



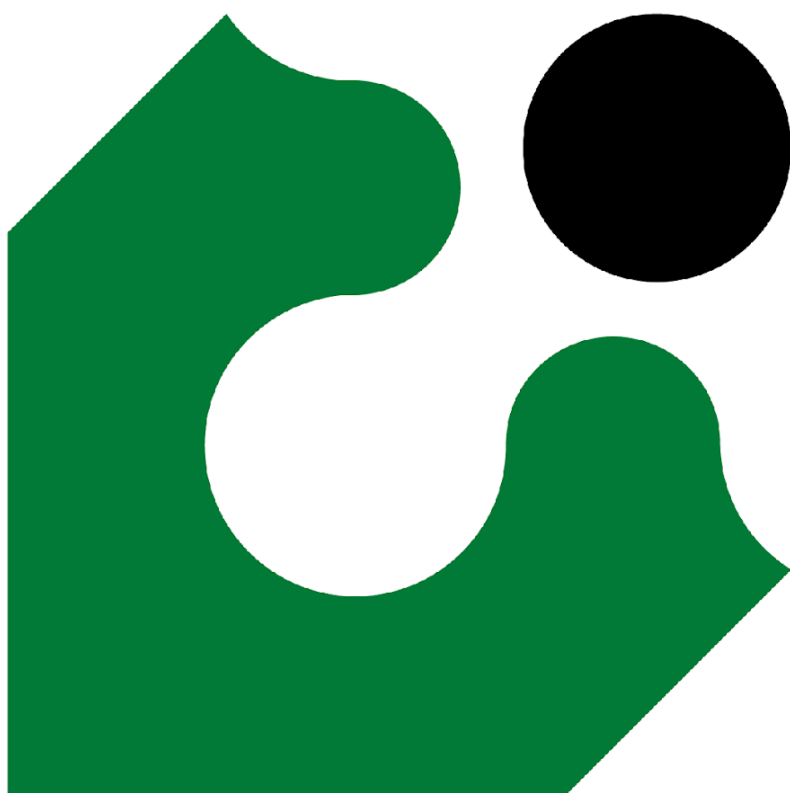
*La pianificazione della gestione dell'insufficienza renale  
cronica sul territorio, a domicilio ed in ambito ospedaliero.*

*Ottimizzare i percorsi di prevenzione e cura  
delle malattie renali*

Andrea Ambrosini

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



# **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

UNIMI-DSC 2101/CE

Università degli Studi di Milano

## **AUTORE**

**Andrea Ambrosini**

Dirigente Medico, Responsabile f.f. S.C. Nefrologia e Dialisi  
ASST dei Sette Laghi Varese

## **DOCENTE DI PROGETTO**

**Anna Prenestini**

Professore Associato di Economia Aziendale  
Dipartimento Economia, Management e Metodi Quantitativi  
Università degli Studi di Milano

## **RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

**Federico Lega**

Professore Ordinario di Management Sanitario  
Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute  
Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

## **INDICE**

Introduzione	pag 4
4	
a) l'andamento demografico	pag 4
b) la patologia cronica e la prevenzione delle malattie	pag
c) la gestione ottimale della malattia renale cronica	pag 6
d)	
Analisi la SC di Nefrologia e Dialisi dell'ASST dei Sette Laghi	pag 8
Obiettivi strategici e specifici del progetto	pag 10
a) Obiettivo strategico	pag 10
b) Obiettivi specifici	pag 11
Destinatari e beneficiari del progetto	pag 5
Descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche	pag 16
Analisi dei costi di implementazione o realizzazione	pag 19
Risultati Attesi	pag 23
Conclusioni	pag 25
Riferimenti normativi	pag 27
Bibliografia	pag 28
Sitografia	pag 30

## **INTRODUZIONE**

L'Insufficienza renale cronica è una patologia in continua crescita e sviluppo nella popolazione italiana e mondiale. La Nefrologia, branca specialistica nata dalla Medicina Interna molti anni fa con lo scopo di curare con metodo e aggiornamento scientifico costante le malattie di interesse medico dei reni e per esteso dell'apparato urinario, deve saper far fronte alla crescente richiesta di cura e servizio dei pazienti affetti da patologia renale.

L'Unità Operativa di Nefrologia dell'ASST dei Sette Laghi ha visto crescere negli anni il proprio campo di applicazione e si è arricchita di professionisti che hanno perfezionato la cura delle patologie super specialistiche, dei trattamenti dialitici sostitutivi e del trapianto di rene. Oggi la nostra unità operativa, pur dotata di un organico importante e completo per la gestione di tutti gli aspetti delle patologie renali, soffre dello squilibrio tra risorse strutturali e umane disponibili e crescente richiesta di prestazioni, anche a seguito della difficoltà a ricollocare sul territorio la presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche, di cui la malattia renale è uno dei più chiari esempi.

Questo progetto vuole promuovere una riorganizzazione della gestione delle patologie croniche di interesse nefrologico, prima fra tutte l'insufficienza renale, favorendo una ridistribuzione sul territorio e sulle cure primarie dei casi di più semplice gestione, rafforzando e coordinando rapporti con il medico di medicina generale, al fine di concentrare ed indirizzare le forze e le risorse umane ospedaliere al trattamento delle patologie più complesse e specialistiche; come secondo aspetto mira a favorire la gestione di casi selezionati e specifici agevolando il trattamento terapeutico e l'assistenza al domicilio del paziente, al fine di evitare o quantomeno ridurre la necessità di un accesso ospedaliero continuativo.

I vantaggi di questo progetto sono rappresentati non solo da una ottimizzazione delle risorse ospedaliere e della nostra unità operativa in particolare, ma anche da una progressiva

crescita culturale della medicina di base sulle problematiche legate alle patologie renali, da una implementazione della prevenzione dei fattori di rischio di insorgenza ed evoluzione dell'insufficienza renale, da una riduzione ed accorciamento delle liste d'attesa, da un risparmio economico sanitario, da un'agevolazione nella possibilità di cura per il paziente stesso e da una ottimizzazione delle condizioni sociali familiari e della qualità di vita di alcune persone, in particolare grandi anziani, affette da severe patologie tra cui quella renale.

Di seguito si approfondiscono alcuni fenomeni di contesto che rendono necessario il ripensamento dei percorsi di prevenzione, presa in carico e cura dei pazienti affetti da patologie renali.

#### **a) l'andamento demografico**

La popolazione italiana sta modificando rapidamente le sue caratteristiche. Nel prossimo decennio è previsto Istat un calo della popolazione di circa milioni di persone, in particolare per la riduzione della natalità, non adeguatamente compensata dalla riduzione della mortalità e dai flussi migratori positivi verso il nostro paese. preoccupante la previsione di aumento del rapporto tra anziani e giovani (previsto un rapporto di 3:1 nell'arco di 30 anni) a fronte di un progressivo calo delle nascite ed all'aumento della speranza di vita e della crescita dell'età media delle persone. Questo aumento dell'età media è già un dato di fatto degli ultimi anni: nell'ultimo ventennio la vita media è cresciuta di circa 4 anni negli uomini e di 3 anni nelle donne passando rispettivamente da 76 anni a 80 anni e da 82 anni a 85 anni. Oggi il 10,7% degli italiani ha più di 65 anni, il 7,8% ha più di 75 anni e il 3,2% ha più di 85 anni. La popolazione con età maggiore di 65 anni passerà in Italia dal 21,7% del 2015 al 33,1% nel 2050.

