatoria delle competenze individuali viene a costituire la Clinical Competence di Equipe, a sua volta differenziata in relazione alla “mission” delle diverse tipologie di Centro previste dalla rete nefrologica, sulla cui base sono assegnati i “privilegi”, cioè gli atti medici (“skills”) che sono autorizzati all'interno della organizzazione.

In definitiva i decisori non possono trascurare l'importanza che le varie strutture siano collegate in una Rete Nefrologica, Dialitica e Trapiantologica, dove siano formalizzate le procedure per l'integrazione professionale non solo tra le varie specialità, ma anche tra gli specialisti nefrologi che operano in strutture di diverso livello, in modo da non disperdere le conoscenze acquisite con la formazione accademica e con le varie esperienze lavorative. Il censimento promosso dalla Società Italiana di Nefrologia [12] (full text) ha evidenziato che sul territorio italiano, pur con qualche lieve differenza tra le varie regioni, vi sono attualmente le seguenti tipologie organizzative: **Strutture Complesse di Nefrologia con Trapianto (SCNT)**, **Strutture Complesse Nefrologiche (SCN)**, **Strutture Semplici Nefrologiche di Dialisi (SSND)**, **Strutture Private di Nefrologia e Dialisi (SPND)**, **Strutture Private di Dialisi (SPD)**.

Proposta di un modello di rete nefrologica, dialitica e trapiantologica

La Società Italiana di Nefrologia ha attentamente esaminato e discusso con le Sezioni Regionali e i Gruppi di Studio la recente Bozza Decreto del Ministro Balduzzi (Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”), giudicando positivamente la valorizzazione del concetto di Rete

Ospedaliera con individuazione di Presidi di varia complessità in rapporto con il bacino di utenza e con i volumi di attività (associati ai migliori esiti), la più forte integrazione con la Rete Territoriale costituita da Medici di Medicina generale e Ospedali di Comunità, la graduazione nei livelli di intensità di cure e l'implementazione della Clinical Governance con adesione ai principi di efficacia, sicurezza delle cure, efficienza e centralità del paziente.

Accanto a questi utili elementi, ce ne sono altri che hanno determinato tra i Nefrologi italiani una fortissima condizione di allarme, in quanto la Nefrologia Italiana ha raggiunto negli ultimi decenni livelli qualitativi ai vertici del panorama mondiale, grazie a una diffusione capillare dei Centri di Nefrologia e Dialisi in grado di coprire il fabbisogno assistenziale in modo omogeneo ed efficace in tutto il territorio nazionale. Tuttavia la mera applicazione dei nuovi provvedimenti inerenti gli standard relativi all'assistenza ospedaliera rischia di mettere in discussione il livello raggiunto, in quanto i criteri e gli standard sembrano basati su ragioni economicistiche; infatti la determinazione dei tassi di ospedalizzazione attesi e dei bacini di utenza è stata fatta in base all'appropriatezza dei ricoveri per singola disciplina e non in base ai dati epidemiologici, penalizzando soprattutto l'area delle specialità mediche. Per quanto concerne la nostra specialità va sottolineata l'assenza di menzione specifica della "Disciplina Nefrologia" nei livelli dei Presidi Ospedalieri (Base, 1° livello, 2° livello) e di chiarezza nella definizione "Disciplina Emodialisi" con dotazione di posti letto (posti tecnici?). Infatti non c'è un minimo accenno alla **rete nefrologica** per la gestione dei pazienti dializzati, trapiantati di rene o affetti da malattia renale cronica, né alla gestione delle **tecniche depurative extracorporee** da effettuare in **Area Critica**, quali Rianimazione e Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), presenti sia nei Presidi Ospedalieri di 1° livello che in quelli di 2° livello. Infine non si prevede che la Rete Ospedaliera e Territoriale debbano essere integrate da una Rete Informatica per la raccolta delle informazioni cliniche e amministrative in data-base unici e utili per un'analisi razionale e omogenea su tutto il territorio nazionale dei costi e dei risultati clinici. Nonostante lo sforzo teso ad assicurare livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale, l'impressione è che si demandi alla Conferenza Stato-Regioni e alle singole Regioni l'applicazione di questi criteri e standard, vanificando la loro uniformità e adeguatezza a rispondere alla richiesta di salute della popolazione, soprattutto per le patologie croniche e invalidanti.

