Azioni migliorative propedeutiche alla costituzione dell' Area Nefrologica ATS

Introduzione

Il presente documento descrive gli elementi caratterizzanti la costituzione di una nuova area clinica nefrologica, evidenziandone i vantaggi originati dalle relazioni di collaborazione determinata da un coordinamento regionale o inter-regionale dei centri pubblici e privati, quando esistenti, che garantiscono una capillare e funzionale distribuzione delle strutture nefrologiche e dialitiche, con una forte integrazione della rete ospedaliera con la rete territoriale. 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. Questo tipo di organizzazione rappresenta infatti il presupposto fondamentale per Il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento del Sistema Sanitario Regionale e dei livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio regionale per adeguatezza delle strutture, risorse umane e tecnologiche che non possono prescindere dai criteri e standard di Accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Indicazioni Società Italiana di Nefrologia (SIN)

Le indicazioni della Commissione SIN sono state elaborate sulla base del precedente censimento SIN 2014, delle programmazioni regionali quando esistenti, e di alcune documentazioni programmatiche di altri paesi (Censimento SIN 2014-2015 Giornale Italiano. di Nefrologia 33-5-2016).Tab 1

Una Unità Complessa di Nefrologia e dialisi con trapianto ogni 2 milioni di abitanti
Una Unità Complessa di Nefrologia e dialisi ogni 300.000- 600-000 abitanti
Una' Unità funzionale di Nefrologia-Emodialisi con posti letto dipartimentali ogni 80-300000 abitanti
Prevede una articolata rete nefrologica ospedaliera e territoriale

Tabella 1. Modello organizzativo della rete nefrologica secondo gli Standard Ospedalieri della Specialità Nefrologia la "Società Italiana di Nefrologia".*Giornale Italiano di Nefrologia 30 (3) 2013*

Poiché è dimostrato che il precoce riferimento al Nefrologo migliora i risultati clinici a breve, medio e lungo termine, pur tenendo conto della tipologia del territorio e dell'epidemiologia "nefrologica" in ogni singola regione l'indicazione generale è quella di affidare l'assistenza del paziente nefropatico agli specialisti Nefrologi. Tale assistenza deve basarsi su una rete di Strutture Complesse di Nefrologia (SCN), allocate negli ospedali di maggiori dimensioni con funzioni di centri di riferimento per l'assistenza nefrologica nel territorio di competenza, secondo le indicazioni SIN. Al fine di ampliare sul territorio la rete nefrologica dipendente da un'unica struttura è auspicabile che ogni SCN disponga, oltre che di un centro dialisi principale, di uno o più Centri satellite (Csat), distinti in Centri ad assistenza decentrata (CAD) e Centri ad assistenza limitata, (CAL). La componente privata dell'assistenza nefrologico-dialitica può rappresentare un'integrazione utile dell'assistenza pubblica.

Aree	Descrizione
Degenza	Necessarie per un'adeguata diagnostica e terapia nefrologica, ma variabili a seconda della situazione locale esistente; qualora una struttura non possieda letti di degenza nefrologici dedicati può riferirsi ad aree assistenziali omogenee espressamente dedicate, purchè la responsabilità sia inequivocabilmente del Nefrologo, oppure a strutture nefrologiche di riferimento con degenza propria. L'organico medico è in genere in comune con altre sezioni della struttura. La guardia medica 24 h e/o reperibilità medica dovrebbero essere sempre presenti in ogni SCN, preferendo, dove l'attività per i pazienti acuti presso il Centro o nelle terapie intensive è particolarmente intensa, una guardia Nefrologica 24 h .
Day hospital Day Service Day Surgery	Sono necessari orientativamente 1-2 posti letto per ogni 100.000 abitanti. Il *day-hospital*, di norma solo "terapeutico", facilita l'assistenza al paziente per prestazioni, talora a cicli, che non richiedono necessariamente una degenza; dovrebbe essere valorizzato dove possibile il setting assistenziale del *day-service che* facilita l'effettuazione di prestazioni che non necessitano del posto letto. Il *day-surgery* consente di evitare il ricovero per l'attività chirurgica di creazione di accessi vascolari e peritoneali in base a specifici protocolli; è possibile estendere l'osservazione di casi particolari anche nella notte successiva
Emodialisi	preferibile la sistemazione in un unico locale di adeguate dimensioni con letti a disposizione periferica o centrale; opportuna la dotazione di 1-2 camere a 1-2 letti per il trattamento di cronici complicati o affetti da patologie altamente infettive o di IRA.
Dialisi peritoneale	devono far parte del Centro Dialisi, ma è possibile un'ubicazione a sè stante oppure in un'area comune comprendente ambulatori e DH servita da personale specificamente addestrato ed aventi caratteristiche strutturali ed organizzative tali da ridurre il più possibile il rischio di contaminazione batterica derivante dalle altre componenti.