Questi dati di andamento demografico italiani sono confermati a livello europeo Eurostat e mondiale United Nations Population Division. Le previsioni europee di Eurostat descrivono per il prossimo ventennio un aumento di circa il 3,2% delle persone con età maggiore di 80 anni e del 3,4% di quelle maggiori di 65 anni: complessivamente la popolazione degli ultra sessantacinquenni passerà dal 20,4% al 27 %.

La pandemia da Sars-Cov 2 ha chiaramente rappresentato un elemento di disturbo nei calcoli e nel trend demografico di questi anni (meno 0,9 anni di vita media con netto peggioramento

soprattutto nelle regioni più colpite del nord Italia), ma è verosimile attendersi al suo termine una ripresa delle curve demografiche come previste in epoca pre pandemia.

## **b) la patologia cronica e la prevenzione delle malattie**

L'aumento dell'età media della popolazione e della speranza di vita sta facendo emergere sempre più la problematica della cura della salute ed in particolare della cura delle patologie croniche; aumenta la necessità di cura, aumenta il rischio di ospedalizzazione, la necessità di visite mediche ambulatoriali; tutto quanto avrà come conseguenza un importante aumento della spesa sanitaria per le cure primarie e per le cure specialistiche. intervento tempestivo e massiccio prevenzione e trattamento delle patologie croniche già dalle fasi iniziali; i costi aggiuntivi da sostenere sono da vedere come un investimento per il sistema sanitario nazionale perché permettono non solo di aumentare la speranza di vita in generale, ma soprattutto aumentano la probabilità di un aumento della quantità di vita in buona salute; solo i paesi che investono in prevenzione possono prevedere un aumento del tempo di vita in buona salute. Questo dato è dimostrato anche nelle regioni italiane: dove c'è maggior investimento nella prevenzione e nella cura delle patologie c'è una miglior speranza di vita libera da malattia: un chiaro esempio sono le regioni a statuto indipendente come il Trentino Alto Adige dove, a quota di spesa pro capite per gli investimenti nella salute più alta, corrisponde un aumento della vita in buona salute; discorso completamente opposto vale per alcune regioni del Sud della nostra penisola, dove la cura e la prevenzione sono a livelli molto più bassi. Il soddisfacimento del bisogno sanitario è un elemento cardine del concetto di condizione di buona salute e benessere della persona secondo i criteri dell'OMS.

La crescita delle patologie croniche e l'aumento delle richieste e dei bisogni della popolazione aggiunti alla maggior necessità di cura a domicilio della popolazione anziana dovrà inevitabilmente confrontarsi con le scarse risorse economiche del Sistema Sanitario Nazionale. Il 30% della popolazione italiana è affetta da una patologia cronica e il 70% della spesa sanitaria è dedicata alla cura della patologia cronica; anche la maggior parte dei ricoveri ospedalieri hanno alla base una patologia cronica.

renale cronica ha una prevalenza ed una incidenza sempre più ampia, in conseguenza come detto dell'aumento della popolazione anziana, ma anche dell'aumento di patologie croniche quali il diabete e l'ipertensione che sono sempre più spesso i fattori eziopatogenetici principali del danno renale; il diabete colpisce il 5% della popolazione italiana ma più del 16

% dei pazienti con più di 65 anni; le patologie cardiovascolari tra cui l'ipertensione sono in crescita costante. La malattia renale cronica ha una prevalenza del 10% nella popolazione italiana e ciò non si discosta molto dai valori di tutti gli altri paesi del mondo occidentale; raggiunge il 50% però nella popolazione affetta da diabete ed ipertensione. Tutte queste patologie e il loro andamento sono frutto di fattori non modificabili tra cui l'aumento della vita media, ma anche di fattori modificabili tra cui gli stili di vita ed i fattori di rischio; è proprio su questi fattori che la prevenzione deve giocare un ruolo fondamentale. Sedentarietà, dieta, abuso di alcool, fumo, dislipidemia, ipertensione sono alla base della maggior parte delle patologie croniche che affliggono l'umanità. La prevenzione è a tutti gli effetti un livello essenziale di assistenza della sanità pubblica e tra questi grande importanza ha il controllo composito degli stili di vita ( ) Anche il tasso di ospedalizzazione per le maggiori patologie croniche e il tasso delle cure domiciliari sono indici di calcolo del soddisfacimento dei LEA per le varie regioni.

La malattia renale infine è spesso asintomatica o paucisintomatica e poco conosciuta e considerata a volte nelle cure primarie, il che porta ad una sottostima della reale prevalenza ed incidenza nella popolazione; molti casi rimangono sconosciuti e l'evoluzione a volte lenta dei quadri clinici può portare ad una loro evidenza solo nella fasi avanzate, quando non solo non si può più fare prevenzione e correzione dei fattori eziopatogenetici aggravanti, ma spesso non è più nemmeno possibile fare una corretta diagnosi eziopatogenetica e non sono più disponibili terapie utili a rallentare o addirittura fermare l'evoluzione verso l'uremia terminale ed il trattamento dialitico.

### **c) la gestione corretta della malattia renale cronica**

La malattia renale cronica si classifica e differenzia a seconda della sua severità in 5 stadi si parla di Insufficienza renale cronica lieve per lo stadio 1 e 2, di moderata per lo stadio 3, di severa per lo stadio 4 e di terminale per lo stadio 5 (detta anche uremia); nello stadio 5 avanzato la severa compromissione delle funzioni renali non è più compatibile con la vita ed ricorrere ad una procedura sostitutiva come la dialisi o ad un intervento chirurgico di trapianto renale.

La dialisi è un trattamento artificiale che sfrutta le capacità di una macchina, il cosiddetto rene artificiale, di depurare il sangue e rimuovere l'acqua in eccesso dal corpo del paziente, tutte funzioni che mimano quelle che normalmente esegue un rene non malato.

L'alternativa, che sicuramente offre migliori qualità e spettanza di vita, è il trapianto di un nuovo rene; questa opportunità è comunque disponibile solo per una minoranza dei pazienti uremici sia per condizioni cliniche ed età anagrafica, sia per la sempre minor offerta di organi rispetto alla domanda.

La gestione dell'insufficienza renale è oggi, come 30 anni fa, di pertinenza quasi esclusiva dello specialista nefrologo e delle strutture ospedaliere specializzate nella cura delle patologie renali; sul territorio la malattia renale è poco conosciuta e poco considerata, anche perché come detto è spesso pauci sintomatica, se non addirittura silente, ed inoltre le patologie renali sono di difficile gestione per il medico di medicina generale. Fatte queste premesse e ribadito il fatto che l'invecchiamento della popolazione ed il dilagare di patologie croniche quali diabete ed ipertensione, porta inevitabilmente ad un aumento della incidenza e prevalenza dell'insufficienza renale cronica, risulta evidente come siano inadatte le attuali risorse umane e strutturali ad una adeguata gestione della domanda di cura sia in termini qualitativi che quantitativi: i tempi d'attesa per una visita ambulatoriale nefrologica nella nostra azienda sono passati dai circa 2 mesi di 20 anni fa ai quasi 15 mesi di oggi, tempistiche non compatibili con un adeguato e corretto trattamento e prevenzione dell'evoluzione clinica negativa di molte delle patologie correlate all'insufficienza renale, che è rappresentata in Italia in circa 2,5 milioni di persone a vari stadi di gravità evolutiva.

fondamentale, e lo sarà sempre di più col passare degli anni per la già citata crescita della patologia renale in termini numerici, prevenire l'insorgenza della malattia renale attraverso un controllo dei fattori di rischio, in particolare nelle fasce di popolazione più facilmente esposte, eseguire uno screening approfondito per individuare le fasi precoci della malattia, trattarla precocemente e assiduamente per rallentare la sua evoluzione, intensificare cure e trattamenti nelle fasi più avanzate per ritardare l'inizio del trattamento dialitico e la necessità di un trapianto ed infine accompagnare ed indirizzare i pazienti, in particolare i più anziani e con plurime comorbidity, ad un approccio terapeutico conservativo, basato solo su trattamenti medici, quando il trattamento dialitico non viene accettato dal paziente o quando



per motivi etici, sociali, e clinici lo si ritiene peggiorativo della qualità di vita della persona malata, a fronte di un non adeguato aumento della aspettanza di vita.

