

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE

ASUR

N. DEL

Oggetto: PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON MALATTIA RENALE CRONICA

IL DIRETTORE GENERALE

ASUR

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;


- D E T E R M I N A -

1. di approvare il documento " Presa in carico della persona con malattia renale cronica", allegato 1;
2. di trasmettere la presente determina ai Direttori di Area Vasta, ai Direttori di Distretto, ai Direttori DMO, ai Direttori Governo Clinico/Rischio Clinico, ai Direttori Servizi Professioni Sanitarie, per ogni seguito di competenza;
3. di dichiarare che dal presente atto non derivano costi a carico del Bilancio ASUR;
4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

Il Direttore Amministrativo

(Dott. Pierluigi Giuffucchi)



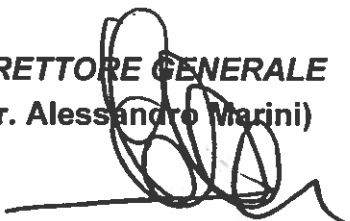
Il Direttore Sanitario

(Dr.ssa Nadia Storti)



IL DIRETTORE GENERALE

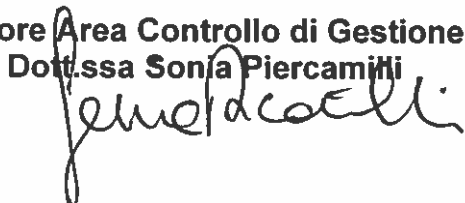
(Dr. Alessandro Marini)



**PER I PARERI INFRASCRITTI
AREA CONTROLLO DI GESTIONE E AREA CONTABILITÀ BILANCIO E FINANZA**

Visto quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento, si attesta che dall'adozione del presente atto non derivano oneri a carico dell'Azienda.

**Direttore Area Controllo di Gestione
Dott.ssa Sonia Piercamilli**



**Direttore Area Contabilità Bilancio e Finanza
Dott. Luigi Stortini**



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

STAFF DIREZIONE SANITARIA ASUR

□ Normativa di riferimento

DGRM 1345/13: Riordino delle Reti Cliniche Regione Marche

DGRM 1219/14: Modifica della deliberazione 1354/13 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n.551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSN;

DM 70/15: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

ASUR DG 361/17: Adeguamento dell'assetto organizzativo definito con Determina ASURDG n. 481/2016

Linea guida 23, Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2012: "Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto";

Ministero della Salute - Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 2014: "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica";

Ministero della Salute - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016: Piano Nazionale della Cronicità.

□ Motivazione:

Il "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica", adottato dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nel 2014, definisce la Malattia Renale Cronica (MRC) *"un problema di salute pubblica su scala mondiale in considerazione della diffusione della patologia e della prevalenza crescente nella popolazione generale"*.

Il documento elenca i numerosi motivi di questo incremento, definito da alcuni sistemi sanitari come *"epidemico"*:

- *"l'invecchiamento della popolazione contribuisce a far emergere un numero crescente di soggetti con riduzione della funzione renale, anche solo come conseguenza fisiologica legata all'invecchiamento del rene"*;

- *l'aumentata prevalenza nella popolazione generale di condizioni cliniche caratterizzate da un elevato rischio di manifestare un danno renale (quali il diabete mellito di tipo II, la sindrome metabolica, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, la dislipidemia) e l'aumentata sopravvivenza dei pazienti nefropatici*;

- *la maggiore attenzione che viene posta alla diagnosi di tale patologia, facilitata dalla disponibilità di strumenti diagnostici semplici, affidabili e di basso costo*;

- *la mortalità competitiva legata all'aumento della vita media e a terapie che risolvono situazioni critiche (es. rivascolarizzazione dell'infarto miocardico)"*.

La definizione e la stadiazione della MRC è stata proposta dalla *National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF - KDOQI) degli Stati Uniti d'America nel 2002, poi modificata da: *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) nel 2004.

La stadiazione della MRC prevede 5 stadi progressivi, valutati attraverso la Velocità di Filtrazione Glomerulare. La letteratura internazionale ci indica che lo stadio 3 è quello nel quale si evidenzia una tendenza alla progressione più o meno rapida verso un deficit funzionale sempre maggiore: stadi 4 e 5 fino alla dialisi. Una revisione della classificazione del KDOQI5 divide lo stadio 3 in due sottogruppi: 3a (VFG tra 59 e 45) e 3b (VFG tra 44 e 30).

Lo stadio 3b dovrebbe essere controllato e trattato in maniera intensiva, rappresentando un gruppo di pazienti ad alto rischio di complicanze della malattia renale e della sua evoluzione verso gli stadi terminali.

La MRC negli stadi avanzati comporta costi sanitari diretti quali: il personale sanitario, i materiali, l'ammortamento attrezzature, la manutenzione, i service, i farmaci e la diagnostica; e costi diretti non sanitari quali: personale non sanitario, i servizi alberghieri, i trasporto. A questi costi si devono aggiungere i costi indiretti, quali assenza di lavoro in termini di giornate perse, ricorso ai *caregiver* e al personale di assistenza.

