

La Sanità di iniziativa nel rapporto fra Dipartimento Nefro-dialitico e Distretto alla luce del DM 77/2022 nella Regione Puglia, ASL Lecce

ZITO Anna (1), DE PASCALIS Antonio (1), NAPOLI Marcello (1), CISOTTA Federica (2), SATRIANO Francesco (2), PRETE Daniele (3)

(1) Dipartimento Nefrodialitico, ASL Lecce
 (2) UO Pneumologia 2 COVID DEA, UOC Pneumotisiologia territoriale, ASL Lecce
 (3) UOSD Monitoraggio investimenti e sviluppo progetti innovativi, ASL Lecce

Introduzione

La prevalenza della Malattia Renale Cronica (MRC) in Italia è stimata attorno a 2,2 milioni di persone; nella Regione Puglia, i pazienti sottoposti a trattamento dialitico sono circa 3.600, dei quali 500 risiedono in ASL Lecce.

Il paziente con MRC è un esempio emblematico di cronicità, comorbidità ed evolutività di patologia che necessita di approccio pluridisciplinare e strutturazione dei processi di cura.

L'assistenza nefrologica si compone di una filiera eterogenea di servizi:

-ambulatorio per la MRC nei diversi stadi
-ambulatori super-specialistici (glomerulopatie e altre malattie rare, ecografia nefrologica, trapianto)
-degenza (per complicanze dell'accesso vascolare o peritoneale o della MRC, trapianto)
-day hospital terapeutici o chirurgici per allestimento di accesso per dialisi
-dialisi ambulatoriale (emo o peritoneo dialisi) in Centro, nei CAD/CAL o al domicilio/RSA, anche mediante telecontrollo
-dialisi in acuto in reparti intensivi

Tab. 1

Materiali e Metodi

La creazione di un modello di intervento multidisciplinare a molteplici livelli (ospedale-territorio-domicilio) nella realtà pugliese, e in particolare, in ASL Lecce, secondo gli standard previsti dal Piano Nazionale Cronicità (PNC) e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dovrà concretizzarsi attraverso fasi successive e correlate (fig.1):



Fig. 1

Risultati

1. DEFINIZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI E STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE AFFETTA DA MRC NELLE DIVERSE FASI DI MALATTIA

CLASSIFICAZIONE DEL BISOGNO DI SALUTE	AZIONI (PRESA IN CARICO DERIVANTE)
I livello Persona in salute	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria (fattori di rischio per MRC: diabete mellito, ipertensione arteriosa, sedentarietà, fumo, sovrappeso...).
II livello Persona con complessità clinico-assistenziale minima o limitata nel tempo	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita (test diagnostici precoci mirati, precoce invio al Nefrologo in caso di familiarità per patologie renali o predisposizione individuale), Medicina d'iniziativa per controllo stabilità nefropatia e aderenza terapeutica.
III livello Persona con complessità clinico-assistenziale media	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo, coordinamento (valutazione del rischio di insorgenza o progressione di MRC), Empowerment del paziente all'auto-cura (dialisi domiciliare tele o video-assistita).
IV livello Persona con complessità clinico-assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali di presa in carico multi professionale alla persona e al caregiver in relazione ai bisogni socio-assistenziali (stretta collaborazione fra Nefrologo, altri specialisti, ulteriori figure professionali).
V livello Persona con complessità clinico-assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	
VI livello Persona in fase terminale	Cure palliative

Tab. 2. Tabella 3 del DM 77/22 (Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio assistenziali) adeguata al percorso nefro-dialitico.

2. RIDEFINIZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI SOCIO-SANITARI SECONDO L'APPROCCIO PHM (POPULATION HEALTH MANAGEMENT) NELLA MRC (fig. 2):

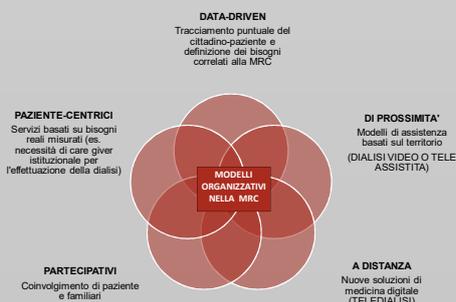


Fig. 2

3. IDENTIFICAZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE (tab. 3):

MMG e PLS, Medico di Medicina di Continuità e Medicina dei Servizi	Referenti principali, riguardo rispettivamente agli aspetti diagnostico-terapeutici e alla programmazione distrettuale, in stretta e fattiva connessione con il Medico Specialista Nefrologo.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di auto-cura, collabora con l'Infermiere specializzato in tecniche dialitiche anche tramite dispositivi di telecontrollo e telemonitoraggio.
Specialista (NEFROLOGO e altri)	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità ed evolutività della MRC. Poiché spesso si associano altre comorbidità, lo Specialista Nefrologo si affianca alle altre figure specialistiche.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci, il cui impiego è spesso da modulare in relazione a indicazioni, posologia ed effetti secondari nei pazienti con MRC nei vari stadi.
Psicologo	Referente dei bisogni psicologici del paziente e della famiglia, in particolare nel delicato passaggio al trattamento dialitico.
Assistente sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale, che si acuiscono in presenza di patologie croniche e invalidanti quale la MRC.
Altre professioni dell'equipe	Professionisti sanitari della prevenzione e della riabilitazione possono assumere il ruolo di case manager riguardo agli specifici bisogni assistenziali del paziente affetto da MRC in dialisi, spesso comorbido e pluricomplicato.

Tab. 3

4. DALLA RETE RENDIT AL DM 77/22 PER UN APPROCCIO "SISTEMICO" DELLA GESTIONE DEI BISOGNI DI SALUTE CORRELATI ALLA MRC

La Regione Puglia ha finora adottato, per la gestione dei pazienti affetti da MRC, il modello organizzativo del Dipartimento Interaziendale, improntato ai concetti di rete, integrazione tecnico-assistenziale e associazione con la didattica e la ricerca.

Di seguito la Rete Rendit che ha definito i livelli di articolazione di ciascun Dipartimento nella Rete Nefrologico-Dialitico-Trapiantologica regionale (ReNDIT, DGR n. 1769/18 e DGR n. 2139/20) (fig. 3):



Fig. 3

Con il DM 77/22 si attua un modello di gestione operativa diretto all'offerta nefrologica, secondo il progetto di salute mirato alla MRC in funzione della stratificazione del rischio. La Regione Puglia, con D.G.R. n. 688/2022, ha previsto 38 ospedali di comunità, 121 case della comunità e 40 centrali operative territoriali (delle quali 7 in ASL Lecce).

La figura 4 indica le nuove articolazioni previste, integrate con la rete dell'assistenza nefrologica:



Fig. 4 (modificata da; Federfarma, aprile 2023)

Conclusioni

L'assistenza al paziente con MRC, in quanto persona dai bisogni socio-sanitari complessi, si dovrà articolare all'interno di una rete assistenziale altamente integrata. La concreta applicazione del DM 77/22 mira a realizzare il progetto di salute della popolazione assistita tramite formule gestionali flessibili, supportate dalla telemedicina.

La Sanità di Iniziativa, applicata al processo di gestione della MRC, costituisce il punto di partenza per la crescita dell'assistenza nefrologica territoriale, mediante un approccio sistemico e olistico alla riorganizzazione dei Servizi sanitari di prossimità.

Bibliografia

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). (22G00049) (GU Serie Generale n.100 del 30-04-2022);
- Piano nazionale della cronicità. Sommario: Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016; Data di pubblicazione: 22 dicembre 2016, ultimo aggiornamento 20 marzo 2017.