

LA DIALISI COME SISTEMA INTEGRATO CON LA NEFROLOGIA

(PROGETTO SIN n° 3)

Cari Soci SIN,

il programma della SIN 2011-2012 comprende un progetto molto importante per il momento che stiamo vivendo caratterizzato da notizie quasi quotidiane di cambiamenti dell'organizzazione sanitaria in cui siamo abituati a lavorare. I mutamenti di cui sentiamo parlare generano una reazione di timore non tanto per le novità introdotte, quanto perché essi sono percepiti non come il risultato di consultazione e di convergenza di apporti di varie esperienze e conoscenze, bensì come imposizioni calate dall'alto per la sola motivazione, peraltro realisticamente comprensibile, di puro risparmio economico. Si avverte uno stato di incertezza ed apprensione quasi contagioso.



Il sistema Nefrologia-Dialisi si sente sotto "tiro", specie la dialisi cronica ambulatoriale. I Nefrologi temono che la Nefrologia nel suo insieme sia svalutata, che la Dialisi venga percepita solo come attività tecnico-routinaria, e che tutto ciò porti al distacco della Dialisi dalla Nefrologia, con il rischio quindi che la nostra specialità sia riassorbita nella Medicina Interna.

L'inerzia non è mai produttiva, perciò la SIN ha definito nell'Ottobre 2010 un progetto di studio specifico (SIN n. 3) "La Dialisi come sistema integrato con la Nefrologia" con la finalità di valutare diverse opzioni di offerta della dialisi e possibilmente identificare un sistema integrato (senza escludere modalità innovative) che garantisca il risultato migliore.

La ricerca è stata affidata allo stesso team (CUSAS/CERGAS/Bocconi) che aveva condotto, sotto la Presidenza del Prof. Dal Canton, un'analisi economico-aziendale (presentata ai Soci sul sito della SIN e sul Giornale Italiano di Nefrologia) sul posizionamento della SIN nel mondo sanitario e sul possibile sviluppo strategico della Nefrologia.

Lo studio commissionato dalla SIN nel 2011 intende analizzare possibili forme di gestione dei servizi nefrologici e dialitici attraverso il confronto di casi concreti distribuiti sul territorio nazionale.

Le premesse sono state che l'assistenza nefrologica e dialitica si compone di una serie di servizi e di attività (dall'ambulatorio per le nefriti in fase iniziale a quello dell'insufficienza renale cronica, alla degenza nefrologica, all'attività assistenziale e dialitica per l'insufficienza renale acuta, fino alla attività ambulatoriale per la dialisi cronica ed al trapianto o follow-up post trapianto) che potrebbero sembrare eterogenee, ma che domandano invece un notevole coordinamento poiché sono centrate su una patologia cronica unitaria che richiede spesso l'attivazione dell'intera rete dei servizi.

Gli esperti in Economia Sanitaria stanno lavorando fianco a fianco con i Nefrologi del comitato definito dalla SIN con l'obiettivo di presentare ai Soci l'elaborazione dell'indagine nel 2012.

Lo studio è partito dalla considerazione che se in passato tutti i servizi nefrologici erano frequentemente concentrati all'interno di singole strutture di offerta (ad eccezione dei trapianti), negli anni recenti una serie di fenomeni ne ha, da una parte, esteso i confini (prevenzione, territorio-ospedale), dall'altra, ampliato il ventaglio delle formule istituzionali e gestionali potenzialmente utilizzabili.

Alcuni dei fenomeni che hanno indotto tali processi sono stati il ridisegno della rete di offerta promosso da molte Regioni con riduzione del numero di ASL (passate da 228 nel 1995 a 146 nel 2010) con la messa in comune di risorse, e la contrazione della rete ospedaliera (variazione dei posti letto totali dal 1998 al 2007 del -22%) centrata sempre di più sul ricovero ospedaliero per acuzie in senso stretto. Si profila la necessità che la rete dei servizi territoriali sviluppi elevati livelli di integrazione e connessione con i servizi ospedalieri sia dal punto di vista logistico ed organizzativo, sia da quello gestionale e professionale.