I principi regolatori del Regolamento proposto dal Ministro Balduzzi su valorizzazione della Rete Ospedaliera fortemente integrata con la Rete Territoriale, individuazione di Presidi di varia complessità e graduazione nei livelli di intensità di cure devono pertanto tenere conto delle varie realtà organizzative regionali (modello "Hub and Spoke" dell'Emilia Romagna, modello per intensità di cura della Toscana, etc). Inoltre l'analisi dei fabbisogni nefrologici in base alle caratteristiche dei cittadini-utenti (nefropatici, dializzati, trapiantati) e la determinazione della "**funzione nefrologica**" nei diversi "*setting*" assistenziali (Territorio, Presidio Base, 1° livello, 2° livello) e nella Rete Ospedaliera permetteranno il trasferimento alle Regioni del compito di disegnare la Rete Specialistica Nefrologica, che dovrà comprendere la Nefrologia con Trapianto e la Nefrologia e Dialisi con posti letto autonomi (Presidio 2° livello), la Nefrologia Pediatrica (Presidio 2° livello), la Nefrologia-Emodialisi con posti tecnici e posti letto dipartimentali (Presidio 1° livello, Presidio Base), i Centri Dialisi senza posti letto (pubblici e privati accreditati).

Infine la gestione per intensità di cure apre prospettive interessanti di stretta interazione tra specialisti di varia estrazione, mentre una buona integrazione con il territorio permette di sviluppare una efficace prevenzione e tutela della salute. Gli Ospedali di Comunità potrebbero diventare un utile strumento di dialogo e collaborazione con i Medici di Medicina Generale. A tal proposito va sottolineato che sono già in avanzato stato di sviluppo modelli di collaborazione più o meno strutturata tra specialisti di Nefrologia e Medici di Medicina

Generale, quali il progetto Prevenzione dell'Insufficienza Renale Progressiva (PIRP) dell'Emilia Romagna, i progetti della Regione Campania coordinati dalla Nefrologia Universitaria di Napoli, lo studio INCIPE delle regioni del Nord Est, il progetto Lombardo di un registro delle malattie renali croniche. È quindi evidente come il nefrologo possa svolgere un ruolo centrale di collegamento con le altre specialità e con il territorio nella gestione delle patologie croniche invalidanti dell'anziano.

Nella fase attuativa la Società Italiana di Nefrologia suggerisce di effettuare una determinazione dei posti letto nefrologici e dei posti tecnici per emodialisi in base ai dati epidemiologici, allo scopo di salvaguardare l'eccellenza specialistica in Italia, sia nella cura delle patologie acute che di quelle croniche. In Italia vi sono circa 50.000 pazienti in emodialisi, 4.000 pazienti in dialisi peritoneale e pertanto curati a domicilio, 20.000 pazienti portatori di trapianto renale, 10.000 nuovi pazienti incidenti che entrano in dialisi ogni anno con un incremento della prevalenza annua di circa 1.000 pazienti, quasi 5 milioni di pazienti affetti da malattia renale cronica, circa 15 milioni di pazienti ipertesi e 8 milioni di diabetici con possibile compromissione renale; inoltre vi sono migliaia di pazienti con insufficienza renale acuta, trapianto di organi, gravi patologie cardiovascolari, che vengono trattati con **tecniche depurative extracorporee** nelle aree critiche e intensive presenti nei Presidi Ospedalieri di vario livello. Questa massa critica di pazienti affetti da malattie renali, soprattutto se in trattamento sostitutivo della funzione renale o trapiantati di rene, deve essere assistita dai nefrologi. L'attività nefrologica, clinica e di prevenzione, è in grado di individuare i pazienti più a rischio e di rallentare la progressione del danno renale, riducendo sensibilmente il ricorso alle costose terapie sostitutive, anche in costruttiva collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