Ambulatori	in questi locali viene svolta prevalentemente attività di tipo diagnostica il numero è correlato alla tipologia ed all'attività degli ambulatori
Sezione trapianto	Le strutture complesse nefrologiche con trapianto sono così strutturate : un'area degenza trapianto con le caratteristiche di una sub intensiva nefrologica; un'area per il post trapianto ed il trattamento delle complicanze tardive con camere di degenza ad 1-2 letti; un'area per l'accoglienza e la preparazione del ricevente ed un'area ambulatoriale.

Tab 2. Risorse strutturali, tecnologiche , umane e gli aspetti organizzativi

L'assistenza territoriale in Sardegna

L'assistenza territoriale è rappresentata dai centri satellite**,** di due tipi: CAD e CAL, per i quali nell'ambito dell'ATS Sardegna esiste la forte esigenza di definire criteri d'uniformità per l'accreditamento degli stessi, oltre quelli già vigenti; è auspicabile in proposito prendere in considerazione il volume d'attività, misurato attraverso il numero dei posti letto e la possibilità d'accesso al centro.

La SIN prende atto che in alcune realtà regionali alcuni o tutti i turni dialitici sono privi dell'assistenza continuativa del medico ed è favorevole purché limitatamente ai C_{sat} e purché le condizioni cliniche dei pazienti, valutate dal responsabile del C_{sat} e dal Direttore della SCN, in base a criteri clinici prestabiliti, lo consentano. Il paziente deve rilasciare un consenso informato a questo tipo d'assistenza e deve avere la possibilità su propria richiesta o per motivi clinici sopraggiunti di essere trasferito nel centro di riferimento. I C_{sat} privi dell'assistenza medica continuativa devono comunque avere accessi medici frequenti e devono possedere procedure da adottare in caso d'urgenza ed emergenza.

Le criticità relative alle patologie nefrologiche sono destinate a crescere con il progressivo invecchiamento della popolazione e della progressiva e drammatica diminuzione dei nefrologi in attività. Tutto ciò rende necessaria una riorganizzazione della rete nefrologica Sarda che consenta a tutti i cittadini di accedere ad un servizio nefrologico adeguato al bisogno. Nella nostra regione a causa di una viabilità non ottimale e in seguito alla prevista carenza di nefrologi si osserverà una riduzione delle attività e dei servizi, con incremento dei ricoveri e dei pazienti “late referral”, riduzione delle attività ambulatoriali, allungamento delle liste di attesa e riduzione delle attività orientate alla prevenzione. Tutte queste criticità comporteranno non solo un incremento dei costi, ma soprattutto gravi disagi per i pazienti, influenzando negativamente la qualità della assistenza.

Situazione attuale in ambito ATS.

