

FENOMENO	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	DATO 2010	OBIETTIVO 2011	FONTE DATI	PERIODICITA' ITA'	PESO
	Produzione ospedaliera	Totale punti DRG prodotti	1.235.849	magg=			5
	Altra produzione	Valorizzaz. econ. equival. attivita'	5.342.376	magg=			5
CONTROLLO TEMPI ATTESA	Rispetto/ riduzione tempi attesa in attuazione al Piano Regionale ed Aziendale				A.S.A.		10
CONTROLLO ECONOMICO	Costi diretti beni e servizi		3.460.094	≤	B.C.		10
	Target assegnato SOC Farmacia:				F.		
	Target assegnato Macrostruttura Ospedale				D.S.O.		
	Congruenza tra totale DRG prodotti e totale target	costi diretti punti DRG tot.			B.C.		
Totale peso 100%							

ATTIVITA' / AZIONI CRITICHE	DESCRIZIONE	OBIETTIVI	SOC CAPOFILA	SOC COINVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA' ITA'	PESO
	(Appropri. farmaceutica) Ades. promianti e protocolli	> 80%			F		10
Totale peso 100%							

APPLICAZIONE D.G.R. max punti 15*							
DELIBERAZIONI REGIONALI	D.G.R.	INDICATORE	STANDA RD	CORRESPONSA BIL CU I COORDINA NSI	RESP. RILEVAZIONE E MONITORAGGIO	PUNTI	PESO
	D.G.R. 44-1615 del 28/02/11	Predisposizione Inoltro dati	Ritiramenti D.G.R.		D.G.		
Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2010	OBIETTIVO 2011	FONTE DATI	PERIODICITA' MENSILE	PESO
GOVERNO PRODUZIONE	RICOVERI ORDINARI		n. dimessi (unita')	370	magg=	B.C.		4
			Degenza Media (gg)	8,68	minore =	B.C.		4
		SDO con intervento chirurgico (...)	54	magg=	B.C.		3	
		Peso medio DRG (peso)	1,42	magg=	B.C.		3	
	AMBULATORIALE		n. casi (unita')	108	magg=	B.C.		3
			n. prestazioni (flusso C)	62.815	magg=	B.C.		3
			valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)	5.254.660	magg=	B.C.		3
	Totale peso 100%							

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2010	OBIETT. STANDARD	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA'	PESO
RISK MANAGEMENT	GOVERNO RISCHIO INFETTIVO	Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI *	Parametri Regionali		rispetto indicatori UPRI			3
	ALTRO	Segnalazione eventi potenzialmente avversi *	Segnalazioni		100%	A.L.P.		4
Totale peso 100%								

SVILUPPO ORGANIZZATIVO max punti 15									
PROGETTI	TITOLO PROGETTO	INDICATORI DI PROGETTO	OBIETTIVI	ANNO CONCLUSO	SOC CAPOFILA	CORRESPONSA BIL CU I COORDINA NSI	RESPONSABILE RILEVAZIONE E MONITORAGGIO	PUNTI	PESO
	Progetto	documentazione di progetto	Riorganizzazione attivita' ambulatoriale per aumentare efficacia	ago-11	Neftrologia e Dialisi		Direzione Generale		
	Progetto	documento di progetto	Proposta organizzativa di collaborazione con SITRPO per ottimizzazione tempi assistenziali	2011	SITRPO	Cardioli. Neftrologia			
Totale peso 100%									

Obiettivi in continua evoluzione

*se non ci sono D.G.R. i punti vengono ridistribuiti: 10 su priorit  annuali e 5 su gest. ordinaria

Il Commissario

SCHEDA OBIETTIVI SOC NEFTROLOGIA





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

ALLEGATO ALLA SCHEDA OBIETTIVI
SOC NEFROLOGIA

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it



P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC NEFROLOGIA DIALISI

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Nefrologia Verbania Tel 0323 541263 Fax 0323 541586
Sede Operativa Dialisi Domodossola Tel 0323 491277 Fax 0323 491405
Sede Operativa Dialisi Omegna Tel 0323 868225 Fax 0323 868226
Sede Operativa Dialisi Stresa Tel 0323 934504 Fax 0323 932749
Sede Operativa Dialisi Verbania Tel 0323 541261 Fax 0323 541266
e-mail : maurizio.borzumati@tiscali.it

PROGETTO CLINICO ORGANIZZATIVO SOC NEFROLOGIA ANNO 2011

INTRODUZIONE:

E' ormai noto che la malattia renale cronica (MRC) costituisce un problema di prima grandezza nel panorama della salute pubblica mondiale.