La Società Italiana di Nefrologia propone pertanto la creazione di un modello di "Rete Nefrologica" e di Rete "Ospedale-Territorio", nonché la integrazione della **funzione nefrologica** nella rete Emergenza-Urgenza negli Ospedali dotati di Terapie Intensive e Sub-Intensive, con l'affidamento esclusivo al Nefrologo della gestione di tutte le tecniche depurative extracorporee. I volumi di attività di queste tecniche complesse possono garantire l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni, specifiche della funzione nefrologica. Inoltre devono essere rimodulati il bacino di utenza e la differenziazione in posti letto autonomi e dipartimentali e definiti i relativi requisiti tecnologici (posti rene, apparecchiature) delle seguenti strutture (tabella 1):

1. Nefrologia e Dialisi con Trapianto, con dotazione di posti letto autonomi (Unità Operativa Complessa) nel Presidio Ospedaliero di 2° livello sede di Centro Trapianti: 1 per un bacino di utenza di 2.000.000 di abitanti.
2. Nefrologia e Dialisi Pediatrica, con dotazione di posti letto autonomi (Unità Operativa Complessa) nel Presidio Ospedaliero di 2° livello: 1 per un bacino di utenza di 4.000.000 di abitanti.
3. Nefrologia e Dialisi, con dotazione di posti letto autonomi (Unità Operativa Complessa) nel Presidio Ospedaliero di 2° livello: 1 per un bacino di utenza di 300.000 – 600.000 abitanti.
4. Nefrologia – Emodialisi, con dotazione di posti letto dipartimentali (Unità Operativa Funzionale) nel Presidio Ospedaliero di 1° livello – Presidio Ospedaliero Base: 1 per un bacino di utenza di 80.000-300.000 abitanti.

In definitiva si trasforma il concetto di Reparto di Nefrologia di dimensioni fisse nei Presidi Ospedalieri Base e di 1° livello in Funzione Nefrologica con gestione di posti letto flessibili, collocando i pazienti in aree funzionali per intensità di cura (alta intensità e media intensità) e trasferendo al territorio (Ospedale di Comunità, altro) la casistica a bassa complessità, mantenendo la funzione di guida e controllo nel modello a rete. Per quanto con-

cerne la collocazione della Nefrologia nei vari Dipartimenti, va tenuta presente la “mission” prevalente del Presidio Ospedaliero in cui viene allocata: “Emergenza e Trapianti d’Organo” nei Presidi di 2° livello con Centro Trapianti, “Emergenza – Urgenza” nei Presidi Ospedalieri destinati all’alta intensità di cure in quanto dotati di Area Critica, “Medicina ed altre branche specialistiche” nei Presidi destinati alla media intensità di cure. In ogni caso la gestione dei pazienti dializzati e trapiantati e delle tecniche depurative extracorporee resta affidata al “team nefrologico” qualunque sia il “setting assistenziale”. Tutte le strutture nefrologiche menzionate, compresi i Centri Dialisi senza posti letto devono essere collegate nella “Rete Ospedaliera Nefrologica” e nella “Rete Territoriale”, allo scopo di garantire la continuità assistenziale e il soddisfacimento dei bisogni assistenziali della popolazione, consentendo allo stesso tempo una razionalizzazione delle risorse economiche [13]. L’integrazione Ospedale-Territorio permette una efficace prevenzione delle malattie renali e delle loro complicanze, soprattutto cardiovascolari, riducendo i costi e migliorando gli esiti a breve e a lungo termine. La riduzione di mortalità e morbilità attraverso il modello a rete permette di migliorare gli esiti e di ridurre contemporaneamente i costi. La riduzione della spesa sanitaria legata alle malattie renali si ottiene con un incremento dei trapianti renali e una deospedalizzazione delle terapie dialitiche con la promozione della emodialisi domiciliare e della dialisi peritoneale.

