

Malattia renale cronica: il ruolo essenziale della prevenzione e dell'educazione del paziente.

Documento di indirizzo approvato in conferenza Stato-Regioni

16/08/2014 - *L'accordo sul documento di indirizzo approvato in Stato-Regioni assegna un ruolo fondamentale agli infermieri e soprattutto a quelli di dialisi e dialisi peritoneale*

27

Ne soffre in media il 7,1% della popolazione (7,5% uomini e 6,5% donne). Ha una prevalenza più bassa in Italia rispetto agli altri Paesi occidentali na un profilo di rischio più alto, soprattutto per l'età avanzata. E' la «malattia renale cronica» (MRC), nome con cui si definiscono i danni renali, spesso irreversibili, secondari a numerosi e spesso diversi eventi morbosi o fattori di rischio. Alcuni, come le glomerulonefriti, interessano proprio il rene, altri interessano il rene solo in quanto organo riccamente vascolarizzato e appartengono alla categoria dei fattori etio-patogenetici del danno vascolare sistemico.

E sulla malattia renale cronica è stato approvato nell'ultima Stato-Regioni prima della pausa estiva un documento di indirizzo che prevede la costituzione di una rete organizzata per la presa in carico dei pazienti con lo scopo di garantire continuità e appropriatezza delle cure.

Il tutto, con la massima integrazione multi-professionale e il coinvolgimento, soprattutto nelle fasi dell'educazione terapeutica, a fianco del medico di medicina generale e dello specialista, di tutti gli operatori sanitari con particolare riferimento agli infermieri e soprattutto a quelli di dialisi e dialisi peritoneale *“che da sempre – si legge nel documento approvato – hanno un ruolo chiave nell'educazione terapeutica e nel team”*.

Il paziente nefropatico è il tipico esempio di cronicità della malattia che richiede un approccio di squadra e una strutturazione dei processi di cura. Nel suo cammino verso la cronicità ogni paziente va incontro a esigenze

cliniche diverse, strutturate su differenti livelli che sono comunque parte di un unico processo di cura e che comprendono:

- identificazione dei soggetti a rischio di MRC;
- diagnosi della patologia nefrologica di base e l'inizio di terapie eziopatogenetiche, a volte complesse ad alta specificità (come le terapie immunosoppressive nella nefropatie a genesi immunologica, glomerulonefrite, vasculiti ecc.), ma adatte a stabilizzare la nefropatia di base.

La presa in carico precoce del paziente con MRC e la condivisione con il nefrologo di questi pazienti costituiscono il perno su cui si articolano i diversi livelli di cura.

La situazione attuale

Il Censimento della Società italiana di Nefrologia nel 2004 descrive una rete nefrologica composta da:

- 363 strutture pubbliche principali di Nefrologia e/o Dialisi.
- 303 strutture satelliti, collegate alle precedenti.
- 295 strutture private (in 13 regioni).

Per quanto riguarda l'attività di questa rete il documento fa alcune considerazioni:

- la prevenzione e la terapia della MRC in Italia sono a carico delle strutture pubbliche appartenenti al Ssn.
- in alcune Regioni le strutture private erogano trattamenti dialitici, ma spesso non esiste coordinamento con le strutture pubbliche.

Considerando solo progetti su scala



regionale ed escludendo le reti dei trapianti, i progetti di rete nefrologica riguardano solo una minoranza delle Regioni.

I costi della malattia renale cronica

Al di là della morbidità, mortalità e scarsa qualità della vita generata dall'insufficienza renale cronica, i costi per la società sono alti, sia quelli diretti che indiretti.

Secondo l'accordo i costi sanitari diretti devono tenere conto anche di personale medico, materiali, ammortamento attrezzature, manutenzione, service, farmaci e diagnostica, quelli non sanitari dei costi del personale non medico, servizio alberghiero, servizi generali, servizio di trasporto.

Ci sono poi i costi indiretti: assenza di lavoro in termini di giornate perse, ricorso al caregiver e al personale di assistenza, esclusi familiari/amici. Il trattamento della MRC allo stadio terminale genera forti oneri per il servizio sanitario. Il costo diretto annuo del trattamento di un paziente in dialisi va da un minimo di 29.800,00 euro per quelli in dialisi peritoneale (calcolato come costo per ogni singola prestazione a 83,00 euro per 7 sedute) fino a un massimo di 43.800,00 euro per quelli in emodialisi (calcolato come costo medio per ogni singola prestazione di 281,00 euro per 3 sedute settimanali)⁵ a questi costi diretti, sanitari e non sanitari, andrebbe aggiunta la quantificazione dei costi indiretti.