Il "Center for Disease Control and Prevention" degli USA già nel 2007 ha identificato la MRC con una delle grandi priorità in ambito epidemiologico clinico ed assistenziale.

Ad oggi è stimabile che circa il 10% della popolazione generale adulta sia affetta da MRC.

La reale prevalenza della stessa è rimasta a lungo un problema poco indagato e conosciuto, negli ultimi anni la dimostrazione del suo importante effetto sulla morbilità e mortalità cardiovascolare ha portato tale patologia alla ribalta dello panorama clinico ed assistenziale generale, suscitando interesse oltre che in ambito prettamente nefrologico anche in altre aree specialistiche come la cardiologia e la diabetologia.

Un recente documento redatto dalla Società Italiana Nefrologia (SIN) avente per oggetto "la prevenzione della MRC costituisce un problema centrale della missione nefrologica", ha dettagliato dati epidemiologici e suggerito strategie per consentire un adeguato trattamento nella MRC e ridurre morbilità e mortalità dei pazienti (pz) che ne sono affetti.

Nello stesso documento sono contenute proposte organizzative al fine di migliorare la prevenzione, concepite in una logica di rete ad estensione nazionale che comprendesse:

- formazione sia per i MMG che per i Nefrologi. In particolare la formazione continua di questi ultimi è indispensabile affinché gli stessi possano costituire il punto di riferimento nella gestione della MRC e delle sue complicanze
- protocolli diagnostico-terapeutici
- collaborazione con le altre specialità

Il progetto di prevenzione della MRC ed il percorso assistenziale di diagnosi e cura della stessa è un concetto già recepito in ambito regionale (DGR 8-6636 del 3 agosto 2007).

Nell'allegato compreso in tale deliberazione vengono chiaramente esplicitate le motivazioni cliniche ed epidemiologiche dell'importante sforzo necessario in ambito sanitario per contenere l'incidenza della MRC e delle sue complicanze.

Spesso appare fondamentale la precocità dell'intervento per impedire l'instaurarsi un danno renale cronico e la sua evoluzione verso l'uremia terminale.

La prevenzione in ambito nefrologico dovrebbe essere suddivisa in tre livelli:



- primaria: attivazione di controlli biumorali da eseguire periodicamente in particolare in popolazioni di pz a rischio (diabetici, ipertesi, vasculopatici); eventuali interventi terapeutici prima che compaia il danno renale. Tale compito dovrebbe essere essenzialmente svolto dal MMG con consulenza dello Specialista Nefrologo ove il Curante lo ritenga opportuno.
- secondaria: anche questa in buona parte appannaggio del MMG ma in collaborazione con il Nefrologo, per la messa in opera dei provvedimenti che garantiscano al meglio il rallentamento evolutivo della MRC
- terziaria: inerente quadri di MRC conclamata, di esclusivo appannaggio del Nefrologo cui sta il compito di gestire al meglio le complicanze correlate all'insufficienza renale avanzata e preparare il pz nel modo più idoneo alla scelta della terapia sostitutiva (dialisi peritoneale – emodialisi) e ove possibile avviare l'iter per l'inserimento dello stesso in lista per trapianto renale da donatore cadavere, senza dimenticare che in talune circostanze, è possibile anche realizzare dei trapianti prempitive da donatore vivente qualora disponibile.

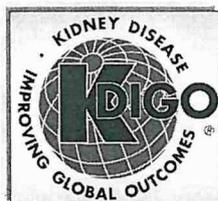
SCOPO:

Rivedere l'organizzazione della attività ambulatoriale nefrologica al fine di migliorare la qualità della prevenzione e della cura della MRC.

Se da una parte sono state mantenute delle attività ambulatoriali specifiche in relazione alla tipologia della popolazione afferente (ambulatorio dedicato ai pz portatori di trapianto renale, ambulatorio dedicato ai pz affetti da nefropatia diabetica) nonché l'ambulatorio dedicato all'ecografia renale e vascolare, dall'altra si è pensato di riorganizzare l'attività ambulatoriale specialistica nefrologica in relazione ai diversi livelli di danno renale.

Il riferimento in tal senso è stata la stratificazione dell'insufficienza renale suggerita dalle più importanti linee guida internazionali (KDIGO - KDOQI), che hanno definito cinque livelli di insufficienza renale cronica.