Modello organizzativo della “Rete Nefrologica”

La rappresentazione del modello è costituito dal Dipartimento Aziendale o Interaziendale Nefrologico che gestisce tutta l’organizzazione nefrologica e dialitica del territorio d’appartenenza; laddove presente, il Dipartimento nefrologico deve includere l’Unità di Nefrologia e Dialisi Pediatrica, per assicurare l’integrazione e la continuità delle cure per i pazienti di età inferiore a 18 anni. Allo scopo di centralizzare alcune metodiche diagnostiche e terapeutiche complesse e di alto costo, ogni Dipartimento deve avere un Centro per l’avviamento alla Dialisi Peritoneale, un Centro per gli Accessi Vascolari complessi, e un Centro per l’Aferesi Terapeutica. Per quanto concerne la lettura e l’interpretazione della biopsia renale e lo studio delle malattie genetiche, deve essere individuato a livello Regionale un Laboratorio per l’esame istologico, immunoistochimico e in microscopia elettronica del frustolo biotico e un Laboratorio di Genetica (figura 1 e figura 2). Per quanto concerne il funzionamento del Dipartimento, il Direttore del Dipartimento coordina il Consiglio di Dipartimento e cura gli aspetti relativi alla Clinical Governance garantendo l’interfaccia dello stesso con la Corporate Governance. L’appartenenza del paziente nefropatico a tutto il Dipartimento ne garantisce la continuità assistenziale, soprattutto in caso di

Tabella 1. Standard Ospedalieri della Specialità Nefrologia secondo il “Regolamento Balduzzi” e la “Società Italiana di Nefrologia”.

