

La nefrologia del futuro: il gioco in borsa tra domanda e offerta

Caro Direttore,

Ho letto con molto interesse il Censimento 2004 dei Centri di Nefrologia e Dialisi Italiani (1). È raro trovare nella letteratura dati di questo genere, che riflettano esattamente la struttura dialitica nel Paese e permettano di identificare i progressi realizzati nel lungo termine, conoscere i fallimenti attuali e progettare le risorse necessarie per il futuro. Nei Paesi dell'America Latina, un Censimento simile (solo per i centri di dialisi) si esegue in Brasile, per mezzo della Società Brasiliana di Nefrologia a partire dell'anno 1999 (2).

Nel Registro Latino-Americano di Dialisi e Trapianto Renale il tasso di prevalenza di dialisi nell'anno 2004 è stato di 350.2 pmp, con ampie variazioni a seconda del Paese di appartenenza: si passa infatti da 1026.7 pmp del Puerto Rico, a 686.3 del Chile, 683 dell'Uruguay, a 85.3 pmp della Bolivia, 35.3 pmp dell'Honduras fino a 21.7 pmp del Nicaragua. Il tasso di incidenza nel medesimo anno è stato di 147 pmp, con ampie variazioni che vanno dai 337.4 pmp in Porto Rico, ai 305 pmp in Messico, 143.1 pmp in Uruguay, a 34.2 pmp in Bolivia, 14.4 pmp nell'Ecuador, ed infine ad 11.4 pmp in Guatemala. Queste differenze si spiegano fondamentalmente sulla base delle differenze socioeconomiche esistenti fra i Paesi (rese visibili dall'osservazione del

rapporto: reddito nazionale lordo/ tasso di prevalenza) (2). Tuttavia, nel corso degli anni, è stato rilevato un aumento del numero di pazienti in trattamento sostitutivo in tutti i Paesi dell'America Latina (3). Un tema che richiama l'attenzione, e che è motivo di preoccupazione per i redattori del censimento, è l'assenza di continua assistenza medica durante il trattamento dialitico nei centri satellite, soprattutto, in considerazione della elevata co-morbilità dei pazienti che attualmente si sottopongono al trattamento sostitutivo (anzianità, diabete, ecc.). D'altronde, se è ben noto che "un'assistenza medica qualificata non è tanto quella che garantisca la presenza del medico durante il trattamento, quanto quella che offra una sorveglianza clinica adeguata sia per la corretta impostazione della metodica che per la terapia di supporto" (1), è altresì certo che tale condizione non può prescindere dalla qualità del servizio infermieristico in dialisi e dalla tipologia del paziente.

Per quanto sin qui detto, mi chiedo se esistono criteri codificati o condivisi di selezione del paziente incidente per indirizzarne il suo trattamento verso un centro ad assistenza limitata o verso un centro ad assistenza continuativa (età, presenza o meno di diabete, antecedente di malattia cardiovascolare, ecc.).

Desto una certa preoccupazione, infine, il fatto che, mentre da un lato si prevede un incremento della popolazione uremica,

dall'altro si assiste alla progressiva riduzione del numero di Nefrologi probabilmente a causa del pensionamento dei Nefrologi più anziani, non compensata da un adeguato ricalzo di giovani specialisti.

Il quesito sulle cause di questa situazione è quanto mai complesso: la nefrologia oggi risulta poco attrattiva per i giovani? è un fenomeno soltanto italiano o globale?

In realtà un fenomeno simile sta avvenendo anche in Argentina, dove le Scuole di Specializzazione diplomano un numero di Nefrologi inferiore a quello prestabilito per insufficiente domanda.

Pertanto, in considerazione delle previsioni di incremento dell'attività dialitica (chiaramente mostrata dal Censimento) sia a breve che a lungo termine e dell'incremento dell'incidenza e della prevalenza dei pazienti uremici, mi sembra indispensabile una riflessione sulla necessità di favorire una politica di rinnovamento dell'appeal della Nefrologia per i giovani medici.

Dr.ssa Ana Maria Cusumano

Registro Latino-Americano di Dialisi e Trapianto Renale
Società Latino-Americana di Nefrologia e Ipertensione (SLANH)

✉ e-mail:

amcusumano@datamarkets.com.ar

1. Alloatt S, Quarello F, Salomone M, Conte F, Schena FP. Censimento 2004 dei Centri di Nefrologia e Dialisi Italiani. *G Ital Nefrol* 2007; 24: 141-50.
2. Cusumano A, et al. NF End-Stage Renal Disease and its Treatment in Latin America in the Twenty-First Century. *Ren Fail* 2006; 28: 631-7.
3. Censo da SBN - Jan/2005, <http://www.sbn.org.br/> accessed June 15, 2007.

Re: La nefrologia del futuro: il gioco in borsa tra domanda e offerta

Dr. Sandro Alloatti
U.B. di Nefrologia e Dialisi
Ospedale Regionale - Aosta
✉ e-mail: sandro.aloatti@googlemail.com

Caro Direttore,

Ringrazio la Dott.ssa Cusumano per la favorevole valutazione del lavoro e per l'indicazione di alcuni interessanti dati epidemiologici dell'America Latina.

La questione della presenza del medico nei centri satelliti costituisce in effetti un argomento di particolare criticità. La nefrologia italiana si basa su strutture complesse di nefrologia che coordinano l'assistenza nefrologica nell'area di competenza. Le strutture satelliti da esse dipendenti distribuiscono capillarmente sul territorio l'attività nefrologica e dialitica. In questo ambito un razionale utilizzo delle risorse mediche impone una loro concentrazione nell'unità centrale per potenziare il più possibile le attività diagnostiche e terapeutiche, mentre alla periferia l'assistenza dialitica è largamente demandata al personale infermieristico che opera, in alcuni turni, in assenza della presenza continuativa del medico. Una simile organizzazione prevede una stretta collaborazione tra centro e periferia con utilizzo di protocolli operativi comuni, rispettando alcuni punti fermi: 1) supervisione medica del funzionamento del centro; 2) condizioni stabili dei pazienti trattati o, per lo meno, assenza di interventi medici importanti durante le sedute dialitiche; 3) visite mediche periodiche in sede in modo che ogni paziente sia visto almeno una volta alla settimana o ogni quindici giorni, concentrando nei giorni di visita l'attività nefrologica ambulatoriale; 4) disponibilità di posti dialisi nell'unità principale per il trasferimento immediato dei pazienti non appena le condizioni cliniche lo richiedono; 5) consenso informato dei pazienti ad essere trattati in assenza del medico. Personalmente ritengo che una simile organizzazione (applicata con successo per anni nel mio stesso centro) abbia un ottimale rapporto costi/benefici. Per quanto riguarda il limitato numero di specialisti nefrologi, una simile situazione è presente anche in Italia con un numero insufficiente di posti nelle scuole di specialità che non riescono a compensare il turnover. La SIN sta sollecitando gli organi competenti ad aumentare il numero dei posti a disposizione nelle scuole di nefrologia distribuite sul territorio nazionale.