Tutti questi aspetti con il passare degli anni sono divenuti sempre più rari e difficoltosi da perseguire nella sanità di oggi: scarse risorse umane, riduzione dei tempi di lavoro, progressivo distanziamento tra la medicina del territorio e quella ospedaliera, poche possibilità di approfondimento e conoscenza della patologia a livello delle cure primarie, allungamento delle liste d'attesa ambulatoriali, sovraffollamento dei centri dialisi e scarsa per non dire nulla possibilità di assistenza sul territorio ed anche a livello domiciliare per i casi più gravi o per le persone più anziane.

Solo con una revisione della gestione clinica della patologia renale, con un capillare lavoro di individuazione e trattamento delle fasi iniziali sul territorio, con un maggior coinvolgimento della medicina di base, con la concentrazione delle risorse ospedaliere per la gestione ed il trattamento delle patologie più specialistiche da parte del Nefrologo e con una revisione dei processi di cura delle fasi avanzate della malattia è possibile affrontare nel migliore dei modi una patologia che viceversa tenderà a gravare sempre più sulle strutture ospedaliere pubbliche e sui conti della sanità; un paziente in trattamento dialitico costa circa 40-45 mila euro all'anno ed abbiamo in Italia circa 50000 pazienti in trattamento dialitico cronico. Una corretta gestione può permettere di ritardare l'ingresso in dialisi di un paziente anche di 5 anni (

-

## **S.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI DELL' ASST DEI SETTE LAGHI**

La S.C. di Nefrologia e Dialisi dell'ASST dei Sette Laghi presenta in organico un Responsabile Facente Funzione e 11 medici specialisti; il reparto è suddiviso in 3 sezioni cui corrispondono 3 diverse attività lavorative: la Nefrologia degenza dotata di 4 medici in organico, la Dialisi ospedaliera e territoriale dotata di 4 medici in organico e il Trapianto dotato di 3 medici in organico. Questa struttura complessa è la più importante della provincia territoriale e serve un bacino d'utenza di circa 200000 persone; la dialisi è uno dei centri più grandi d'Italia per numerosità di pazienti e diffusione sul territorio; la degenza copre la gestione di tutti i casi clinici di interesse nefrologico e delle patologie più complesse; è una delle sette nefrologie

regionali sede di trapianto. Collabora attivamente con tutte le unità di erapia ntensiva dell'zienda per la gestione dei trattamenti dialitici nei pazienti ricoverati nelle rianimazioni, con la chirurgia vascolare per l'allestimento e la gestione degli accessi vascolari per l'esecuzione della dialisi, con la chirurgia dei trapianti e le malattie infettive per il trapianto di rene, con la cardiologia e la diabetologia per i casi di interesse comune sempre più frequenti nella popolazione odierna. Il legame con il territorio e la medicina di base è sempre stato ampio e molto stretto proprio in virtù della natura e dell'aspetto di cronicità della patologi in sé.

L'organico della SC di Nefrologia e Dialisi è comunque ridotto per tutta l'attività specialistica di cui si deve occupare.

Tutti i medici eseguono anche attività di guardia notturna interdivisionale ospedaliera (circa 9 guardie al mese) e tutti si occupano dell'attività ambulatoriale; alcuni medici vedono la loro attività lavorativa suddivisa in due sezioni: alcuni si occupano al 50% di dialisi e al 50% di trapianto, altri al 50% di degenza e al 50% di trapianto.

La efrologia degenza è dotata di 16 posti letto accreditati ed esegue circa 450 ricoveri ospedalieri all'anno con circa il 30% di casi complessi ed un peso medio di 1.6. La ialisi ospedaliera è dotata di 30 postazioni dialitiche che consentono il trattamento di circa 120 pazienti per circa 19000 sedute dialitiche all'anno la ialisi territoriale è composta da 4 C.A.L (Centri ad Assistenza Limitata) dove non è prevista la presenza costante del medico; vengono sottoposti a trattamento dialitico circa 130 pazienti con quasi 20000 sedute dialitiche all'anno; viene eseguita la dialisi peritoneale in circa 30 pazienti e vengono eseguiti circa 1000 trattamenti di dialisi continuativa (CRRT) nelle nità di erapia intensiva; l'attività di rapianto riguarda non solo l'ambulatorio di follow up del trapianto di rene, che ha in carico circa 750 pazienti per un numero di visite annue che supera le 3500 unità, ma anche la gestione dei pazienti trapiantati de novo, sia pre ricovero che nell'immediato post intervento (circa 40-45 interventi/anno).-

Sono inoltre attivi i seguenti ambulatori specialistici: l'ambulatorio per la cura della malattia renale avanzata (Ma.Re.A) con più di 1200 visite/anno (350 pazienti in carico e 25 visite settimanali)'ambulatorio per la cura delle glomerulonefriti e delle patologie autoimmuni sistemiche con più di 650 visite/anno (280 pazienti in follow up e 13 visite settimanali)'ambulatorio per la cura della nefropatia diabetica con più di 350 visite/anno (200 pazienti e 8 visite a settimana)'ambulatorio per la malattia policistica e le malattie rare con circa 200 visite/anno (60 pazienti e 4-5 visite a settimana).'ambulatorio per il trapianto di rene da donatore vivente e per l'inserimento in lista d'attesa

per trapianto con più di 200 visite/anno (50 coppie in carico e 150 pazienti in lista d'attesa)'ambulatorio di follow up per trapianto di rene con più di 3500 visite annue (650 pazienti e 60 visite a settimana)'ambulatorio di nefrologia generale dove vengono eseguite prime visite e controlli per pazienti affetti da insufficienza renale cronica a tutti gli stadi per più di 1300 visite all'anno.

Tutti gli ambulatori citati sono ultraspecialistici ed è proprio in questo contesto che lo specialista nefrologo può esprimere un valore unico aggiunto; la richiesta di assistenza continuativa per questi pazienti rende necessario il concentramento delle forze e delle risorse umane proprio in questa attività. L'ambulatorio di nefrologia gnrale ha visto crescere costantemente in questi ultimi anni la richiesta di prestazioni con conseguente allungamento notevole delle liste e dei tempi di attesa, spesso non congrui con la severità e complessità della patologia rnale e con la necessità di eseguire prevenzione e adeguato controllo nelle fasi iniziali dell'insufficienza rnale. A questo ambulatorio afferiscono pazienti in vario stadio di malattia; spesso le visite sono in realtà richieste dalla medicina di base per casi clinici di scarsa rilevanza o per monitoraggio di quadri lievi e stabili nel tempo. Non è pensabile una revisione organizzativa degli ambulatori ultraspecialistici, ma è facile prevedere una maggior necessità di tempo e risorse umane per la corretta gestione delle patologie più complesse e severe. Al contrario è ipotizzabile riprogrammare l'ambulatorio di nefrologia gnrale, anche alla luce del fatto che un 30% circa degli appuntamenti previsti non vengono mantenuti dai pazienti a seguito del tempo d'attesa prolungato e della conseguente esecuzione della visita in altri ambiti ospedalieri o in strutture private e del fatto che il 30% delle visite eseguite si conclude con un rinvio del paziente alle cure primarie per la gestione in cronico della patologia.