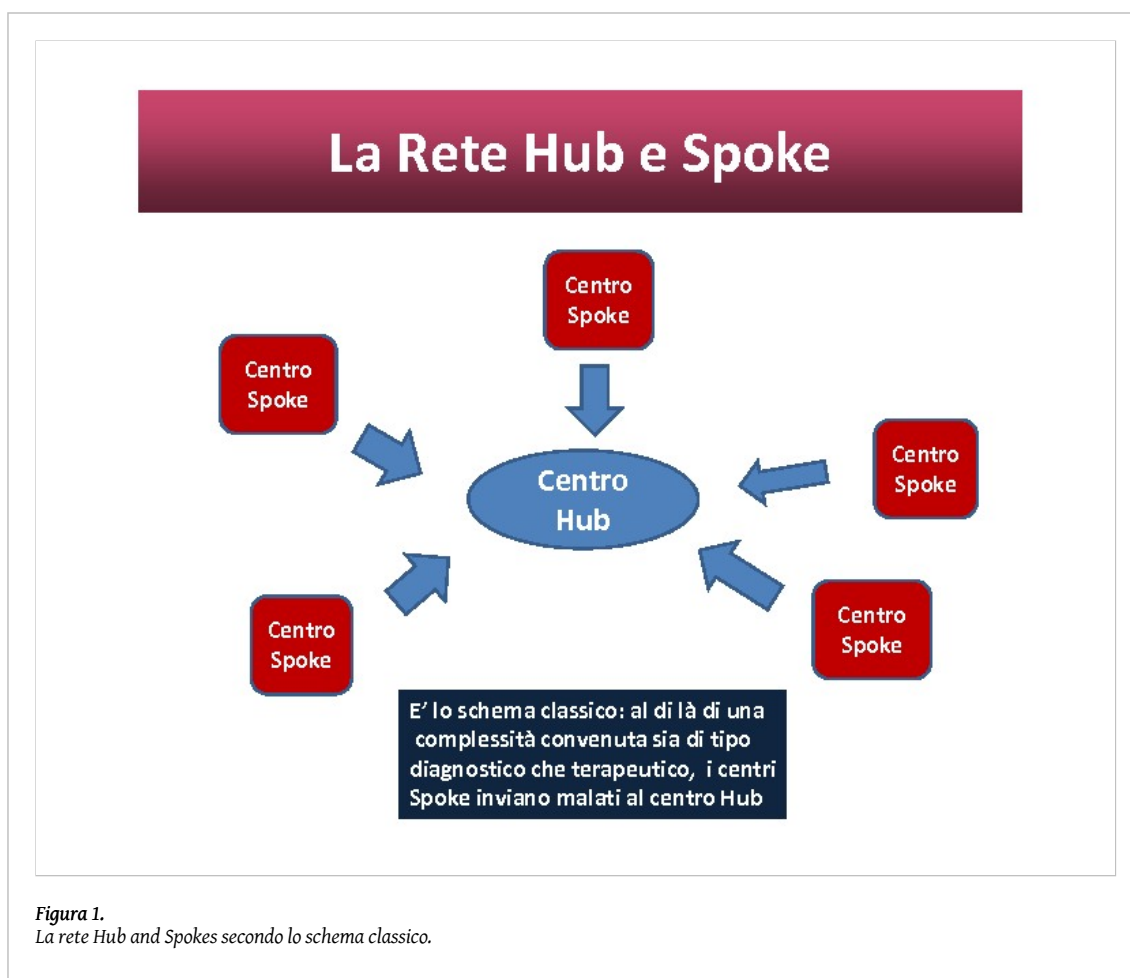
| Regolamento Balduzzi | Società Italiana di Nefrologia |
|---|---|
| Una Struttura di Nefrologia abilitata al trapianto ogni 2-4 milioni di abitanti | Una Unità Complessa di Nefrologia e Dialisi con Trapianto ogni 2 milioni di abitanti |
| Una Struttura di Nefrologia Pediatrica ogni 6 milioni di abitanti | Una Unità Complessa di Nefrologia Pediatrica ogni 4 milioni di abitanti |
| Una Struttura di Nefrologia ogni 600-1.200.000 abitanti | Una Unità Complessa di Nefrologia e Dialisi ogni 300-600.000 abitanti |
| Una Struttura di Emodialisi ogni 300-600.000 abitanti | Una Unità Funzionale di Nefrologia-Emodialisi con posti letto dipartimentali ogni 80-300.000 abitanti |
| Non prevede Strutture Nefro-dialitiche negli Ospedali di Base | |
| Non prevede una Rete territoriale specifica per le malattie renali acute e croniche | Prevede un’articolata Rete Nefrologica Ospedaliera e Territoriale |

ricovero urgente o programmato per la soluzione di problemi complessi. Lo stesso discorso è applicabile allo specialista nefrologo, la cui appartenenza al Dipartimento, sia come operante nel settore pubblico sia nel settore privato, garantisce il mantenimento della sua Clinical Competence o l'acquisizione di nuovi "privilegi".

Il modello organizzativo Dipartimentale deve prevedere specifici percorsi assistenziali ed integrazione con le strutture ospedaliere con presenza di specialità non nefrologiche, con le strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza e/o di hospice per cure palliative, con il territorio e la Medicina Generale mediante nuove forme di prestazioni assistenziali quali i "pacchetti ambulatoriali complessi ospedalieri". Inoltre l'integrazione con le strutture pubbliche e/o private da aggregare al Dipartimento deve prevedere la formalizzazione della procedura per l'assistenza continuativa nel Centro ad Assistenza Decentrata ad eventuale gestione mista.

Il numero dei posti letto autonomi nelle Unità Operative Complesse deve essere stabilito in base al bacino d'utenza e al rilievo dei fabbisogni nefrologici, dialitici e trapiantologici, mentre resta flessibile il numero dei posti letto dipartimentali a gestione nefrologica nelle Unità Operative Funzionali.

