

Paziente con Insufficienza Renale Progressiva (PIRP-ER) - [fase 3]

RESPONSABILITA'

DIREZIONE SCIENTIFICA: Prof. Cristinelli Luciano (Responsabile U.O. capofila Progetto)
cognome e nome: Poisetti PierGiorgio (Responsabile Progetto)
indirizzo: Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Guglielmo da Saliceto" – via Taverna, 49 - 29100 Piacenza
e-mail: p.poisetti@ausl.pc.it

PARTNERSHIP: ente:
indirizzo:
e-mail di riferimento:

SCENARIO DI RIFERIMENTO:

I soggetti con alterata funzionalità renale sono in continua crescita. L'insufficienza renale cronica tende il più delle volte a progredire nel tempo. Si parla allora di insufficienza renale progressiva (IRP), tanto da rendersi necessario l'inizio di terapie sostitutive quando la funzione renale è definitivamente compromessa. Le principali cause sono: diabete mellito (tipo I e II); malattie vascolari (ipertensione arteriosa; aterosclerosi) che rappresentano anche i più importanti fattori di rischio cardio-vascolare oltre che renale. Inoltre l'IRP interessa con maggiore frequenza l'età più avanzata e comporta numerose ospedalizzazioni dei pazienti affetti, sia per la presenza delle diverse patologie che possono essere associate e/o correlate alla malattia renale, sia per la patologia renale medesima e per le sue complicanze. Pertanto diventa sempre più importante identificare gli individui con malattia renale cronica progressiva e fondamentale predisporre interventi efficaci sia farmacologici nefroprotettivi, sia di mutamento degli stili di vita abnormi. Tale attività di prevenzione primaria / secondaria e terziaria non può prescindere da un lavoro concertato e condiviso coinvolgente i MMG oltre che i medici specialisti ospedalieri. La ricaduta economica favorevole risiede nel minore costo dell'intervento preventivo/conservativo rispetto a quello sostitutivo (in media rispettivamente Euro 2000-3500 / paziente / anno di contro a 35000 / paz. / anno).

CRITICITA' :

Valutazione della funzionalità renale attraverso la misurazione del filtrato glomerulare; 3.2 - Definizione degli stadi di gravità della IRP; 3.3 - Condivisione in follow-up di misure nefropropettive farmacologiche, dietetiche e comportamentali.

SVILUPPO PROGETTUALE:

DESCRIZIONE DEL PROGETTO :

Identificazione e registrazione dei pazienti affetti da insufficienza renale progressiva nelle sue fasi precoci allo scopo di mettere in atto strategie mediche, dietetiche e di correzione degli stili di vita che consentano di rallentare l'evoluitività della nefropatia verso la fase uremica terminale, comportante terapia sostitutiva a tempo indeterminato

METODOLOGIA ADOTTATA :

1. Approfondimento, aggiornamento e condivisione delle RACCOMANDAZIONI (linee guida contestualizzate) all'interno dell'Equipe Nefrologica (*cf. in allegato file.doc*); 5.2 – Approfondimento, aggiornamento e condivisione delle RACCOMANDAZIONI (linee guida contestualizzate) con i Medici di Medicina Generale (*cf. in allegato file.doc*); 5.3 – Divulgazione del materiale didattico per i malati e le loro famiglie, sia all'interno degli ambulatori nefrologici dislocati sul territorio, sia negli ambulatori dei MMG:
 1. “Conoscere l'insufficienza renale – Le risposte alle domande più frequenti” (*cf. in allegato file.pdf*);
 2. “Conoscere l'insufficienza renale – Informazioni sui percorsi di diagnosi e cura” (*cf. in allegato file.pdf*);
2. Attivazione software registro regionale PIRP

OBIETTIVI PREVISTI :

1. Assicurare la tempestività di accesso dei malati favorendo l'esecuzione della prima visita nefrologica entro trenta giorni dalla prenotazione
2. Ambulatori dedicati distrettuali con follow-up. Accuratezza della visita: compilazione schede ambulatoriali con modalità condivise
3. Compilazione Registro Nefropatici Cronici (IRP) della provincia di Piacenza collegato alla regione ER (in subordine continua la redazione-registrazione surrogata dell'archivio cartaceo anagrafico)

OBIETTIVI REALIZZATI:

Con riferimento ai punti 6.1 e 6.2 gli obiettivi sono stati raggiunti praticamente come durante lo svolgimento della fase 2 del progetto (cf. 2004). Circa il punto 6.3 l'obiettivo previsto è stato raggiunto solo in parte essendo stata mantenuta la registrazione dei pazienti con metodo cartaceo, dato che al momento attuale il registro informatizzato è stato appena attivato secondo i nuovi metodi di certificazione via internet. Il lavoro di input dei dati di fatto inizierà con il mese di dicembre 2005 andando a regime l'attivazione di routine dei collegamenti a livello ambulatoriale distrettuale.

INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI :

1. Numero dei pazienti con accesso per visita nefrologica entro trenta giorni / numero totale pazienti con richiesta di visita nefrologica (con soglia di evidenza di risultato ≤ 30 giorni) ossia numero offerte / numero richieste alle condizioni di cui sopra;
2. Percentuale schede ambulatoriali completate (con soglia di evidenza di risultato $\geq 80\%$)
3. Percentuale dei pazienti registrati correttamente rispetto ai pazienti osservati (con soglia di evidenza di risultato $\geq 80\%$)

MATERIALI PRODOTTI :

1. Scheda dettaglio progetto cod. 51 [2005] compilata: pagina 1 e pagina 2
 2. Grafico flusso dei pazienti IRP da registro cartaceo dei primi dieci mesi dell'anno (1.1.05 – 31.10.05)
 3. Grafico delle attivazioni del registro regionale presso gli ambulatori distrettuali con i flussi dei malati PIRP
 4. RACCOMANDAZIONI (linee guida PIRP) (file.doc) e Procedure e Indicatori Clinici di Funzionalità Renale e di Complicanza
 5. "Conoscere l'insufficienza renale – Le risposte alle domande più frequenti" (file.pdf)
 6. "Conoscere l'insufficienza renale – Informazioni sui percorsi di diagnosi e cura" (file.pdf)
 7. Evidenza meeting (Università Cattolica, Piacenza, 5-11-05) di aggiornamento sulla prevenzione IRP con la partecipazione di oltre 100 Medici di Medicina Generale (agli atti)
 8. Evidenza meeting di lavoro (15 novembre 2005) sulla versione definitiva del programma-software del registro regionale PIRP collegato al server dell'Ospedale Malpighi -S.Orsola di Bologna. Consegna della I.D. e della P.W. ed esame delle postazioni in rete degli ambulatori periferici distrettuali
-

ALTRI OUTPUT

DIFFICOLTA' INCONTRATE:

1. Completamento adeguamento dei PC come hardware presso l'ambulatorio PIRP (stanza n.2 c/o DH / DS Nefrologico) di Piacenza e presso l'ambulatorio del CAL di Borgonovo VT
2. Attivazione del programma software sui PC predisposti di Fiorenzuola e Bobbio in collaborazione con la U.O. Sistemi Informativi
3. La valutazione collegiale della procedura informatizzata ha preso atto del cambiamento intercorso nel corrente anno con i CERTIFICATI per una connessione in sicurezza con il registro PIRP e della necessità da parte del responsabile di U.O. capofila di tenere traccia scritta dei vari computer connessi con il server regionale per essere a norma con il DLG 196 sulla sicurezza e trattamento dei dati sensibili. Inoltre si è avvertita la necessità di una maggiore disponibilità dell' U.O.S.I. per il supporto tecnico ai vari problemi di connessione della rete.
4. D'altra parte nei test di prova si è visto anche che non sempre nell'arco della giornata è possibile il collegamento con il server bolognese ricevendone risposta di "sito non raggiungibile". Inoltre rimane da migliorare il tempo di utilizzo occorrente per la compilazione della cartella informatica non inferiore a 45 minuti per paziente a basso contenuto di complicanze.
5. Un problema del resto che devono affrontare anche in molte altre sedi aziendali della regione ER è il dualismo che viene avvertito dall'operatore medico specialista con l'altro programma di gestione dei malati per le prestazioni specialistiche AGENDA: dualismo a livello di anagrafica del malato, stampe certificati, controlli esami longitudinali, ecc. ...

ELEMENTI DI INNOVAZIONE RAGGIUNTI :

1. Avvio della condivisione delle linee guida sottoforma di RACCOMANDAZIONI in materia di IRP tra i MMG su tutto il territorio di competenza della nostra azienda (ambito provinciale) suscettibili di aggiornamento strada facendo;
2. Adozione della nuova classificazione degli stadi di malattia renale cronica a seconda del valore del Filtrato Glomerulare come indice di funzionalità renale complessiva (oltre che delle varie complicanze secondarie presenti);

3. Implementazione del calcolo del Filtrato Glomerulare a livello di epicrisi in sede di visita nefrologica (in attesa dell'adozione del Laboratorio Centrale con connesso FLAG) e in casi sporadici e occasionali (5-10%) a livello dei MMG (*cfr disponibilità della formula per il calcolo del FG secondo Cockcroft sul sito Aziendale www.ausl.pc.it*) in occasione degli invii dei pazienti al nefrologo;
4. Elementi di innovazione raggiungibili: messa in rete aziendale (provinciale) del registro regionale dei malati affetti da IRP con attese future di dati epidemiologici sui fattori di rischio renale verso l'uremia terminale e su quelli di rischio cardio-vascolare e complicanze sistemiche a medio termine (annuale) e lungo termine (pluriennale). Conoscenza delle terapie farmacologiche nefroprotettive standardizzate secondo le complicanze secondarie e terziarie.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI RAGGIUNTI :

1. Sul piano preventivo per mettere in atto strategie sempre più innovative in senso conservativo della funzionalità renale (individuazione dei farmaci potenzialmente nefrotossici; individuazione dei pazienti a rischio nefro-cardio-vascolare in fase addirittura "pre-clinica", sotto certi aspetti, come ad esempio la sindrome metabolica per le sue ripercussioni a livello renale);
2. Sul piano del governo gestionale per programmare l'investimento di risorse economiche ed umane in rapporto alla crescita del fenomeno IRP tanto a livello di macroarea regionale, quanto a livello provinciale aziendale

CAMPI ULTERIORI DI SVILUPPO :

1. Il principale campo di sviluppo lo si avverte all'estensibilità, ovvero adattabilità del programma a livello di studio medico dei MMG come ulteriore allargamento della rete di monitoraggio dei malati a rischio nefro-cardio-vascolare elevato. Ma il discorso diventa molto ampio e futuristico e necessita anche dell'introduzione della HEALTH CARD (finalizzata?) del cittadino quale presupposto attuativo per la cura dei gruppi a rischio elevato.

TEMPI:

DATA DI ATTIVAZIONE: 1-1-2005/fase 3

DATA DI CONCLUSIONE: 31-12-2005 / pluriennale