Una realtà spesso vissuta in tutte le efrologie ospedaliere ed anche nella nostra è quella della necessità di cura di pazienti grandi anziani e a volte con plurime comorbidità (neoplasie, cardiopatie severe, quadri di demenza senile, vasculopatie diffuse, diabte scompensato etc); quando si giunge allo stadio terminale dell'insufficienza rnale per questi pazienti si apre la necessità di un'attenta valutazione del programma terapeutico per la gestione corretta dell'uremia e si deve tenere conto del volere e delle esigenze di questi pazienti in un contesto etico e sociale più ampio, che esula dallo stretto contesto clinico (. A volte la spettanza di vita di questi pazienti è limitata e più di una volta ci si è trovati di fronte al dilemma di quale fosse

l'approccio terapeutico più corretto e migliore per il paziente stesso, considerando quale sia il disagio provocato dall'ingresso in trattamento dialitico con il conseguente allontanamento dall'ambito familiare, il trasporto in ambulanza, la dipendenza dall'ospedale, le complicanze e difficoltà del trattamento dialitico. A tutto questo si aggiunge pur in secondo piano la cronica scarsità di posti letto liberi per eseguire trattamenti dialitici e il costo complessivo del trattamento che si aggira sui 40-45000 euro annui per singolo paziente. Da qui l'ipotesi di valutare per questa ristretta e selezionata coorte di pazienti, stimabile in 5-7 unità all'anno, una proposta di trattamento conservativo senza ricorrere alla dialisi.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

### **a) Obiettivo strategico**

L'obiettivo strategico è di ridisegnare e riprogettare la gestione della malattia renale cronica (Insufficienza renale cronica) sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero, a partire dalla prevenzione e dalle fasi iniziali della malattia, fino agli stadi avanzati e terminali che portano al trattamento dialitico.

L'obiettivo strategico è quindi di ottimizzare la cura della patologia in tutte le sue fasi, dalla prevenzione fino allo stadio finale, di coinvolgere maggiormente la medicina di base e le cure primarie, di indirizzare e dedicare le risorse specialistiche alle casistiche dove è richiesta maggiormente una competenza nefrologica, di facilitare al paziente l'accesso alle cure specialistiche con riduzione delle liste d'attesa, di ridurre i costi legati al trattamento dialitico e di ottimizzare la cura del paziente con possibilità di trattamento domiciliare conservativo.

In particolare la gestione della malattia renale nelle sue fasi iniziali in stretta condivisione con la medicina di base e del territorio, che rappresenterebbe la diretta protagonista a contatto con il malato, riserva allo specialista nefrologo una attività di consulenza ed un tutoraggio per via telematica a disposizione del medico di medicina generale, sia in assenza che in presenza del malato stesso innovativofinora trovato applicazione su larga scala e perfettamente nelle nuove direttive previste dal .

l'assistenza territoriale e domiciliare conservativa dell'insufficienza renale terminale, sull'esempio già in atto per la cura della patologia oncologica, pur ristretta ad una coorte

particolare e selezionata di pazienti, potrebbe aprire una visione ed una strada mai percorsa di fatto nella cura dell'uremia, da sempre legata in modo indissolubile al trattamento dialitico.

## **b) Obiettivi specifici**

### **OBIETTIVO SPECIFICO 1 - Favorire modalità di prevenzione della malattia renale e della sua evoluzione attraverso l'informazione e la formazione culturale delle cure primarie e della medicina territoriale**

Come già descritto la malattia renale è spesso asintomatica o pauci sintomatica; molto raramente un paziente si reca dal medico di medicina generale per una problematica di questo tipo. D'altra parte i segni e i sintomi sono difficili da individuare da parte del medico non nefrologo. Da qui la perdita di molti casi, non riconosciuti, che giungono tardivamente all'attenzione dello specialista nefrologo.

Per ovviare o limitare questo aspetto è fondamentale che il nefrologo operi una campagna di informazione e formazione culturale in stretto contatto con la medicina del territorio e le cure primarie: questo permette di sensibilizzare i medici sulla prevenzione dei fattori di rischio, sulla evidenziazione e selezione dei casi di familiarità per malattia renale, sulla importanza dello screening laboratoristico e della diagnosi precoce, sulla ottimizzazione e scrupolosità delle cure per rallentare l'evoluzione clinica e sulle corrette tempistiche di rivalutazione dell'andamento della patologia che spesso si differenzia a seconda della sua eziopatogenesi.

Il progetto prevede la creazione di una pagina web dedicata alla patologia renale nella sua interezza, con materiale informativo specialistico per medici di medicina gnale.

Mettere a disposizione del medico del territorio questa modalità di connessione continua con lo specialista faciliterebbe sicuramente l'attenzione del medico del territorio sulle tematiche renali e sulla loro prevenzione, faciliterebbe la possibilità di ottenere preziosi consigli sul corretto studio e sulla corretta gestione di tutte le problematiche che possono aggravare il danno renale e ridurrebbe sicuramente la richiesta di pareri specialistici per quadri di dubbia pertinenza nefrologica, dovuta solo alla conoscenza non approfondita della malattia ed un inutile intasamento delle liste d'attesa.

**OBIETTIVO SPECIFICO 2 - Migliorare e rendere più appropriata la gestione dell'insufficienza renale nelle fasi iniziali da parte del medico delle cure primarie grazie alla consulenza e al tutoraggio del medico nefrologo**

Il numero di persone affette da quadri lievi di insufficienza renale (stadio 1 e 2) è molto elevato e come detto sicuramente sottostimato. importante intercettare tutti questi pazienti nelle fasi iniziali della malattia ed individuare e concentrare l'attenzione soprattutto su coloro che sono affetti da patologie croniche che possono facilmente complicarsi con un quadro di danno renale. L'evoluzione del danno renale dipende da tanti fattori: tra i principali ci sono l'età del paziente, e la scrupolosità e frequenza con cui si viene sottoposti agli esami e non ultima la natura della patologia che provoca il danno renale; alcune patologie provocano un danno ad evoluzione più rapida ed aggressiva, altre invece hanno un andamento molto più benigno e favorevole. importante differenziare attentamente questi aspetti perchè negli stadi 1 e 2 e anche nello stadio 3 quando la patologia è silente e decorre in modo favorevole questi pazienti possono essere adeguatamente gestiti e curati dal medico di medicina generale con il supporto costante dello specialista nefrologo, anziché essere inviati in visita ambulatoriale.

Il progetto prevede la programmazione di una sezione della pagina web che permetta una connessione diretta tra lo specialista nefrologo ed il medico del territorio, anche in presenza del paziente, attraverso collegamenti tele-consulto o tele-visita in determinate fasce orarie lavorative; così facendo si semplifica il percorso di cura e si riducono gli errori di valutazione clinica o di trasmissione dei dati clinici e delle prescrizioni terapeutiche e col tempo si può agevolare la diffusione del know how sulle tematiche legate alla patologia renale nella medicina territoriale e si facilita il dibattito e il dialogo diretto tra specialista e medico di medicina generale .