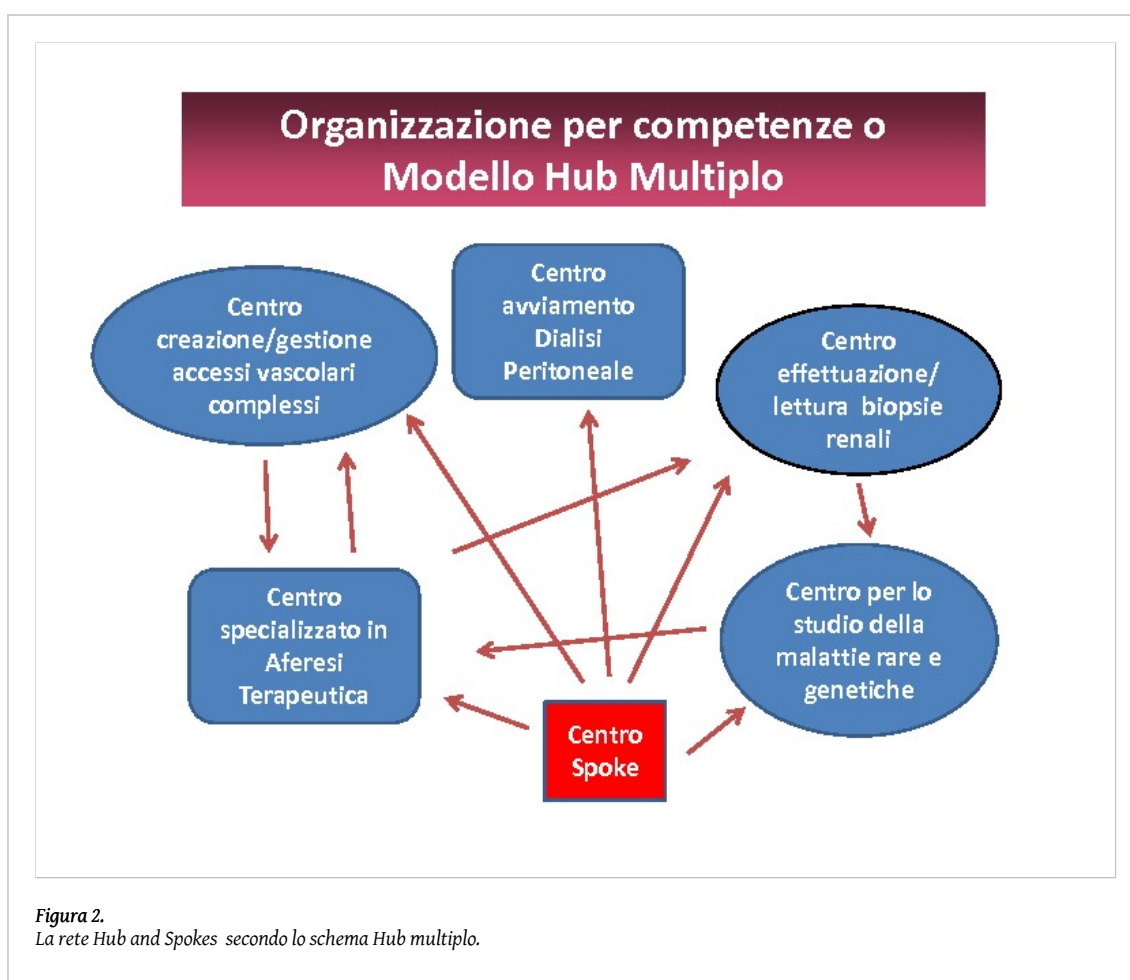
Il disegno della rete nefrologica deve pertanto partire dal censimento dei bisogni assistenziali della popolazione, delle strutture e degli operatori sanitari e dalle previsioni di incidenza e prevalenza delle malattie renali acute e croniche e delle relative complicanze. Nel modello devono essere descritte le procedure organizzative e assistenziali e definiti i criteri e gli standard al fine di introdurre metodiche di valutazione della qualità sia oggettiva che percepita attraverso specifici indicatori misurabili. Lo scopo finale è quello di migliorare il



livello di salute della popolazione italiana, garantendo ciò che è veramente utile ed eliminando sprechi, procedure obsolete e impedimenti all'innovazione e alla crescita delle future generazioni di operatori sanitari.

