

VEDI L'ARTICOLO A PAG. 654

## QUALI PROSPETTIVE PER L'ATTIVITÀ NEFROLOGICA OSPEDALIERA IN ITALIA?

**Filippo Aucella**

Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

L'attività ospedaliera della nefrologia italiana si caratterizza notoriamente per una certa frammentazione della casistica, almeno per quanto viene rappresentato dall'analisi delle SDO ministeriali (1). Fatta eccezione per il DRG 316, insufficienza renale, che rappresenta il 40% delle dimissioni nefrologiche e in cui confluiscono sia le forme acute che quelle croniche, l'insieme dei primi quattro DRG raggruppa solo il 60% dell'attività, mentre bisogna arruolare altri sedici per coprire circa l'80% delle dimissioni (1). Questa fotografia, relativa al biennio 2005-2006, se da un lato conferma la natura multidisciplinare del lavoro del nefrologo, dall'altro è sicuramente anche indice di un accesso troppo ampio alla modalità assistenziale del ricovero ospedaliero. Quest'ultima annotazione è valida soprattutto per alcune regioni del sud Italia, dove, nel censimento 2004, veniva riscontrata un'eccessiva offerta di posti letto (2). In queste aree, le strutture territoriali sono storicamente deficitarie, per cui la modalità assistenziale del ricovero era spesso l'unica possibile per diverse patologie, pur essendo inappropriata e dispendiosa. Per esempio, la regione Puglia dispone tutt'ora di 360 posti letto nefrologici con un indice pmp di 88 contro la media nazionale di 47 (2) e quella piemontese di 49 (3). Non a caso, in questi mesi, l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES) pugliese sta predisponendo, in collaborazione con un tavolo tecnico nefrologico, un'iniziale riduzione della dotazione a 290 posti letto per adeguarla alla realtà nazionale. Non risultava, quindi, strano che, nonostante l'ottimo livello assistenziale per la patologia nefrologica documentato dall'attività biptica o da quella relativa all'allestimento in proprio degli accessi vascolari, il peso medio dei DRG nefrologici pugliesi fosse 1.24 *versus* l'1.6 del Piemonte (2, 3)

L'articolo di Rollino et al. (4), pubblicato in questo numero del GIN, pur con i limiti di una realtà assistenziale certamente non conforme a quella di tutto il restante territorio nazionale, ci fornisce alcune conferme, ma ancora più spunti di riflessione per un futuro adeguato posizionamento della nostra specialità nell'ambito dell'assistenza ospedaliera in Italia.

In primo luogo spiccano da un lato l'elevata frequenza dell'accesso in urgenza tramite Pronto Soc-

corso (77%), spia di una disponibilità all'accoglienza di pazienti con diverse comorbidità e di competenza sicuramente pluri-specialistica e, dall'altro, la scarsa indicazione al ricovero in elezione (17%), indice di un'accurata selezione della casistica nonché di un'ampia e sufficiente erogazione dei servizi con altre modalità. Questo viene testimoniato dalla distribuzione dei pesi medi: solo nel 30% dei ricoveri si aveva un peso <1 e, tenendo presente che molti DRG nefrologici cadono in questa condizione, quali il 320 (infezioni del rene e delle vie urinarie, età >17 anni con CC), il 331 (altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 anni con CC), il 332 (altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 anni senza CC) e altri ancora, si comprende come solo i casi realmente complicati siano stati fatti afferire alla degenza.