Molte delle visite ambulatoriali svolte nella nostra unità operativa, a volte con tempistiche di attesa di 8-12 mesi, riguardano problematiche cliniche di lieve entità o anche quadri di insufficienza renale intermedi con evoluzione molto lenta negli anni o addirittura stabilizzati nel tempo. La visita ambulatoriale di questi pazienti oltre ad avere tempistiche molto dilatate, a volte non è produttiva e determina un impiego inutile e eccessivo di risorse umane e tempo, che andrebbero ottimizzati e dedicati a problematiche più urgenti e specialistiche.

Gestire questi quadri in collegamento direttamente col medico del paziente, permetterebbe al paziente di risparmiare tempo e di avere consulti più frequenti e ravvicinati al medico di avere un inquadramento più preciso e diretto ed una confidenza maggiore sulla gestione dello specifico caso clinico allo specialista di risolvere un quesito clinico in un tempo sicuramente molto ridotto rispetto a quello necessario in una classica visita ambulatoriale in presenza all'azienda di avere liste d'attesa più consone ed appropriate.

**OBIETTIVO SPECIFICO 3 - Recuperare risorse specializzate per la gestione dell'insufficienza renale severa e delle patologie nefrologiche complesse e implementazione degli ambulatori MA.Re.A e degli altri ambulatori specialistici**

Dove lo specialista nefrologo esprime il suo valore aggiunto, che difficilmente può essere garantito dal medico di medicina territoriale, è la fase avanzata della insufficienza renale (stadio 4 e 5) e la gestione di patologie rare e ultraspecialistiche quali ad esempio la malattia policistica, le patologie autoimmuni, sia primitive che secondarie, e la gestione della terapia immunosoppressiva o delle patologie infettive più severe. Nel primo caso, la complessità degli aspetti clinici legati all'uremia e l'interessamento sistemico della malattia richiedono conoscenze fini e approfondite dei meccanismi eziopatogenetici che determinano l'insorgenza di segni e sintomi tipici di queste fasi della malattia; la necessità di conoscere a fondo gli adeguamenti terapeutici ed i dosaggi dei farmaci in questa coorte di pazienti, sicuramente complessi e differenti rispetto alla popolazione generale, fa sì che proprio in questi casi le risorse specialistiche del nefrologo siano fondamentali e debbano essere concentrate. Nel secondo caso per un adeguato trattamento di quadri clinici specifici è necessaria una approfondita conoscenza della letteratura internazionale, un aggiornamento scientifico continuo e una conoscenza delle linee guida stilate per la gestione e il trattamento di queste patologie; saperle gestire in modo corretto permette di rallentare o addirittura far regredire l'evoluzione dell'insufficienza renale.

Il progetto prevede di recuperare risorse umane, culturali e scientifiche e di investire maggior tempo e forza lavoro nella gestione di questi peculiari aspetti clinici della nefrologia, implementando gli ambulatori dedicati alla malattia renale avanzata (Ma.Re.A) e delle patologie più specifiche (ad esempio ambulatorio delle glomerulonefriti e delle patologie

autoimmuni) a discapito degli ambulatori dedicati alla malattia renale nella fasi precoci, denominati nella nostra U.O. "ambulatori divisionali per la cura della malattia renale"

Negli stadi avanzati dell'insufficienza renale il paziente diventa di complessa gestione per l'esaurimento pressoché completo della funzione renale residua; è questa la fase in cui il malato deve essere preparato al trattamento dialitico e avviato al suo inizio: è la fase più delicata della gestione dei malati cronici renali, sia dal punto di vista clinico che psicologico ed assorbe molte energie e necessita di esperienza ed impegno costante. Poter seguire in modo assiduo e continuo questi malati facilita il loro percorso verso la dialisi o il trapianto e permette di fare scelte cliniche sempre corrette e puntuali sia per il malato stesso, che per l'unità operativa, perché fa risparmiare risorse sanitarie e prolunga spesso nel tempo il momento dell'inizio del trattamento dialitico, il che significa risparmio economico per il sistema sanitario intero.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 4 - Costruire un percorso per la gestione della malattia terminale sul territorio ed a domicilio.**

L'invecchiamento della popolazione e la cura della malattia renale anche nelle fasi molto avanzate della vita di una persona, ha determinato un netto e progressivo invecchiamento della coorte di pazienti che vengono avviati e che eseguono un trattamento dialitico cronico. Ad oggi sono circa 50000 i pazienti in trattamento dialitico sul territorio nazionale, meno di un millesimo della popolazione totale; questo trattamento ha però dei costi molto elevati e assorbe circa il 2% della spesa sanitaria del nostro paese, circa 2,5 miliardi di euro ogni anno. Pochi sono purtroppo candidabili ad un trapianto di rene, opzione che permetterebbe loro di tornare ad una qualità e spettanza di vita quasi normale; ad oggi sono circa 6000 i pazienti in lista d'attesa per un trapianto di rene.

Il trattamento dialitico può essere di 2 tipi: la stragrande maggioranza dei pazienti esegue l'emodialisi; questa è una metodica che prevede generalmente 3 sedute settimanali di depurazione del sangue e di riequilibrio idro elettrolitico del corpo che vengono ottenute grazie ad una macchina (il rene artificiale) che fa circolare il sangue del paziente in un filtro dove avvengono gli scambi tra il sangue da depurare ed un liquido di dialisi. Queste sedute di dialisi hanno una durata variabile per ogni paziente, generalmente dalle 4 alle 5 ore a



seconda delle diverse esigenze cliniche. Il paziente è pertanto costretto all'accesso all'ospedale per metà delle giornate della settimana con riflessi pesanti sulla sua vita familiare, lavorativa e sociale, basti pensare anche solo alla difficoltà a programmare e godere di periodi di vacanze, che tutti noi invece diamo per scontati.

Una minoranza esegue invece un trattamento dialitico denominato dialisi peritoneale; questa metodica per vari motivi non è accessibile a tutti i pazienti, sia per caratteristiche cliniche del malato, che per ragioni assistenziali legate al contesto in cui vive il paziente stesso. E' una metodica che impatta meno sul piano familiare e sociale per il paziente, perché non vincolata dal trasferimento trisettimanale in reparti ospedalieri dedicati; questa metodica viene eseguita quotidianamente, spesso anche durante il riposo notturno, ma al domicilio del paziente ed è il paziente stesso o un suo familiare (caregiver) che viene addestrato ad eseguire gli scambi depurativi, utilizzando come filtro una membrana che riveste internamente i nostri organi addominali, il peritoneo.

In entrambi i casi, comunque, l'impatto del trattamento dialitico è notevole e limita molto l'autonomia di queste persone e condiziona i rapporti sociali e familiari di queste persone.

Nei grandi anziani il disagio legato alla dialisi è ancora più accentuato; la mancanza di autonomia motoria, le condizioni cliniche precarie, l'annullamento a volte degli stimoli alla vita, per la costrizione a passare molto del tempo di una giornata in un reparto ospedaliero, lontano ed in assenza delle persone più care, con conseguenze cliniche negative sullo stato fisico al termine della seduta dialitica, fa sì che la dialisi sia mal tollerata se non addirittura rifiutata dal paziente stesso a volte purtroppo costretto e senza possibilità di scelta. In molti di questi pazienti poi la prognosi quoad vitam è legata indissolubilmente ad altre patologie presenti, ad esempio cardiovascolari o neoplastiche; la dialisi in questi casi ha solo lo scopo di tamponare una situazione clinica severa, ma a discapito di una qualità di vita residua non etica e consona alla dignità di una persona.