Tipologia trattamento	N pz
N pz dialisi ambulatoriale	1275
N pz dialisi domiciliare	60
N totale dializzati	1335

Tab 3 a

Stadiazione	N pz
Stadio IV/ V	4000/4800
Stadio III B GFR 45/30 ml/mn	9000/12000
Stadio III A 45/60 ml/mn	16000/18000

Tab 3b

Tab. 3a-3b Epidemiologia delle patologie nefrologiche in Sardegna anno 2016

In ATS è presente presso il P.O. S. Francesco di Nuoro il solo reparto di degenza Nefrologica completamente autonomo nell'erogazione delle prestazioni connesse con l'assistenza ai pazienti nefropatici; nelle altre ASSL sono stati stipulati accordi tra gli specialisti di diverse branche allo scopo di ottimizzare la gestione delle seguenti prestazioni :

- Ricovero in urgenza
- Ricovero per patologie che necessitino di indagini istologiche (biopsia renale);
- Ricovero per l'allestimento degli accessi vascolari quali catetere venoso centrale (CVC) e fistole arterovenose (FAV)
- Ricovero per posizionamento catetere di Tenchkoff
- Dialisi Peritoneale

I ricoveri in urgenza seguono procedure condivise dal Pronto Soccorso e dalle Unità Operative (U.O.) del Presidio Ospedaliero di appartenenza: l''assistenza infermieristica viene fornita dal personale della U.O. di Medicina, mentre l'attività diagnostica-terapeutica e la dimissione sono gestite dal medico Nefrologo, secondo un modello dipartimentale.

Relativamente alla dialisi peritoneale si sottolinea che il modello organizzativo degli anni precedenti, ha privilegiato la dialisi extracorporea rispetto a quella domiciliare, con l'attivazione di numerosi C_{sat} di cui, tuttavia, si rileva una certa difformità sia nel dimensionamento, (esistono CAD con 6 posti rene e altri con oltre 10 posti rene, o CAL con 4 posti rene e altri con 10 posti rene), sia nella distanza dal centro di riferimento. Alcuni CAD sono all'interno di un ospedale periferico, ad esempio, Sorgono,

Ghilarza, Isili, Muravera, altri CAL, con oltre 10 posti rene, distano eccessivamente dall'ospedale di riferimento, come si verifica per Siniscola, Porto Torres, Tortolì.

Centro dialisi	Centro di riferimento
San Camillo (SS) CAD	Alghero
Porto Torres (SS) CAL	Alghero
Bono (SS) CAD	Ozieri
Thiesi (SS) CAL	Ozieri
Tempio	Olbia
Arzachena (Olbia) CAL	Olbia
La Maddalena (Olbia) CAD	Olbia
Sorgono (Nu) CAD	Nuoro
Macomer (Nu) CAD	Nuoro
Siniscola (Nu) CAL	Nuoro
Dorgali (Nu) CAL	Nuoro
Tortolì (Lanusei) CAD	Lanusei
Ghilarza (Or) CAD	Oristano
Terralba (Or) CAL	Oristano
Bosa (Or) CAL	Oristano
Serramanna (Sanluri) CAL	San Gavino
Carloforte (Carbonia) CAL	Carbonia
Buggerru (Carbonia) CAL	Carbonia
Iglesias (Iglesias) CAD	Carbonia
Cagliari SS Trinità (Ca) CAD	Cagliari SS Trinità
Isili (Ca) CAD	Quartu (Ca) CAD
Muravera (Ca) CAD	Quartu (Ca) CAD
Monastir (Ca) CAL	Quartu (Ca) CAD

Tab .3 elenco dei CAD e CAL attualmente operanti in ATS

Di recente si è registrato un progressivo incremento del numero di dialisi domiciliare, in particolare della peritoneale con estensione di questa procedura dai primi centri che hanno iniziato negli anni 80 (Nuoro, Sassari e Cagliari) a quelli di Oristano, Quartu, San Gavino, Tempio, Olbia. Contestualmente

inizia a diffondersi anche l'emodialisi domiciliare come Nuoro, Carbonia, San Gavino e Lanusei che sta sviluppando una esperienza di emodialisi domiciliare con la collaborazione del personale ADI. L'utilizzo della telemedicina dovrà essere implementato con il supporto della Videodialisi, già attiva a Quartu per alcuni pazienti in dialisi peritoneale.