Ancora, va sottolineato come, in oltre il 70% di tutti i ricoveri, fosse riscontrata una condizione di CKD, spesso sottostante a un fenomeno di acuzie, tanto che la diagnosi più frequente era di insufficienza renale acuta (29%). Tutte queste condizioni spiegano l'ottimo valore del peso medio, 1,6, sia pure valutato con la recente versione 24 dell'ICD9-CM che ha comportato un calo generale dei pesi di molte patologie. È, infatti, noto come la maggior parte delle SDO nefrologiche generi dei DRG che non riflettono in maniera adeguata la complessità della casistica trattata e il cui valore economico non risulta abbastanza remunerativo per quanto concerne una serie di procedure costose e invasive, quali la biopsia renale del rene nativo e trapiantato, i trattamenti dialitici ripetuti, le tecniche depurative complesse o le procedure aferetiche e gli accessi vascolari e peritoneali. Valga un esempio per tutti, ovvero il DRG 316, insufficienza renale, il cui peso è passato da 1.35 della versione 19 a 1.15 della versione 24. L'elevata complessità della casistica si traduceva ovviamente in una degenza più lunga, circa 13 giorni, resa ancora più problematica dalla segnalata carenza di recettività post-acuzie. Quest'ultimo è un fenomeno in rapido aggravamento di cui le autorità regionali dovrebbero tenere conto adeguatamente nel momento in cui l'ospedale diventa sempre più il luogo del trattamento della sola patologia acuta. Possono essere citate esperienze interessanti in tal senso, quali

quelle messe in atto nel Policlinico S. Orsola-Malpighi, di Bologna, in cui vi sono specifici reparti come il P.A.R.E. (Post-Acuzie e Riabilitazione Estensiva) o adeguate modalità di assistenza domiciliare predisposte già prima della dimissione con la collaborazione dei servizi sociali. È dovere dei nefrologi e di tutti gli altri professionisti ospedalieri sottolineare questa rilevante esigenza alle proprie agenzie regionali, magari proponendo progetti operativi specifici.

Va sottolineato poi come, dei sei DRG più frequenti, solo i primi tre risultano di chiara pertinenza specialistica e confermano precedenti indagini nazionali (1), mentre gli altri, 089 (polmonite), 576 (setticemia), 240 (malattie del tessuto connettivo), sembrano documentare una necessità di supplenza verso altre aree, vedi i casi di polmonite, o un peculiare interesse multidisciplinare dell'*equipe* (connettiviti). Questa offerta di assistenza multidisciplinare può essere la chiave di volta che potenzia il ruolo delle nefrologie all'interno delle realtà ospedaliere. Nella nostra attività quotidiana, svariate procedure, come le già citate terapie dialitiche complesse o aferetiche piuttosto che il trattamento della sepsi, richiedono l'impiego di risorse umane e tecnologiche ad altissimo valore specialistico che indirizzano la nostra branca verso le discipline intensivistiche piuttosto che internistiche. Al nefrologo viene, infatti, comunemente riconosciuta una specifica competenza nella gestione del paziente critico con squilibri idro-elettrolitici, acido-base o di bilancio dei liquidi: ne sono derivate esperienze peculiari; tra le tante citiamo la struttura di terapia intensiva nefrologica dell'Università di Parma o la sezione di terapia sub-intensiva annessa alla già citata S. C. di Nefrologia dell'Ospedale Malpighi di Bologna. Queste esperienze si sono così consolidate nel tempo da essersi guadagnate un ruolo indispensabile all'interno dell'organizzazione assistenziale che, ovviamente, si è tradotto in un rafforzamento della figura clinica del nefrologo. Pur senza l'indicazione di strutture così definite, l'elevata complessità riportata dall'attività del San Giovanni Bosco di Torino testimonia un impegno alla gestione di pazienti altamente complessi che va nella medesima direzione. Questa capacità e questo bagaglio culturale vanno, quindi, adeguatamente proposti e valorizzati per far sì che le nefrologie si possano configurare come un naturale ponte, sia in ingresso che in uscita, tra la degenza ordinaria e le classiche terapie intensive, nonché come un riferimento privilegiato del Pronto Soccorso.

Un aspetto non secondario dell'attività nefrologica odierna è, poi, dato dall'esponentiale aumento dell'età anagrafica dei pazienti: l'età media dei ricoverati nell'esperienza citata era di oltre 64 anni (4). Questa è la realtà con la quale dobbiamo confrontarci e da qui deriva la necessità di acquisire strumenti clinici diversi, tipicamente geriatrici, per rispondere adeguatamente a condizioni di elevata comorbidità e complessità (5, 6). Le società scientifiche hanno colto questa necessità: l'ASN ha lanciato, pochi anni or sono, un *Comprehensive Curriculum in Geriatric Nephrology* quale strumento ineludibile per la moderna formazione del nefrologo (7), mentre la SIN ha visto la recente costituzione di un Gruppo di Studio di Nefrologia Geriatrica che ha già realizzato importanti eventi pluridisciplinari (8).