Il progetto si basa sull'offerta a questa coorte di pazienti di un trattamento alternativo, conservativo, basato su prescrizioni dietetiche ad hoc e terapie mediche conservative e di offrire un'assistenza assidua e costante sul territorio ed al domicilio del paziente, che potrà così continuare a vivere vicino ai propri cari, senza dover rinunciare all'affetto ed alla vicinanza dei familiari; è un modello già in uso e sperimentato con successo nella patologia oncologica e che può restituire dignità e amore per la vita a queste persone(.

E' una alternativa richiesta a volte dal paziente stesso e il progetto prevede di organizzare una assistenza domiciliare con personale infermieristico, supportato per gli aspetti terapeutici e clinici più delicati dallo specialista nefrologo; è dedicato a una categoria ben selezionata di pazienti che accettano o richiedono questa soluzione terapeutica alternativa o che per severità delle patologie cliniche di cui soffrono verosimilmente non si gioveranno in termini di allungamento della spettanza di vita con la dialisi, ma sicuramente si gioverebbero di una miglior qualità della stessa, rinunciando ad eseguire il trattamento dialitico.

Questo progetto, se correttamente applicato, permette anche di dedicare le risorse tecniche (posti dialisi) e umane (personale infermieristico) a coloro che più si gioverebbero nel tempo del trattamento dialitico, sia in attesa che non di un eventuale trapianto di rene.

L'investimento di poche risorse umane per questo progetto permetterebbe di fare un grande passo avanti sia clinico che etico e sociale nella gestione della patologia renale terminale in un gruppo di pazienti selezionati.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Il progetto è rivolto in particolare alla riorganizzazione della cura dei pazienti nelle fasi iniziali dell'insufficienza renale e ad una coorte di pazienti, in particolare grandi anziani o con severe comorbidità, nella fase terminale dell'insufficienza renale.

L'obiettivo strategico si ritiene possa avere ripercussioni positive sulla medicina del territorio e le cure primarie, sull'attività e sull'ottimizzazione delle risorse umane e strutturali della nostra Unità Operativa, sull'operato e sull'immagine dell'Azienda, nonché, in modo indiretto, sui costi sanitari legati al trattamento dialitico, e, non ultimo, sul benessere e sul miglioramento della cura dei pazienti affetti da malattia renale cronica in tutte le sue fasi.

Il progetto è in linea con le direttive della Legge 23 del 2015 per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio e tra differenti figure professionali in ambito clinico e della Legge 21 del 2021 che affida alle ASST la prevenzione delle patologie croniche e le cure primarie e con le ultime indicazioni e direttive previste in ambito sanitario dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che incentiva ed incoraggia una gestione della patologia

cronica sul territorio, in stretta collaborazione con la medicina di base, e promuove la condivisione clinica telematica sia diretta col paziente che tra le varie figure professionistiche coinvolte nel sistema sanitario; peraltro questo progetto di riorganizzazione avrebbe potenzialmente molteplici ripercussioni positive in più ambiti e settori:

- razionalizzazione delle risorse umane e strutturali della unità operativa a beneficio dei pazienti affetti da quadri più severi di insufficienza renale e da patologie ultra-specialisticheP.
- Risparmio di risorse e costi per l'Azienda Ospedaliera e soprattutto abbattimento delle liste d'attesa;
- redistribuzione della gestione della patologia cronica nelle fasi iniziali sul territorio ed a carico del medico di medicina generale, con attività di tutoraggio del medico nefrologo specialista.
- Diffusione della cultura della prevenzione e delle conoscenze della patologia renale in ambito delle cure primarie.
- Facilitazione e miglioramento del percorso di cura per il paziente;
- continuo e proficuo rapporto di collaborazione tra medicina del territorio e specialista ospedaliero
- miglioramento dello status familiare, sociale e psicologico del paziente affetto da uremia terminale gestito a domicilio con un trattamento e cure conservative

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE**

**OBIETTIVO SPECIFICO 1 - Favorire modalità di prevenzione della malattia renale e della sua evoluzione attraverso l'informazione e la formazione culturale delle cure primarie e della medicina territoriale**

**OBIETTIVO SPECIFICO 2 - Migliorare e rendere più appropriata la gestione dell'insufficienza renale nelle fasi iniziali da parte del medico delle cure primarie grazie alla consulenza e al tutoraggio del medico nefrologo**

del progetto:

1. creazione di una pagina web della Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi con sezioni descrittive dell'attività e dei professionisti facenti parte della struttura e sezioni di interesse clinico scientifico su tutte le tematiche più rilevanti in ambito nefrologico, dialitico e trapiantologico.
2. Progettazione di un sistema di telemedicina (APP) con accesso riservato per il collegamento diretto tra specialista e medico di medicina generale per teleconsulto e gestione domiciliare del paziente con possibilità di condivisione di esiti di esami ematici e strumentali e referti medici.
3. Definizione degli orari di attività telematica da dedicare all'interazione con il medico di medicina generale per teleconsulto o tele-visita in presenza o assenza del paziente (1 ora al giorno implementabile in base all'adeguamento della richiesta crescente).
4. Definizione con l'Azienda Ospedaliera ed ATS della rendicontazione della prestazione di teleconsulto e televisita..
5. individuazione e selezione della tipologia di pazienti candidati alla gestione sul territorio a carico ed in collaborazione stretta con il medico di medicina generale (stadio 1 e 2 dell'insufficienza renale e stadio 3 in fase di stabilità e secondario a patologia ad evoluzione benigna e favorevole).

Promozione del progetto:

- a) presentazione del progetto alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Socio Sanitaria dell'Azienda ASST dei Sette Laghi di Varese, con definizione del target di pazienti cui è rivolto, dei bisogni della riorganizzazione, del prodotto e delle modalità e tecnologie necessarie alla sua realizzazione.
- b) Presentazione del progetto all'Ordine dei Medici della Provincia di Varese;
- c) presentazione del progetto all'Associazione Nazionale Emodializzati (A.N.E.D.);

- d) incontri informativi presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Varese e creazione di una brochure di presentazione del progetto da inviare per via telematica a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici della Provincia.

**OBIETTIVO SPECIFICO 3 - Recuperare risorse specializzate per la gestione dell'insufficienza renale severa e delle patologie nefrologiche complesse e implementazione degli ambulatori MA.Re.A. e degli altri ambulatori specialistici**

del progetto:

- 1) individuazione dei fabbisogni ulteriori dei singoli ambulatori ultra-specialistici tramite valutazione del flusso di ingressi ed uscite sulla base di un periodo osservazionale di 6 mesi.
- 2) Individuazione della forza lavoro straordinaria necessaria per le singole attività ambulatoriali.
- 3) Assegnazione di ore/giornate di attività di implementazione dapprima su base teorica e poi su base pratica con ridefinizione degli orari lavorativi delle singole unità mediche.

.-

Implementazione del progetto :

- a) progressivo incremento negli anni delle ore lavorative da ridistribuire per gli ambulatori ultra-specialistici secondo gli indicatori di flusso dei pazienti nelle singole attività su base annua.