Conclusioni

Una buona sanità distribuita su tutto il territorio nazionale è una priorità di tutte le società civili. L'introduzione di nuove forme organizzative dei servizi sanitari richiede nuove strutture e innovative pratiche cliniche basate sulla integrazione tra professionisti di differenti discipline e tra diversi erogatori di cure primarie, secondarie e terziarie. Il modello a rete garantisce un appropriato percorso diagnostico-terapeutico per il paziente nefropatico e il mantenimento della "Clinical Competence" per lo specialista nefrologo. Infine l'integrazione Ospedale-Territorio permette una efficace prevenzione delle malattie renali e delle loro complicanze, soprattutto cardiovascolari, riducendo i costi e migliorando gli esiti a breve e a lungo termine. Il modello suggerito può essere in grado di migliorare la mortalità e morbilità e di ridurre la spesa sanitaria legata alle malattie renali, attraverso la diffusione della cultura della donazione d'organo, l'incremento dei trapianti renali e la deospedalizzazione del paziente nefropatico con la promozione della emodialisi domiciliare e della dialisi peritoneale. Il rapporto tra i risultati clinici e le risorse impiegate nelle diverse fasi dei modelli organizzativi permette di effettuare una scelta consapevole del modello più efficiente ed efficace, tenendo in conto le transizioni epidemiologiche e i progressi scientifici e tecnologici della medicina.



Il riconoscimento di una attività già esistente e non comprimibile poiché costituita da trattamenti salvavita, sarà in grado di mantenere una eccellenza della sanità italiana, introducendo importanti elementi di razionalizzazione e contenimento della spesa.

Bibliografia

- [1] Ministero della Salute, Bozza Decreto 20 Dicembre 2012. Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 Dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135
- [2] Anessi-Pessina E, Cantù E Whither managerialism in the Italian National Health Service? The International journal of health planning and management 2006 Oct-Dec;21(4):327-55
- [3] D'Amour D, Goulet L, Labadie JF et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC health services research 2008 Sep 21;8:188 (full text)
- [4] Edgren L The meaning of integrated care: a systems approach. International journal of integrated care 2008;8:e68
- [5] Gröne O, Garcia-Barbero M, WHO European Office for Integrated Health Care Services et al. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International journal of integrated care 2001;1:e21
- [6] Manno C, Di Giorgio C, Gesualdo L et al. A new model of acute care hospitals and the role of nephrologists. Journal of nephrology 2012;25 Suppl 19:S11-5
- [7] Quintaliani G, Cappelli G, Lodetti L et al. Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part I: clinical care delivery and performance measurements and improvement. Journal of nephrology 2009 Jul-Aug;22(4):423-38
- [8] Epstein RM, Hundert EM Defining and assessing professional competence. JAMA : the journal of the American Medical Association 2002 Jan 9;287(2):226-35
- [9] Cohen JJ, Glassock RJ, Benson JA Jr et al. Evaluation of clinical competence in nephrologists. Kidney international 1988 Feb;33(2):608-9
- [10] Quintaliani G, Cappelli G, Meneghel G. La Clinical Competence. Nephromeet: La rete delle conoscenze nefrologiche
- [11] MIUR: Decreto 29 marzo 2006. Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione. GU 105 del 08 / 05 / 2006 (Suppl. Ord. 115)
- [12] Alloati S, Strippoli GF, Buccianti G et al. Current structure and organization for renal patient assistance in Italy. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association 2008 Apr;23(4):1323-9 (full text)
- [13] Decreto 26 Ottobre 2012 dell'Assessorato per la Salute Regione Sicilia: "Costituzione della Rete Nefrologica regionale". Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 30-11-2012 – Parte 1 n. 51, pp. 68-73.