Un'importante criticità riguarda la gestione degli accessi vascolari per il cui allestimento spesso si rende necessario ricorrere alla collaborazione delle cliniche private convenzionate, a cui attualmente è demandato il 70% di tale attività , sebbene eventuali complicanze legate a tali prestazioni vengono poi trattate nei centri di riferimento.

Annualmente i nuovi ingressi in trattamento dialitico in Sardegna in media si attestano intorno al valore di 200/230 casi, a cui si aggiungono in media altre 400/500 revisioni di FAV o sostituzioni di CVC. Tra gli oltre 1500 dializzati, non essendo attivo in tutti i centri un ambulatorio di predialisi, sono ancora molti i "late referral", per questa ragione le procedure di allestimento degli accessi sono eseguite in urgenza, con posizionamento di cateteri temporanei che poi devono essere rimossi e sostituiti con quelli permanenti, salvo poi dover costringere i pazienti anche al confezionamento delle FAV.

L'implementazione della attività di predialisi e la corretta programmazione dell'iter terapeutico, comporta una migliore qualità dell'assistenza, dell'efficacia delle prestazioni ed infine in un notevole contenimento dei costi.

La procedura più delicata e difficile da apprendere rimane l'allestimento delle FAV, per le quali si rende necessaria un'approfondita conoscenza delle finalità e del funzionamento delle stesse, al punto che le professionalità attualmente in grado di eseguire tale procedura sono molte limitate numericamente.

Obiettivi

L'esame attento dell'attuale prassi operativa, messa a confronto con le indicazioni SIN, ha condotto all'elaborazione delle azioni migliorative esposte nel corpo del documento.

Sono stati individuati pertanto i presenti obiettivi*:*

1. implementazione di un sistema di raccolta dati epidemiologici sulla malattia renale in collaborazione con l'assessorato regionale che permettano le elaborazioni necessarie per la programmazione di percorsi condivisi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie renali;
2. stesura di protocolli condivisi per l'uniformità ed equità delle cure;
3. confronto con i MMG per la prevenzione delle complicanze della malattie renale cronica e il rallentamento della progressione;

4. allestimento di ambulatori, dove non presenti, di predialisi che permetta la scelta della terapia più idonea alle esigenze del paziente e della sua famiglia; l'esito finale sarà la stabilizzazione della progressione dei nuovi ingressi in dialisi, in contrapposizione con il trend attuale a livello nazionale;
5. attuazione della terapia conservativa come possibile opzione di trattamento della Malattia Renale avanzata in collaborazione con la rete Dietologica;
6. incentivazione di un trattamento sostitutivo della funzione renale che incentivi la dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale)
7. istituzionalizzazione di progetti formativi/informativi volti alla diffusione del trapianto da vivente e da cadavere.

Azioni migliorative da intraprendere

- Diffusione della esperienza della dialisi peritoneale avviata a Quartu e ad Oristano, che rappresenta un modello da estendere alle aree dell'ATS che non hanno attivato queste metodiche
- Diffusione della emodialisi domiciliare attualmente utilizzata solo a Nuoro, Carbonia, San Gavino e Lanusei e al momento riservata a pochissimi pazienti (attualmente 4/5 pazienti in tutta l'isola).
- Formalizzazione dell'ambulatorio di predialisi; secondo la DGR 55/17 del 17.11.2015, allegato H, *l'ambulatorio di predialisi partecipa alla prevenzione secondaria e terziaria e provvede alla razionalizzazione della scelta terapeutica*. L'istituzione di questo ambulatorio ritarderebbe in media di un anno l'ingresso in dialisi di 2/3 pazienti, darebbe un migliore controllo e un rallentamento della progressione della malattia renale cronica, un'appropriatezza delle prestazioni con migliore sopravvivenza e migliore qualità di vita. Il raggiungimento di questi obiettivi di efficienza ed efficacia determinerebbe un consistente risparmio di risorse economiche da impiegare per elevare gli standard dell'assistenza della rete nefrologica ATS.
- Costituzione di un'equipe itinerante composta da Nefrologi e Chirurghi, per una gestione completa degli accessi vascolari nel settore pubblico, coinvolgendo le radiologie interventistiche e le chirurgie vascolari nel trattamento delle urgenze, questo se l'organizzazione locale permette di gestire in sicurezza anche le complicanze tardive, in attesa che tale organizzazione sia definita si individuano quattro centri HUB, vedi tabella successiva.