**OBIETTIVO SPECIFICO 4 - Costruire un percorso per la gestione della malattia terminale sul territorio ed a domicilio**

del progetto:

1. definizione dei criteri di eleggibilità dei pazienti al trattamento conservativo domiciliare dell'insufficienza renale terminale.
2. Stesura di una informativa dettagliata del programma terapeutico conservativo domiciliare, con modalità, tempistiche e finalità, identificazione dei vantaggi e dei rischi in rapporto al trattamento sostitutivo dialitico cronico, da sottoporre alla valutazione del paziente, della famiglia, del medico di medicina generale.
3. Redazione di un consenso informato per adesione al programma di cura conservativa, con possibilità di rinuncia e adesione al trattamento dialitico ospedaliero in ogni momento.
4. Valutazione della dietista per la definizione di prescrizioni dietetiche utili al mantenimento di un equilibrio metabolico, idrico ed elettrolitico nell'insufficienza renale terminale.
5. Coordinamento con lo specialista della terapia del dolore e cure palliative per la presa in carico del malato nelle fasi di scompenso e fine vita.
6. Definizione delle risorse umane necessarie all'avvio del programma di gestione delle cure domiciliari sul territorio, stimabili inizialmente in 1 medico (2 ore al giorno per 5 giorni/settimana) e 1 infermiere (7 ore al giorno per 5 giorni /settimana).
7. Organizzazione del piano di lavoro assistenziale: visite domiciliari (cadenza e tempistiche); organizzazione dei prelievi ematici (cadenza da definire sul singolo caso); gestione di medicazioni e terapie parenterali (secondo necessità); modalità di condivisione dati con il medico responsabile della gestione clinica e con il medico di medicina generale.

promozione del progetto:

- a) presentazione del progetto alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Soci Sanitaria dell'Azienda ASST dei Sette Laghi di Varese, con definizione del target di pazienti cui è rivolto, dei bisogni della riorganizzazione, del prodotto e delle modalità e tecnologie necessarie alla sua realizzazione.
- b) Presentazione del progetto all'Ordine dei Medici della Provincia di Varese;

- c) presentazione del progetto all'Associazione Nazionale Emodializzati (A.N.E.D.);
- d) presentazione del progetto al comitato etico dell'Azienda ASST dei Sette Laghi;
- e) presentazione e condivisione del progetto con la S.C di Cure Palliative dell'Azienda ASST dei Sette Laghi.
- f) Incontri informativi presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Varese.

**M:**

- a) individuazione e selezione dei pazienti candidabili all'opzione del trattamento conservativo domiciliare dell'insufficienza renale cronica.
- b) Proposta di adesione al programma e firma del consenso informato;
- c) visita collegiale con nefrologo, medico di medicina generale, dietista e specialista palliativista.
- d) Valutazione della opportunità/richiesta del coinvolgimento di uno specialista psicologo di supporto.
- e) Stesura del programma di cura personalizzato con programmazione delle visite di controllo, calendarizzazione dei controlli, schema dietetico alimentare personalizzato, collaborazione con il medico di medicina generale, tempistiche di intervento del medico palliativista.

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

### **Obiettivi 1, 2 e 3**

#### **costi di realizzazione:**

- a) creazione piattaforma web con area ad accesso riservato 3500 euro;
- b) stesura brochure informativa e protocollo gestionale e pubblicazione: 500euro

Totale: 4000 euro

**costi di implementazione:**

incontri informativi con medici di medicina generale: 4 incontri il 1° anno x 250 euro a incontro (benefit per medico specialista): 1000 euro; 2 incontri x gli anni seguenti: 500 euro/anno.

**Ricavi:**

- a) rendicontazione teleconsulto (consulto diretto con medico): . accessi previsti 1° anno: 200; accessi previsti 2° anno e seguenti: 500.
- b) Rendicontazione televisita (con medico del territorio in presenza o assenza del paziente: telecontrollo esami, telerefertazione, telemonitoraggio per condivisione esami e piani diagnostico-terapeutici): prima visita nefrologica: 22,50 euro; visita nefrologica di controllo: 17.90 euro (nomenclatore tariffario Regione Lombardia). Indicatori di processo: prime visite nefrologiche prestazioni previste 1° anno: 50 (totale 1.125 euro); prestazioni previste 2° anno: 100 (totale 2.250 euro); 3° anno e seguenti 150 (3.375 euro); visite nefrologiche di controllo previste 1° anno: 100 (totale 1.790 euro); 2° anno: 150 (totale 2.685 euro); 3° anno e seguenti: 200 (totale 3.580 euro).
- c) Mancato introito per visite ambulatoriali non eseguite in presenza: zero (implementazione redistribuzione visite non eseguite in presenza in altri ambulatori specialistici).

a realizzazione di una piattaforma web e la sua promozione, per avviare ed implementare una attività ambulatoriale basata su tele consulti con medici di medicina generale e tele visite con medici di medicina generale e pazienti, ha un costo iniziale molto contenuto, pressoché equiparabile agli introiti previsti per il primo anno di attività; Il mancato introito derivante dalle visite ambulatoriali di nefrologia generale non eseguite in modalità consueta in presenza, è pareggiato dall'incremento delle visite svolte negli ambulatori -specialistici. o partire dal secondo anno di attività è prevedibile un aumento degli introiti con la diffusione della nuova modalità, a fronte di costi annuali pressoché azzerati.-a

**Obiettivo 4:**

**Costi di realizzazione:**



- a) stesura del protocollo, dell'informativa e del consenso: nessun costo

#### **Costi di implementazione:**

- a) visita dietista per stesura programma dietetico: euro/paziente
- b) visita terapeuta del dolore / palliativista per presa in carico: euro/paziente
- c) costo presidi, medicazioni, esami ematici: 200 euro/paziente/anno
- d) 1 medico specialista nefrologo: tempo lavorativo dedicato al programma 0% dell'orario settimanale 36 euro x : 18-8000euro/anno
- e) 1 infermiera: tempo dedicato al programma 100% 17 euro x: 31000 euro/anno
- f) rimborsi viaggi per visite domiciliari (in base a km percorsi): media 25 euro /giorno x 3 gg/settimana x 52 settimane: 3900 euro/anno

;

- a) 4000 euro a paziente ; 5 pazienti

-a

In sintesi, il bilancio economico annuo è positivo . A questo va aggiunto l'aspetto positivo del netto miglioramento psicologico, sociale e familiare dlla gestione domiciliare del paziente

## **RISULTATI ATTESI**

**OBIETTIVO SPECIFICO 1 - Favorire modalità di prevenzione della malattia renale e della sua evoluzione attraverso l'informazione e la formazione culturale delle cure primarie e della medicina territoriale**

**OBIETTIVO SPECIFICO 2 - Migliorare e rendere più appropriata la gestione dell'insufficienza renale nelle fasi iniziali da parte del medico delle cure primarie grazie alla consulenza e al tutoraggio del medico nefrologo**

- progressiva riduzione nel tempo degli accessi ospedalieri ambulatoriali di questa categoria di pazienti: -20% per il primo anno; -40% per gli anni successivi (percentuali stimate sulla base della valutazione della tipologia degli accessi ambulatoriali storici per cui è considerata indicata la trasformazione da visita in presenza a visita per via telematica).