Il trattamento della MRC allo stadio terminale comporta consistenti oneri per il servizio sanitario, il *costo diretto annuo* del trattamento di un paziente in dialisi è stimato da un minimo di € 29.800,00, per quelli in dialisi peritoneale (calcolato come costo per ogni singola prestazione a € 83,00 per 7 sedute) fino ad un massimo di € 43.800,00 per quelli in emodialisi (calcolato come costo medio per ogni singola prestazione di € 281,00 per 3 sedute settimanali); a questi costi diretti, sanitari e non sanitari, deve essere aggiunta la quantificazione dei costi indiretti.

I costi del trapianto sono stimati in € 52.000,00 per il primo anno e in € 15.000,00 per ogni anno successivo al primo: il trapianto renale è dunque la terapia sostitutiva più conveniente. I pazienti sottoposti a trapianto hanno una costo sanitario che oscilla da un terzo fino ad un quarto in meno della spesa totale rispetto ai pazienti in dialisi.

È stato calcolato che la possibilità di ritardare di almeno 5 anni la progressione del danno renale per il 10% dei soggetti dallo stadio III allo stadio IV e di ritardare sempre di 5 anni l'invio dei pazienti in dialisi, permetterebbe al SSN di risparmiare risorse per 2,5 miliardi di euro.

Il documento ASUR di prevenzione, presa in carico e domiciliarizzazione della persona con insufficienza cronica renale nasce con finalità clinico-assistenziali di prevenzione delle complicanze della malattia e di valutazione dell'appropriatezza della presa in carico, e si propone di:

1. identificare precocemente i pazienti con alterata funzione renale tra tutti gli assistiti dei Medici di Medicina Generale ed in particolare tra i soggetti a rischio;
2. intervenire sui fattori modificabili di progressione del danno renale;

3. prevenire il ritardo nel riferimento allo specialista;
4. rallentare la progressione del danno renale;
5. attuare una prevenzione secondaria e terziaria delle complicanze delle malattie renali (anemia, iperparatiroidismo, calcificazioni vascolari ecc.) e contenere il peso delle comorbidità;
6. ridurre l'incidenza del trattamento sostitutivo;
7. valutare le opportunità di trattamento conservativo e sostitutivo (trapianto, dialisi peritoneale, emodialisi) per ogni specifico paziente;
8. informare il paziente ed i suoi familiari per una scelta consapevole, con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti disponibili a partecipare al percorso;
9. favorire la domiciliarizzazione del paziente dializzato.

Scopo del documento è dunque l'ottimizzazione dell'assistenza nefrologica al paziente con MRC attraverso l'approccio diagnostico e la presa in carico omogenei e condivisi a livello ASUR perseguendo la prevenzione ed il miglioramento della qualità delle cure.

I destinatari del documento sono gli specialisti Nefrologi, i MMG/PLS e tutti i medici, gli infermieri e il personale operante presso le strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private convenzionate, il personale degli ambiti socioassistenziali, dei Distretti e le Associazioni dei pazienti.

Il progetto prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale al corretto e tempestivo riconoscimento della popolazione a rischio, mirata all'implementazione di strategie e terapie che si sono rivelate efficaci nel ridurre lo sviluppo e l'evoluzione della malattia renale cronica, quali la modificazione degli stili di vita e la correzione dei fattori di rischio modificabili.

Il progetto, che vede coinvolte tutte le strutture nefrologiche ASUR, prevede inoltre la realizzazione di un sistema informatizzato comprensivo di cartella che raccolga informazioni sugli esami di laboratorio, le comorbidità e l'anamnesi dei pazienti con insufficienza renale cronica e che possa essere aggiornato dalle UUOO partecipanti, ad ogni visita nefrologica, consentendo un'accurata valutazione del decorso clinico. Le visite di follow-up sono effettuate a cadenze regolate da necessità cliniche e non ci sono periodicità prestabilite da rispettare.

Esito dell'istruttoria:

- Per le motivazioni, riportate nel documento istruttorio, si propone al direttore Generale l'adozione del presente atto:

1. di approvare il documento " Presa in carico della persona con malattia renale cronica", allegato 1;
2. di trasmettere la presente determina ai Direttori di Area Vasta, ai Direttori di Distretto, ai Direttori DMO, ai Direttori Governo Clinico/Rischio Clinico, ai Direttori Servizi Professioni Sanitarie, per ogni seguito di competenza;
3. di dichiarare che dal presente atto non derivano costi a carico del Bilancio ASUR;
4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

Il Responsabile del Procedimento

Dott.ssa Maria Rita Mazzocanti



- ALLEGATI -

PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON MALATTIA RENALE CRONICA