STADI DELLA MALATTIA RENALE CRONICA



STADI	DESCRIZIONE	GFR (mL/min/1.73m ²)
1	DANNO RENALE	≥ 90
2	IRC LIEVE	60-89
3	IRC MODERATA	30-59
4	IRC SEVERA	15-29
5	IRC TERMINALE	< 15 (DIALISI)



Ad eccezione del quinto stadio che rappresenta al condizione di uremia terminale , i rimanenti quattro stadi richiedono follow-up clinico e biumorale specifico volti al controllo ed al rallentamento del danno evolutivo renale, nonché delle complicanze ad esso correlate.

I dati epidemiologici del nostro territorio, in linea con quelli nazionali, evidenziano una netta prevalenza di pz in stadio III (45%) rispetto a quelli presenti in: I (10%), II (20%) IV (20%) V (5%).

In considerazione di quanto detto, la scelta organizzativa è stata quella di identificare delle sessioni ambulatoriali specifiche in relazione a livello di danno renale tanto sulla sede Ospedaliera di Verbania quanto quella di Domodossola.

Secondo lo schema di seguito illustrato:

ORGANIZZAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE

	VERBANIA	DOMODOSSOLA
LUNEDI'	Matt.: stadio 2 - 3	Pom.: stadio 2 - 3
	Pom: stadio 4 (predialisi)	
MARTEDI'	Matt.: stadio 2 - 3	Pom.: stadio 2 - 3
MERCOLEDI'	Pom.: Nefropatia diabetica	Pom.: stadio 1
		Ecografia renale
GIOVEDI'	Pom.: Ecografia Renale e Vascolare	
VENERDI'	Matt.: stadio 1	Pom.: stadio 4(predialisi)

Si specifica che nell'ambito dello stadio IV (predialisi) assume particolare rilievo la scelta della metodica sostitutiva (dialisi peritoneale, emodialisi e qualora fosse possibile trapianto prempitivo).

Nella fattispecie tali pz richiedono colloqui esaustivi in merito alle terapie sostitutive e alle modalità di esecuzione delle stesse che coinvolgono ove possibile anche l famiglia, sostegno fondamentale per l'accettazione della condizione dell'uremia e delle cure necessarie.



In tale fase appare altresì importante definire il momento corretto in cui confezionare l'accesso dialitico (catetere addominale, fistola artero-venosa) al fine di pianificare al meglio l'ormai prossimo avvio alla terapia sostitutiva.

OUTCOMES:

- ✓ Più adeguata attività di prevenzione e cura del danno renale, in tale ottica nel futuro è necessario pensare ad una collaborazione più strutturata con MMG che di fatto ad oggi è comunque attiva.
- ✓ Ottimizzazione del trattamento conservativo (dieta, farmaci, abitudini di vita) in relazione al livello del danno renale.
- ✓ Possibilità di identificare uno o al massimo due Medici Nefrologi che dedicano la propria attività ad ogni categoria di pz, definita in relazione ai livelli di danno renale cronico secondo quanto suggerito dalle linee guida. Ciò se da una parte garantisce una maggiore uniformità nell'agire clinico, dall'altra esaudisce l'esigenza del pz nefropatico di avere delle figure professionali specialistiche di riferimento.
- ✓ Corretta pianificazione dell'avvio alla terapia sostitutiva con l'obiettivo di ridurre al minimo l'incidenza di casi di "late referral", ossia di pz che iniziano la dialisi senza alcun contatto con il Centro Nefrologico nei tre mesi antecedenti l'avvio della terapia sostitutiva.

Tutto questo a nostro parere si tradurrebbe non solo in un miglior processo di prevenzione del danno renale ed in una migliore efficacia nel rallentare l'evoluzione del MRC, ma anche in una minore incidenza di comorbidità (malnutrizione, anemia, alterazione del metabolismo minerale, alterazione dell'equilibrio acido base, calcificazioni metastatiche) che di fatto cagionano la morbilità e mortalità di tale categoria di pz.

Tale politica consentirebbe inoltre di ridurre il dispendio di energie assistenziali in ambito ospedaliero (ricoveri, terapia dialitica eseguita in condizioni di emergenza) con conseguente riverbero positivo sulla spesa sanitaria, e permetterebbe altresì di avere un corretto iter clinico-strumentale, finalizzato al trapianto renale, che di fatto costituisce la sola tipologia di trattamento sostitutivo in grado di poter vicariare in maniera completa la perdita funzionale dei reni nativi.

Verbania, 05/07/2011

Direttore f.f. SOC Nefrologia
Dott. M. Borzumati

Emilio Aposto. 2011

direzione generale aslvco.it