

LA MALATTIA RENALE NEL CONTESTO DELLE RETI CLINICHE INTEGRATE

Carlo Mura¹, Annalisa Noce², Giulia Marrone², Massimo Belluardo³, Salvatore Mancuso⁴, Anna Mudoni⁵, Francesco Logias⁶ 1UOSD Nefrologia e Dialisi, ASL Toscana Sud Est, P.O. La Gruccia Montevarchi (Ar) – Italia 2UOSD Nefrologia e Dialisi, Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università degli Studi di Roma Tor Vergata – Italia 3UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianti, AOUS Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena – Italia 4 Centro Emodialisi Mazarese, Mazara del Vallo (TP) – Italia 5U.O. Nefrologia e Dialisi, Pia Fondazione di Culto e religione, Azienda Ospedaliera Cardinale G. Panico, Tricase (Le) – Italia 6ASL Ogliastra, Lanusei (OG) - Italia

Nel corso degli ultimi anni sono stati emanati documenti sia da parte del Ministero della Salute che della SIN-Rene secondo i quali è necessaria una serie di azioni per contenere la progressione verso gli stadi terminali della malattia renale. Un percorso in tale direzione è cominciato vari anni fa nella zona Valdarno Aretino e ha mostrato buoni risultati. Tale progetto prevedeva una collaborazione stretta fra Ospedale e Territorio con il coinvolgimento dei MMG. Il progetto inizialmente organizzato come PDTA è stato poi ufficializzato come percorso aziendale con delibera nel 2018. Allo scopo di attuare in maniera diffusa il PDTA della malattia renale cronica e le indispensabili connessioni con la medicina del territorio è risultata poi necessaria l'organizzazione in Rete Clinica che uniformasse in tutto il territorio aziendale le modalità d'azione. L'area di applicazione è riferita alle strutture che hanno Unità Nefrodialitiche con Ambulatorio. Obiettivo di partenza è costruire una collaborazione con il Dipartimento della Medicina Generale Territoriale per condividere gli schemi operativi ormai validati dalla comunità scientifica. Indispensabile è stata giudicata l'attività di formazione rivolta ai medici di medicina generale nelle singole zone e progettata con i responsabili delle AFT. A seguire sono state concordate le varie “competenze” fra professionisti:

- l'identificazione dei soggetti a rischio di MRC: compito generalmente affidato al MMG;
- la diagnosi della patologia nefrologica di base e l'inizio di terapie, a volte complesse ad alta specificità (p. es., le terapie immunosoppressive), atte a stabilizzare la nefropatia di base, compiti questi affidati al nefrologo;
- la gestione dei pazienti con MRC a lenta progressione e la promozione di corretti stili di vita che contribuiscono a rallentare l'evoluzione della MRC: compiti affidati prevalentemente al MMG, secondo schemi di sorveglianza e di trattamento condivisi e integrati;
- la gestione di eventi acuti sovrapposti, che possono essere riconosciuti dal MMG, ma che richiedono interventi clinici ad alta specificità, effettuati generalmente in regime di ricovero o di Day-Service nefrologico, di competenza del nefrologo;
- la sorveglianza e il trattamento dei pazienti con MRC con più rapido declino della funzione renale (fast-progressor) e con un maggiore numero di comorbidità affidati all'equipe nefrologica (medici/infermieri);
- l'educazione terapeutica volta a migliorare l'adesione farmacologica del paziente e alla dieta nefrologica, che deve estendersi all'equipe infermieristica nefrologica;
- il mantenimento in sorveglianza e presa in carico da parte dell'equipe nefrologica di una minoranza di pazienti che scelgono la non-dialysis e che quindi vengono avviati a cure di tipo palliativo.

I nefrologi dovranno uniformare, nel rispetto delle individualità legate al territorio e alle singole professionalità, l'attività degli ambulatori di nefrologia specialmente per quanto riguarda la registrazione informatizzata delle visite, la creazione di un archivio condiviso e la condivisione di alcune parti di software con la medicina generale. Nondimeno essenziale ci pare la realizzazione di un protocollo condiviso con le UO Nutrizione Clinica, Diabetologia e Cardiologia per consolidare un affiancamento all'attività ambulatoriale nefrologica. Essenziale appare anche lo sviluppo di strutture interne all'organizzazione nefrologica che

prevedano accessi autogestiti al Day-Service Malattia Renale Avanzata per il controllo periodico dei pazienti ormai prossimi alla dialisi e attività quali la preparazione dell'accesso vascolare, lo screening cardiologico, l'inserimento in lista trapianto pre-emptive per gli idonei e la scelta consapevole e condivisa del trattamento dialitico sostitutivo. Questo non porterà alla scomparsa del trattamento dialitico, ma forse eviterà il riferimento tardivo del paziente allo specialista (late referral) che sarà sempre meno "sparato in dialisi" pur avendo da anni una malattia cronica, forse migliorerà la consapevolezza dei pazienti aumentando l'aderenza alle terapie e di sicuro aiuterà i nefrologi a "regolare il traffico" degli ingressi e a programmarli fin dove possibile.