

# Epidemiologia dei bisogni di gestione integrata: il “late referral” in Nefrologia

F.G. Casino<sup>1</sup>, F. Vitullo<sup>2</sup>, G.C. Sorrentino<sup>2</sup>, A. Di Matteo<sup>2</sup>, M. Procida<sup>3</sup>, V. Gaudiano<sup>4</sup>, A. Venezia<sup>5</sup>, R. Sinisi<sup>5</sup>, V. D. Di Candia<sup>5</sup>, per il Gruppo di Studio ECA-ND\*

<sup>1</sup> Unità Operativa (UO) di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Matera

<sup>2</sup> Laboratorio di Epidemiologia e Politiche Sanitarie, Dipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia, Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro, CH

<sup>3</sup> UO di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera di Potenza, Potenza

<sup>4</sup> Centro Riferimento Trapianti, UO di Nefrologia, Ospedale di Matera

<sup>5</sup> UO di Diabetologia, Ospedale di Matera, Matera

\* Gruppo di Studio ECA-ND “Epidemiologia clinico-assistenziale delle Nefropatie croniche e del Diabete in Basilicata”

P. Bellitti, V. Bellizzi, A. Bombini, R. Bruno, P. Carretta, E. Caruso, F. Casino, F. Cervellino, G. Citro, G. Gaudiano, V. Gaudiano, P. Giangregorio, E. Giliberti, F. Ianuzziello, A. Maioli, R. Morea, M. Pampaloni, O. Pergamo, E. Perone, M. Procida, V. Ricciuti, V. Valente, A. Venezia.

Il presente lavoro è parte integrante del Progetto “Epidemiologia clinico-assistenziale delle nefropatie croniche e del diabete in Basilicata”, nell’ambito del Programma Speciale per la Ricerca Sanitaria (ex art.12 del D.lgs. 502/92), ad integrazione del “Progetto per lo sviluppo dell’Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata” – Convenzione Regione Basilicata – Consorzio Mario Negri Sud; D.G.R. n.1645 del 20/07/99 (Coordinatore Scientifico: Dr. Vito Gaudiano - Responsabile Regionale: Dr. Giuseppe Montagano - Dirigente OER: Dr.ssa Gabriella Cauzillo).

Si ringraziano i Dr. Gianni Tognoni, Loreto Gesualdo, Vito Lepore, Marta Valerio e Antonio Nicolucci per i preziosi suggerimenti.

## Riassunto

**Premessa.** Sulla base dei nuovi bisogni informativi, un’esperienza collaborativa tra osservatorio epidemiologico (Basilicata) e clinici è discussa per confronti di epidemiologia ‘locale’, orientata alla gestione integrata in nefrologia. L’invio al nefrologo del paziente nefropatico rappresenta un’ipotesi operativa di ricerca-intervento.

**Metodi.** Registro dialisi (RDT), dati correnti in fase di validazione (schede di dimissione/SDO, ambulatoriali e laboratoristici); indagini rapide *ad hoc*.

**Risultati.** I dializzati del periodo 1994-98 sono 594, i decessi cumulati 190 (32%). Maschi ed anziani (età > 65 anni) sono associati ad un rischio relativo di morte più alto del 50% e di 3 volte, la nefropatia diabetica del 60% vs altre patologie. Su 570 pazienti vivi al 1996, 442 sono stati collegati con 2.628 SDO; le comorbidità sono sottoregistrate nel RDT (il ‘Charlson index’ è stato calcolato con le SDO). Su 66 nuovi dializzati, 31 sono tardivamente inviati al nefrologo (47%) (diabetici: 22%). I dimessi/anno con nefropatie croniche (NC) e diabete sono il 21% dei pazienti NC (5% dei diabetici): su 100 pazienti con NC pre-dialitica e diabete, solo 11-14 sono dimessi dalla nefrologia. A Matera 3 pazienti su 4 con creatininemia >1.5 mg/dl non sono noti al nefrologo. La prevalenza di NC potrebbe variare dallo 0.4% ad oltre l’1%.

**Conclusioni.** Mentre si ottimizzano i sistemi informativi in un contesto di ‘devoluzione’ regionale, la conduzione di studi rapidi tra nefrologi, diabetologi e responsabili dell’epidemiologia locale genera i dati di riferimento per interventi mirati a problemi: prevenzione e gestione integrata della nefropatia diabetica con razionalizzazione dell’uso di risorse, professionali ed economiche.

**PAROLE CHIAVE:** Nefropatie croniche, Epidemiologia nei sistemi sanitari, Gestione integrata dell’assistenza, Registri Dialisi e Trapianto, Analisi dei database amministrativi, Outcome research

## **The need for integrated care of patients with chronic nephropathies: the epidemiology of 'late referral'**

**Background.** The recent need for information has prompted this collaboration between health system epidemiologists (Basilicata) and clinicians to compare models of 'local' epidemiology in the management of diseases. The referral of patients to a nephrologist represents a working hypothesis of research- intervention.

**Methods.** Analysis of renal registry (RR) and administrative databases (hospital discharge abstracts/HDA, ambulatory); ad hoc surveys.

**Results.** Patients on dialysis between 1994 and 1998 are 594, cumulative deaths are 190 (32%). Males and the elderly (age > 65 years) are associated with more than 50% and threefold increase in relative risk of death, and with a diabetic nephropathy of 60% vs other renal diseases. Of 570 patients alive in 1996, 442 are linked with 2,628 HAD. Comorbid conditions are underreported in the RR (the Charlson index has been computed using HDA). Of 66 new dialysis cases, 31 are referred to a nephrologist only 6 months before the start of dialysis (47%) (22% diabetics). Patients discharged with chronic nephropathies (CN) and diabetes are 21% of CN patients (5% of diabetics). Of 100 patients with pre-end stage renal disease and diabetes, only 11-14 are discharged from the nephrology ward. At the local level, 3 out of 4 patients with serum creatinine >1.5 mg/dl are not referred to a nephrologist. The prevalence of CN may vary from 0.4% to more than 1%.

**Conclusions.** While an improvement in health databases in the regions is underway, collaboration studies are essential for planning specific interventions for prevention and management of diabetic nephropathy to improve the use of resources in nephrology. (*G Ital Nefrolog* 2002; 19: 143-8)

**KEY WORDS:** Chronic nephropathies, Health services epidemiology, Disease management, Renal registries, Administrative database analyses, Outcome research