Progressiva riduzione del list d'attesa

- Ottimizzazione del tempo e delle risorse umane da dedicare alla cura dei pazienti affetti da insufficienza renale in stadio lieve.
- tempo medio stimato per singolo paziente per visita telematica con il medico di medicina generale: tele-consulto in assenza del paziente 10-15 minuti; tele-visita in presenza del paziente 2 minuti, tempo medio necessario per visita nefrologica di controllo in modalità tradizionale ambulatoriale 45 minuti.
- Risparmio ore lavoro dedicate alla cura dei pazienti affetti da quadri lievi di insufficienza: impiego attuale: 1 medico per complessive 20-25 ore settimanali (30-35 pazienti x 45 minuti/visita); impiego previsto in modalità telematica a regime: 1 medico per complessive 7-9 ore (30-35 pazienti x 15 minuti/visita) cui sommare 4 ore per prime visite nefrologiche da continuare ad eseguire in modalità ambulatoriale tradizionale.
- Risparmio di ore lavoro stimato da dedicare ad altra attività ambulatoriale ultra-specialistica: da 7 a 14 ore settimanali.
- Perfezionamento e crescita degli scambi culturali e delle nozioni scientifiche in ambito nefrologico con la medicina del territorio.
- stima e misurazione della riduzione degli errori di trasmissione di piani di diagnosi e cura a seguito della condivisione diretta tra specialista e medico di medicina generale utilizzando la telemedicina ed il teleconsulto; l'errore di commissione e di omissione o di violazione, di trascrizione o di ritardo nell'applicazione definiti nel loro complesso come "errori latenti", sono ampiamente descritti in letteratura con le modalità di condivisione dei dati attuali (Risk management in sanità: il problema degli errori-Ministero della Salute 2003). Questi errori possono essere misurati con modalità reattiva o proattiva (Reason 2001)

Beneficio pratico in termini di ottimizzazione delle tempistiche di cura e delle modalità della loro effettuazione per i pazienti: riduzione dei tempi di attesa per un controllo nefrologico, soddisfacimento in tempo quasi reale del fabbisogno clinico

**OBIETTIVO SPECIFICO 3 - Recuperare risorse specializzate per la gestione dell'insufficienza renale severa e delle patologie nefrologiche complesse e implementazione degli ambulatori MA.Re.A. e degli altri ambulatori ultra-specialistici**

**Indicatori di risultato:**

- Ridistribuzione delle ore lavorative risparmiate a favore dell'attività ultra-specialistica; a regime: 2-4 ore all'ambulatorio per la cura della malattia renale avanzata (MaReA); 2-4 ore all'ambulatorio di follow up per trapianto di rene; 2 ore all'ambulatorio per le glomerulonefriti e le patologie autoimmune; 1-2 ore all'ambulatorio per la nefropatia diabetica.
- Miglioramento e potenziamento della gestione clinica dei casi nefrologici e delle patologie più complesse.
- Riduzione dello stress lavorativo dei medici che si occupano degli ambulatori ultra-specialistici da misurare con test/survey. (Bergomi et al 2010; European Agency for Safety and Health at Work; Linee Guida Inail 2011; In Sic.it)
- Riduzione degli accessi ospedalieri presso il Pronto Soccorso e del numero di ricoveri dei pazienti affetti dalle patologie renali severe.

**OBIETTIVO SPECIFICO 4 - Costruire un percorso per la gestione della malattia terminale sul territorio ed a domicilio**

- Riduzione degli inserimenti in trattamento dialitico cronico di pazienti grandi anziani o con plurime comorbidity per i quali il trattamento sostitutivo non rappresenta un valore aggiunto in termini di qualità e aspettanza di vita o di pazienti che rifiutano la terapia dialitica sostitutiva ospedaliera preferendo un trattamento conservativo domiciliare.
- Miglioramento della qualità di vita di una coorte selezionata di pazienti non complianti con il trattamento sostitutivo in regime ospedaliero o con limitata

prognosi quoad vitam o che preferiscono proseguire le cure in ambito familiare e domiciliare.

- Riduzione dei costi legati al trattamento dialitico in quanto tale e conseguenti al trasporto assistito dal domicilio verso il centro dialisi e viceversa.

## **CONCLUSIONI**

La crescita progressiva dell'età media della popolazione e il conseguente aumento delle patologie croniche renderanno necessari un sempre maggior impegno e attenzione e una sempre più ampia richiesta ed utilizzo di risorse umane ed economiche per assicurare un'adeguata cura dei pazienti affetti. L'Ospedale è per definizione il luogo di cura delle patologie più severe e soprattutto di quelle in fase acuta; le risorse umane ed economiche delle aziende ospedaliere devono essere indirizzate e dedicate per una parte sempre più grande alla cura di questi quadri clinici. Di contro il territorio dovrà farsi carico sempre più della gestione della patologia cronica a 360 gradi, pur in stretto contatto con il mondo ospedaliero; in questa direzione vanno le indicazioni, le normative e la programmazione del nuovo assetto gestionale della Sanità previsto dal Piano di Ripresa e Resilienza per quanto riguarda il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

Anche nell' Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi sono attualmente ben percepite tutte queste problematiche legate da una parte all'incremento della richiesta di cura per la patologia cronica e dall'altra alla carenza di risorse strutturali, economiche ed umane.

Quella di Nefrologia e Dialisi è una tra le unità operative dove viene vissuta quotidianamente e con più evidenza e forza questa discrepanza, che viene percepita da tutti gli operatori come in costante aumento.

L'incremento numerico e delle conoscenze scientifiche delle patologie che portano all'insufficienza renale, ed in particolare di quelle di più difficile gestione, la relativa carenza di

postazioni dialitiche, spesso non sufficienti al fabbisogno richiesto, il costo dei trattamenti dialitici, l'impossibilità a volte di garantire a pazienti in condizioni cliniche molto compromesse un adeguato ed etico profilo e stile di vita che possa alleviare o mitigare le sofferenze legate alla patologia, rendono imprescindibile un ripensamento sulla organizzazione della gestione della insufficienza renale cronica in tutte le sue fasi cliniche.

Il progetto garantisce e favorisce la promozione della prevenzione e la redistribuzione sul territorio di quei quadri clinici che possono essere adeguatamente controllati e curati dalla medicina di base del territorio, riduce il distacco ed anzi rafforza i rapporti in modo diretto tra medicina del territorio e ospedaliera, con beneficio per il paziente stesso in termini di facilità, tempistica ed appropriatezza della cura e di risposta ai bisogni clinici, per le cure primarie che vedono crescere la conoscenza e la capacità gestionale di una patologia in crescita continua, beneficiando anche di una visione più allargata e comunitaria del quadro clinico specifico, per il medico ospedaliero che può concentrare le risorse e le forze lavorative su patologie complesse di interesse ultra-specialistico, per l'Azienda stessa che può migliorare i risultati dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni e distribuire in modo più adeguato e corretto le proprie risorse umane ed economiche. La creazione di un percorso di cura conservativo sul territorio ed a domicilio per i pazienti uremici più anziani e compromessi, in alternativa al classico trattamento dialitico, risponde all'esigenza di dare a queste persone la possibilità di vivere la restante parte della propria vita in un ambiente familiare, vicino ai propri cari, senza dover affrontare le pene e le traversie legate alla dialisi ; per il mondo ospedaliero e per i medici in particolare è un'opportunità per offrire prestazioni mediche adeguate curando a fondo anche più l'aspetto psicologico e amorevole della cura ; per l'azienda infine il costo legato alla organizzazione ed all'impiego di risorse umane ed economiche è ampiamente giustificato dall'ottimizzazione dell'impiego delle risorse strutturali e dal risparmio economico derivante dal mancato ingresso al trattamento dialitico di questi pazienti

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

*un un un un*

## **BIBLIOGRAFIA**

Bergomi et al. 2010. La valutazione dello stress lavoro correlato: protocollo per stimare lo stress in conducenti professionisti mediante misure soggettive ed oggettive. UniMore 2010 vol 3 pp 476.. ..P. PharmastarP . Un.Org 10 maggio 2021 Nephromeet.com 23 settembre 2013

Reason J et al: Institutional resilience in healthcare systems 2001; Qual health care; Mar 10 (1): 29-32  
Risk management in Sanità: il problema degli errori; Commissione tecnica sul rischio clinico DM 5 marzo 2003

## **SITOGRAFIA**

European Agency for Safety and Health at Work

InSic.it

Linee Guida Inail 2011