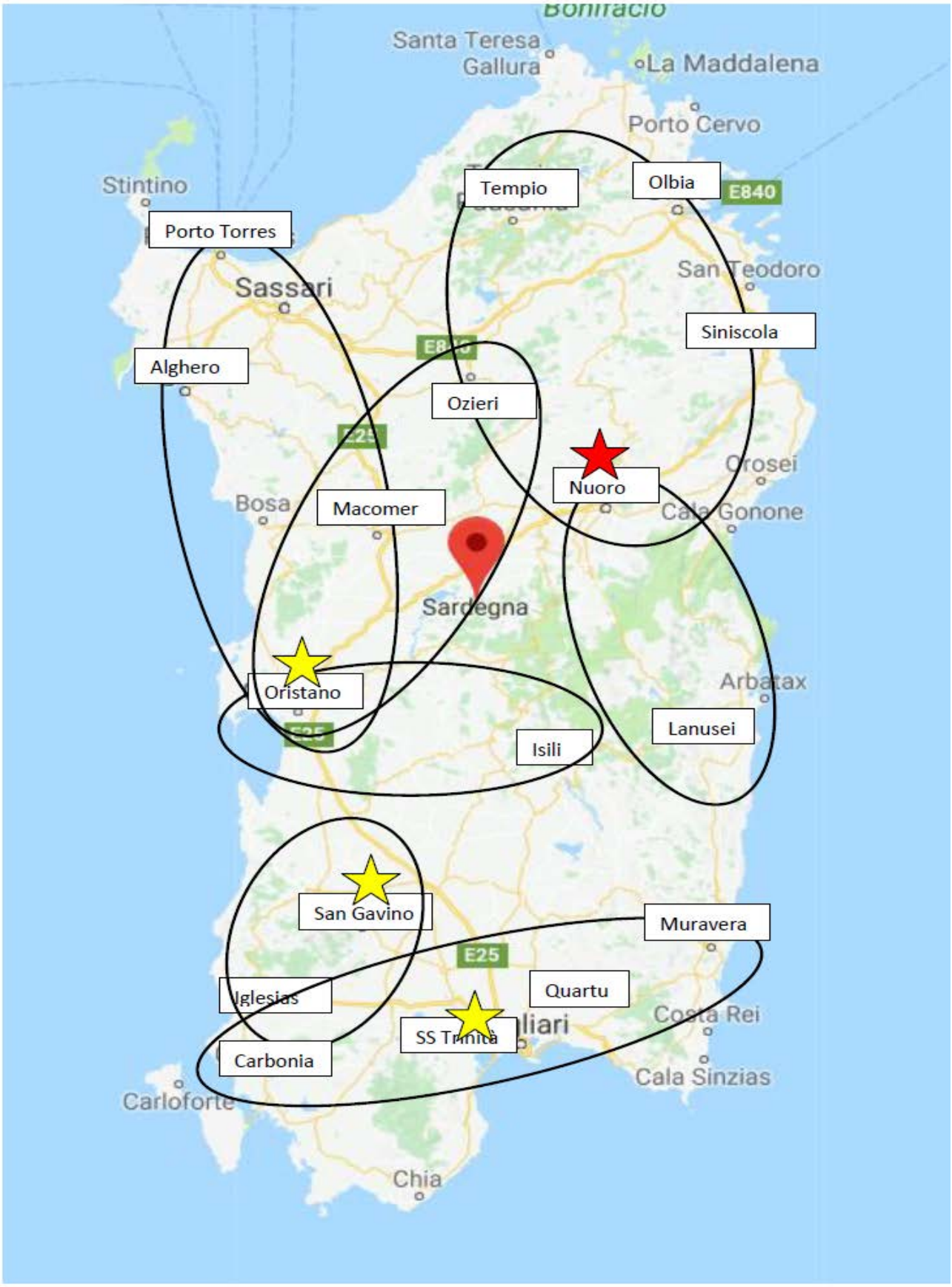
- Implementazione “della dialisi vacanza”, per i quali sono previsti progetti di formazione specifica per gli infermieri da dedicare a questa attività.