Quando si trarranno le conclusioni dell'analisi bisognerà considerare che alcuni elementi, di seguito elencati, potrebbero restare in ombra e la SIN dovrà lavorare per valorizzarli:

- *Customer satisfaction: il paziente con malattia cronica ha diritto ad avere una équipe di riferimento. È impensabile che un solo medico lo segua in tutto il percorso Nefrologia-Dialisi-Trapianto, ma non è neppure accettabile che egli passi da un medico all'altro senza che questi condividano il percorso terapeutico con il solo obiettivo di arrivare alla fine del turno di lavoro. Il paziente ha diritto ad un team esperto e motivato a fargli ottenere i migliori risultati terapeutici e riabilitativi. Bisognerebbe che il paziente potesse esprimere la sua percezione della cura.*
- *Possibilità di risultato medico ottimale: risparmiare solo in materia sanitaria è miope. Chi muore a giugno costa meno di chi vive ancora a dicembre, ma ciò non può essere considerato un successo economico. Nella valutazione dei dati bisognerebbe avere a disposizione criteri tipo QUALY (anni di vita aggiunti corretti per la qualità di vita). Il medico dovrebbe avere un riconoscimento che il suo lavoro è stato ben fatto: in ambiente privato questo si traduce in capacità di attrazione di altri clienti, in ambiente industriale in dividendi o in premi. Che cosa si può pensare per un Nefrologo?*
- *Possibilità di trasferire conoscenze pratiche e formative di vera Educazione Medica Continua ai Nefrologi giovani che nel tempo entreranno nei nostri organici per il fisiologico turn-over: il mestiere del medico deve crescere con la discussione collegiale, ma comporta anche l'obbligo di insegnare con la pratica quello che i libri o il web non possono trasmettere, cioè un'esperienza clinica diretta su tutti gli aspetti della nostra specialità. Se ciò che si richiederà a questi medici giovani sarà un lavoro parcellizzato non si potrà mai costruire una buona professionalità. Al più essi saranno operai specializzati, bravi ma limitati. La Dialisi deve essere collegata in qualche modo alla Nefrologia, con interscambio di conoscenze: la soluzione a questo problema che i Colleghi Olandesi hanno introdotta è stata quella di fare seguire i pazienti trapiantati dagli stessi medici che li seguivano in dialisi e che li avevano messi in lista di trapianto. Ci possono essere anche altre soluzioni, ma l'obiettivo deve essere che la corsia di Nefrologia resti aperta ai bisogni di ricovero per i problemi intercorrenti del paziente in dialisi: un distacco indiscrimi-*

nato della dialisi dall'Ospedale di riferimento creerebbe barriere, muri di ostilità, oltre che un peggioramento delle professionalità e quindi della qualità delle cure.

- La Nefrologia deve interessarsi alla prevenzione e alla cura precoce prima che si arrivi al punto di non-ritorno. Se la diagnosi di malattia renale è tardiva, non si può fare altro che accompagnare il paziente alla dialisi cercando di farlo arrivare a quel momento nelle condizioni migliori e non distrutto dalle complicità della insufficienza renale cronica. La Nefrologia deve mantenere il governo e la responsabilità del paziente in tutte le fasi della sua malattia cronica, compreso il trattamento sostitutivo e il post-trapianto. La prevenzione, diagnosi e terapia precoce devono fare parte integrante del sistema Nefrologia.

Abbiamo molte aspettative che lo studio che è in corso - e che rappresenta il Progetto n.3 della SIN - riesca nel suo compito di identificare un sistema integrato che garantisca il risultato migliore per i pazienti e che consideri in modo globale la cura del malato di rene ed il sapere del suo medico, il Nefrologo. La SIN continuerà a lavorare perché nel risultato complessivo che verrà presentato alle Istituzioni siano considerate le numerose sfaccettature del problema, che superano l'aspetto puramente economico.

Rosanna Coppo
Presidente SIN

Dialysis as a system integrated into nephrology care

(Project No. 3 of the Italian Society of Nephrology)

The nephrology, dialysis and transplant system is facing considerable changes, many of them fear-provoking. The fear is not only related to changes in the working activities, but to the fact that these changes are perceived as being driven by purely economic laws in an attempt to save money. This generates a sense of uncertainty, which is never constructive.

Chronic dialysis seems to be at particular risk. Nephrologists fear that dialysis will be undervalued as merely a routine technical procedure. The disappearance of chronic dialysis from the nephrology department is felt as a weakening of the system, leading ultimately to its incorporation into the broader system of internal medicine.

In order to gain insight into the possible new organization of nephrology and dialysis activities, the Italian Society of Nephrology has launched a study titled "Dialysis as a System Integrated into Nephrology Care" in collaboration with CERGAS-Bocconi University of Economics, the Center for the Management of Health Care, and CUSAS-University of Florence. The study is aimed at comparing, by on-site investigation, different approaches to the management of nephrology and dialysis care offered in five centers representative of various Italian regions. Its final objective is to find ways to reconcile patients' needs with financial considerations.

The Italian Society foresees the need for a strong coordination among various, apparently heterogeneous activities (from outpatient clinic to chronic dialysis care, kidney transplantation and follow-up of transplant recipients). Instead of moving towards a fragmented whole of individual entities, the care for kidney patients has to be perceived as a service devoted to a single disease entity which requires the activation of the entire service network. The nephrologist should have the responsibility for the entire process for the benefit of the patient.