In sintesi, il lavoro di Rollino et al. risulta descrivere l'attuale impegno assistenziale di elevato livello della nefrologia italiana. Per ragioni storiche e organizzative, non tutte le esperienze potranno essere simili, ma la loro descrizione e la discussione aperta all'interno della società scientifica, che è lo scopo che si prefigge la redazione del GIN con il presente editoriale, possono essere per tutti gli specialisti un'occasione di confronto e di crescita e, per la società stessa, la fonte di indispensabili informazioni per divenire l'adeguata controparte dei diversi sistemi sanitari regionali.

Oggi, il modello operativo italiano vede lo specialista nefrologo prendere in carico il paziente nefropatico nella sua totalità, prendendosi cura di ogni aspetto, dalla diagnosi alle procedure di nefrologia interventistica, sino alle varie forme di terapia sostitutiva: questo può risultare l'aspetto chiave della bassa mortalità dei pazienti uremici terminali in Italia (9). È un patrimonio che non solo non deve essere disperso, ma che deve essere ulteriormente accresciuto ampliando i nostri orizzonti e accettando le sfide organizzative che, inevitabilmente, ci coinvolgeranno nel prossimo futuro.

**Indirizzo dell'Autore:**

Dr. Filippo Aucella  
Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi  
Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza"  
Viale Cappuccini 1  
71013 San Giovanni Rotondo (FG)  
e-mail: f.aucella@operapadrepio.it

## BIBLIOGRAFIA

1. Susi A. Stato dell'arte e prospettive sull'attività nefrologica ospedaliera: la casistica ospedaliera caratterizzante il lavoro del nefrologo nel biennio 2005-2006. [Present and future of nephrology in the hospital based on an analysis of the two-year period 2005-2006]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20432214> *G Ital Nefrol* 2010; 27 (2): 129-39.
2. Gesualdo L, Alloatti S, Cicchetti T, et al. Censimento 2004 dei Centri di Nefrologia e Dialisi Italiani. Basilicata-Calabria-Puglia. [Census 2004 of the Italian renal and dialysis units. Basilicata - Calabria - Puglia]. *G Ital Nefrol* 2006; 23 (3): 323-36.
3. Alloatti S, Garibotto G, Triolo G, Quarello F, Salomone M, Buccianti G. Censimento 2004 dei Centri di Nefrologia e Dialisi italiani. Piemonte-Liguria-Valle d'Aosta. [Census 2004 of the Italian Renal and Dialysis Units--Piemonte, Liguria and Valle d'Aosta]. *G Ital Nefrol* 2005; 22 (4): 354-64.
4. Rollino C, Beltrame G, Ferro M, et al. Fotografia dell'attività in un anno di una corsia nefrologica in Piemonte. *G Ital Nefrol* 2011; 28 (6): 654-660.
5. Rosner M, Abdel-Rahman E, Williams ME, ASN Advisory Group on Geriatric Nephrology. Geriatric nephrology: responding to a growing challenge. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5 (5): 936-42.
6. Aucella F. Epidemiologic and clinical challenges of geriatric nephrology. *J Nephrol* 2010; 23 (Suppl. 15): S1-4.
7. ([http://www.asn-online.org/education\\_and\\_meetings/geriatrics](http://www.asn-online.org/education_and_meetings/geriatrics)).
8. ([http://www.sin-italy.org/Soci\\_GdS/gruppi\\_nefrologia.asp](http://www.sin-italy.org/Soci_GdS/gruppi_nefrologia.asp)).
9. Lauder A, Schieppati A, Conte F, Remuzzi G, Battle D. Low mortality and key aspects of delivery of care for end-stage renal disease in Italy. *ScientificWorldJournal* 2009; 9: 349-59.