Per una più equa distribuzione del carico di lavoro s'individuano **quattro centri Hub**, che già attualmente sono in grado di dare risposte su tutte le procedure prese in esame.

I centri di Alghero, Olbia Tempio, Ozieri, Lanusei e Carbonia-Iglesias e loro centri satellite, saranno coinvolti per reclutare personale esperto e organizzare percorsi formativi per una progressiva autonomizzazione dei chirurghi e dei nefrologi delle diverse aree per svolgere le procedure interventistiche e ridurre progressivamente il ricorso agli HUB di ATS.

Presidio	**Attività**
P.O. San Francesco di Nuoro	Bacino di utenza: i pazienti provenienti dalle aree urbane di Olbia, Tempio, Ozieri e Lanusei; i pazienti che non necessitano di lunghe degenze possono essere assistiti in appoggio nelle U.O. di area internistica, sotto responsabilità e gestione del nefrologo. La chirurgia vascolare sarà parte attiva di questo programma, insieme alla Radiologia Interventistica e alla Nefrologia, che dispone di letti di degenza autonomi
P.O. San Martino Oristano	Bacino di utenza: i pazienti provenienti dalle aree di Alghero, Porto Torres, Ozieri (in parte) Isili. Il P.O. ha già una organizzazione autonoma con letti di degenza nell’ambito del dipartimento medico e un percorso organizzativo che coinvolge la week Surgery del P.O. Potrà garantire due sedute mensili di Nefro-Chirurgia dedicate a FAV e Tenckhoff , e due sedute operatorie dedicate al posizionamento di CVC permanenti .
P.O. SS Trinità	Bacino di utenza: i pazienti afferenti alle aree di Iglesias, Carbonia e Cagliari. I Nefrologi dei due presidi avranno

	accesso alla Sala Operatoria con cadenza bi-trimensile, i pazienti saranno appoggiati nelle aree di degenza Chirurgica
P.O. di San Gavino.	Bacino di utenza: i pazienti seguiti nell'area di Sanluri, presso il Santa Barbara di Iglesias e Carbonia . I Nefrologi del P.O. avranno accesso alla Sala Operatoria con cadenza bi-trimensile. I pazienti saranno appoggiati nelle aree di degenza Chirurgica.
Gli HUB mensilmente, entro il 20 del mese precedente, comunicheranno a tutti i centri che gravitano nella propria area di pertinenza le date delle sedute operatorie previste, per programmare ricoveri ed interventi secondo priorità cliniche. *Si stima che in una seduta operatoria di 6 ore si possono praticare dai due ai tre interventi, quindi programmando 2/3 sedute mensili, nell'arco dei 12 mesi si potrebbero eseguire 360/430 interventi.*	


Santa Teresa Gallura
La Maddalena
Porto Cervo
Stintino
Tempio
Olbia
E840
Porto Torres
Sassari
San Teodoro
Siniscola
Alghero
Ozieri
E25
Nuoro
Orosei
Bosa
Macomer
Cala Gonone
Sardegna
Oristano
Arbatax
Lanusei
Isili
San Gavino
Muravera
E25
Quartu
Iglesias
Costa Rei
SS Trinità
Carbonia
Cala Sinzias
Carloforte
Chia