I costi del trapianto sono stimati in 52.000,00 euro per il primo anno e 15.000,00 euro per ogni anno successivo al primo.

È stato inoltre calcolato che la possibilità di ritardare di almeno 5 anni la progressione del danno renale per 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.

Nel 2001 in Italia l'1,8% del budget totale per le cure sanitarie è stato speso per pazienti in ESRD (end stage renal disease) che rappresentano lo 0,083% della popolazione generale. Il trapianto renale è la terapia sostitutiva renale più conveniente. I pazienti sottoposti a trapianto hanno un costo sanitario che oscilla da un terzo fino a un quarto in meno della spesa totale rispetto ai pazienti in dialisi.

Prevenzione primaria

La prevenzione primaria delle malattie renali specifiche si basa sulla consulenza del genetista in alcune malattie ereditarie, sull'uso accorto dei farmaci potenzialmente nefrotossici, sull'uso di dosi moderate di mezzo di contrasto iodato, in particolare nel paziente anziano e/o diabetico e, infine, sull'evitare manovre invasive intra-arteriose, non strettamente necessarie, soprattutto in presenza di ateromasi grave dell'aorta addominale. Per alcune nefropatie a patogenesi immunologica non è possibile attuare una prevenzione primaria. La prevenzione primaria della nefroangiosclerosi e della nefropatia diabetica



si identifica con la prevenzione primaria delle MCNT (malattia celiaca non trattata) che nel nostro Paese si avvale di due importanti strategie: il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007) e i Piani Nazionali della Prevenzione, secondo i principi della "Health in all policies". Tale approccio è sostenuto anche dal "Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020", approvato di recente dall'Oms. Prevenzione della progressione della MRC (Prevenzione terziaria)

L'insufficienza renale può indurre la comparsa di fattori patogeni (anemia, resistenza all'insulina, iperattività simpatica, iperuricemia, alterazioni del metabolismo calcio/fosforo) in grado di amplificare il danno vascolare e/o metabolico. L'identificazione dell'alterazione renale permette quindi di isolare, nell'ambito dei soggetti a rischio, una sottopopolazione particolarmente suscettibile a sviluppare sia una malattia renale progressiva sia eventi cardiovascolari mortali. Per la prevenzione dell'ulteriore progressione della MRC nella popolazione con diagnosi certa è necessario definire specifici percorsi assistenziali per realizzare programmi di gestione integrata della malattia.

Le azioni

Per poter realizzare azioni mirate alla prevenzione della MRC è necessario programmare interventi di salute pubblica che abbiano l'obiettivo di:

- migliorare le conoscenze della popolazione riguardo all'adozione di corretti stili di vita, con particolare riguardo alla riduzione del sale,
- formare i medici di medicina generale,

pediatri di libera scelta, specialisti e personale sanitario per identificare precocemente i soggetti in condizione di rischio aumentato per MRC nella popolazione, da indirizzare verso adeguati percorsi di presa in carico,

- identificare precocemente i soggetti negli stadi iniziali con semplici test diagnostici (descritti negli allegati all'accordo),
- costruire registri di patologia in accordo con la normativa nazionale.

Percorsi di presa in carico e gestione integrata Negli ultimi 15 anni si sono moltiplicate le segnalazioni che dimostrano come una presa in carico precoce del paziente con MRC è in grado di ridurre la frequenza dei ricoveri e la mortalità. Inoltre la qualità e l'intensità del trattamento nel periodo di terapia conservativa sembra essere in grado di influenzare anche la morbidità e la mortalità dei pazienti dopo l'inizio del trattamento dialitico stesso (Legacy Effect).

Secondo la bozza di accordo va superato il percorso classico: paziente-MRC-nefrologo, ma occorre tener conto della molteplicità dei fattori che condizionano la prognosi e la progressione della MRC e comportano tipologie di intervento differenti. I nuovi percorsi diagnostico-terapeutici, in considerazione della diversità di patologie croniche che spesso coesistono con la MRC, devono vedere coinvolti in modo coordinato e integrato altri attori, come il medico di medicina generale, altri specialisti e, appunto, gli infermieri di dialisi e dialisi peritoneale. L'obiettivo finale è quello di un miglioramento della qualità della prestazione sanitaria insieme ad un risparmio nell'impiego di risorse.

(Tratto da www.ipasvi.it)

